

Experiências Exitosas em Psicologia e Políticas Públicas



***Experiências Exitosas
em Psicologia e
Políticas Públicas***

Organizadores

Conselho Regional de Psicologia - Minas Gerais (CRP-MG)
Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP-MG)

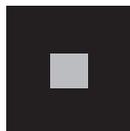
Autores

Ana Flávia Sales Costa
Betânia Diniz Gonçalves
Carolina Marra Simões Coelho
Daniele Aparecida Costa Caldas
Fabiana de Andrade Campos
Marcus Macedo da Silva
Michelyne Martins Sperandio de Souza
Rebeca Rolhfs Barbosa Gaetani
Rosalina Martins Teixeira

EXPERIÊNCIAS EXITOSAS EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

Belo Horizonte

CRP-MG



**CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS**

2011

© 2011 CRP-MG

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que sem alterações e citadas as fontes.

Disponível também em: CD-ROM.

RESPONSÁVEIS TÉCNICAS

Luciana Franco
Leiliana Sousa
Ana Cláudia Vieira
Juliana Prates

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO – CRP/MG

Lidyane Ponciano (MG 09063 JP)

PRODUÇÃO

Contorno Áudio e Vídeo Ltda

REVISÃO

MRP Comunicação Ltda

150.79

E96 Experiências exitosas em psicologia e políticas públicas [recurso eletrônico] / organizadores Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais (CRP-MG), Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP-MG) ; autores Rosalina Martins Teixeira ... [et al.]. -- Dados eletrônicos. -- Belo Horizonte : CRP 04, 2011.
1CD-ROM

Trabalhos vencedores do Prêmio “Experiências Exitosas em Psicologia e Políticas Públicas” concedido em 2007.

E-book.

ISBN: 978-85-98515-08-3

1. Psicologia. 2. Políticas Públicas. 3. Atuação do Psicólogo.
I. Rosalina Martins Teixeira. II. Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais (CRP-MG). III. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP-MG).

CDD 150.79

Ficha catalográfica elaborada pelo
Centro de Documentação e Informação Halley Bessa – CDI



Rua Timbiras, 1532 – 6º andar – Lourdes - Belo Horizonte, MG – Brasil

Telefone: 2138-6767 / Fax: 2138-6763

Email: crp04@crp04.org.br – <http://www.crp04.org.br>

Conselho Regional de Psicologia - Minas Gerais
XIII Plenário (Gestão 2010-2013)

DIRETORIA

Marta Elizabeth de Souza

Conselheira Presidente

Lourdes Aparecida Machado

Conselheira Tesoureira

Celso Renato Silva

Conselheiro Secretário

CONSELHEIROS

Alcina Mendes Brito

Amaury Costa Inácio da Silva

André Amorim Martins

Anna Christina da Cunha Martins Pinheiro

Ataualpa Maciel Sampaio

Carlos Roberto Sicoli

Cristiane Saúde Barreto Napoli

Elizabeth de Lacerda Barbosa

Jacques Ackerman

Júnia Maria Campos Lara

Márcia Maria Rodrigues Ribeiro

Marcus Macedo da Silva

Maria da Conceição Novaes Caldas

Maria de Fátima Lobo Boschi

Maria Teresa Antunes Albergaria

Marisa Estela Sanabria Tejera

Milton dos Santos Bicalho

Paula Ângela de Figueiredo e Paula

Renata Ferreira Jardim de Miranda

Ricardo Ribeiro de Oliveira Resende

Rita Maria Auxiliadora Mendes

Robson José da Silva Campos

Tiago Humberto Rodrigues Rocha

Vera Luiza Bartels Fernandes

Sumário

Apresentação	9
---------------------	---

CATEGORIA: TRABALHO INDIVIDUAL

1º lugar - Projeto Arte da Saúde - Atelier de cidadania. Rosalina Martins Teixeira	13
--	----

2º lugar - Estratégia de Saúde Mental no Município de Naque – Projeto “Dignamente”. Michelyne Martins Sperandio de Souza	25
--	----

3º lugar - Uma Experiência de Inserção do Psicólogo no Sistema Único de Assistência Social/SUAS - Processo de Construção do Novo Modelo de Política Pública de Assistência Social. Ana Flávia Sales Costa	45
---	----

CATEGORIA: TRABALHO EM EQUIPE

1º lugar - Violência nas Relações de Gênero: Intervenção Psicossocial no contexto de uma política pública. Betânia Diniz Gonçalves Carolina Marra Simões Coelho Daniele Aparecida Costa Caldas Rebeca Rolhfs Barbosa Gaetani	65
--	----

2º Lugar - Sexualidade dos Adolescentes Privados de Liberdade: Contribuição da Psicologia para uma Proposta de Intervenção.

Marcus Macedo da Silva _____ 85

3º Lugar - Terra prometida: O Sentido de uma Intervenção Psicológica em um Acampamento Massacrado pela História.

Fabiana de Andrade Campos _____ 99

Apresentação

O Conselho Regional de Psicologia - Minas Gerais (CRP-MG), por meio de sua unidade do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP-MG), vem apresentar os trabalhos vencedores do Prêmio “Experiências Exitosas em Psicologia e Políticas Públicas”.

Este Prêmio, concedido em 2007, teve como objetivo dar visibilidade e congratular experiências bem sucedidas de Psicologia em Políticas Públicas. Trata-se de experiências desenvolvidas por psicólogos que contribuíram para o fomento de políticas que cumprem seu caráter público, universal e de qualidade para todos, e, além disto, com o intuito de promover os direitos humanos, em todas as vertentes de luta contra a exclusão social e de defesa da vida.

Foram concedidos seis prêmios, em duas categorias: equipe e individual. Assim, vários profissionais - em diferentes estágios de formação: doutores, mestres e especialistas em Psicologia - em seis diferentes experiências, apresentam suas contribuições para uma reflexão sobre o fazer da Psicologia no campo das Políticas Públicas, a partir dos diversos enfoques desta: violência de gênero, medidas socioeducativas de internação, questão agrária, artes, saúde mental e assistência social.

A experiência em torno do tema da violência nas relações de gênero demonstrou como a metodologia de *Oficinas em Dinâmica de Grupo* pôde promover estratégias de ruptura desta violência, possibilitando o empoderamento e a construção da cidadania das mulheres, numa perspectiva emancipatória.

A prática desenvolvida em torno do tema da sexualidade dos adolescentes privados de liberdade mostrou-nos como o psicólogo pode contribuir para a consolidação de uma proposta de educação sexual - balizada pelos princípios dos Direitos Sexuais e Reprodutivos e com ênfase no protagonismo juvenil - sustentando uma ação coletiva capaz de apontar para o silenciamento em torno do tema e fazer falar a sexualidade em busca da produção de vida.

No trabalho intitulado “Terra prometida”, rememorar o massacre de um grupo dos Sem Terra foi a forma encontrada de ressignificar o sofrimento e superar o trauma. Educação, alfabetização, consciência política, participação e emancipação foram temas adotados como fundamento de intervenção na qual se buscou compreender o caso concreto, a partir da singularidade de cada pessoa.

O Projeto Arte da Saúde demonstrou como o desenvolvimento de atividades artísticas baseadas no fortalecimento e no resgate de capacidades expressivas promoveu a conquista da autoestima de crianças e adolescentes em situação de exclusão social e elevou-os à condição de sujeitos.

No Projeto de Saúde Mental de Naque, denominado “DIGNAMENTE”, fomos apresentados a um modelo de atendimento especializado aos portadores de sofrimento mental que facilita o acesso e a adesão ao tratamento, a partir da articulação interdisciplinar e da perspectiva de uma teoria psicológica contextualizada, na qual o psicólogo será não somente um especialista em saúde mental, mas um profissional importante na soma de esforços pela prevenção e promoção da saúde.

Por fim, a experiência de inserção do psicólogo no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) demonstrou o processo de construção de um novo modelo de política pública de assistência social, que substitui a lógica assistencialista e introduz o atendimento do ser humano compreendendo-o a partir de suas dimensões psíquica, social, cultural e biológica.

Demonstrando suas novas práticas e novas formas de fazer, os profissionais da Psicologia indagam seu cotidiano, repleto de histórias de desigualdade, alienação, violência e vulnerabilidade e atentam para a necessidade premente de desenvolver uma prática dotada dos valores da democracia e dos princípios da humanidade e da cidadania.

Esta publicação representa apenas um recorte do tão vasto campo de trabalho que ora se apresenta à categoria dos psicólogos: o campo das políticas públicas. Sem ter a pretensão de esgotar a discussão, revelam os primeiros passos de sua exploração demonstrando que a atuação do psicólogo ainda requer um robusto investimento na construção do projeto político da categoria para o enfrentamento da complexa realidade social brasileira.

Marta Elisabeth de Souza

Presidente do Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais

Categoria
Trabalho Individual



1º lugar

Projeto Arte da Saúde - Atelier de cidadania
Rosalina Martins Teixeira

Categoria Trabalho Individual

Projeto Arte da Saúde – Atelier de Cidadania Uma experiência exitosa em Psicologia e Políticas Públicas

Rosalina Martins Teixeira²⁰

O Projeto Arte da Saúde é uma prática de atenção às crianças e aos adolescentes em rota de exclusão social. Baseia-se no fortalecimento e no resgate da capacidade expressiva dessas crianças, de modo a que, ao adquirirem segurança e auto-estima, se assenheorem de sua condição de sujeitos, de sua capacidade de predicar e de exercer seus pontos de vista. Tal perspectiva permite um processo de construção da cidadania pelas vias do protagonismo, sempre buscado no exercício de talentos e aptidões. Na prática, desenvolve atividades capazes de situar essas crianças no convívio comunitário e escolar enquanto atores sociais produtivos, competentes e inevitavelmente comprometidos com a defesa e a afirmação de seus direitos de cidadania.

O Projeto Arte da Saúde é uma experiência que se desenvolve na Regional Leste de Belo Horizonte há mais de 14 anos. Foi iniciada no Centro de Saúde Vera Cruz, como tentativa de substituir a natureza da resposta da saúde mental à forte demanda das escolas e de

²⁰ Graduada em Psicologia e Artes Plásticas, é Psicanalista e Especialista em Saúde Mental.

familiares por encaminhamentos de crianças às escolas especiais e/ou a tratamentos neurológicos.

Desde o momento em que se instalaram, nos centros de saúde, equipes de saúde mental consolidou-se um fluxo contínuo e crescente de demandas escolares visando o fornecimento de laudos psicológicos que, em última instância, possibilitavam o encaminhamento de crianças e adolescentes, refratários à abordagem da pedagogia tradicional às escolas especiais e às clínicas de neurologia infantil.

Como psicóloga da rede pública e integrante da equipe de saúde mental do Centro de Saúde Vera Cruz (1991), tive a oportunidade de me defrontar com essa situação. E verificar que, por detrás da lógica instituída, havia um processo de adoecimento de crianças e adolescentes. Em geral tidos como “crianças-problema”, cujo itinerário de encaminhamento das escolas às equipes de saúde mental e, posteriormente, às clínicas psiquiátricas e/ou escolas especiais, constituía-se num mecanismo de exclusão social, que se tornara resposta-padrão das equipes de saúde mental da rede pública.

Mais que isso, pude observar que inúmeras dessas crianças e adolescentes encaminhadas à saúde mental, com a classificação genérica de “crianças-problema”, apresentavam uma variedade muito grande de situações individuais, sociais e familiares, que as fazia refratárias às abordagens escolares tradicionais, quer por clássico desinteresse, desmotivação, quer por estarem passando por um momento difícil em suas vidas; situações essas que a escola e profissionais de psicologia taxavam como “distúrbios de comportamento”, ‘déficits cognitivos’, etc.

Em verdade, passei a questionar o que considero uma intolerância social com as diferenças. Crianças e adolescentes, que fogem aos padrões, não têm encontrado no campo da sociabilidade espaços e condições que viabilizem o exercício dessas diferenças, estando restritas aos protocolos escolares como um campo exclusivo em que a normatividade é por demais cultuada e pouco flexível, a ponto de levá-las e a suas famílias ao convencimento de que na diferença há

algo de anormal, que deve ser objeto de abordagem de especialistas e de instituições especiais.

Refêns desses protocolos restritivos e de uma sociabilidade amesquinhada, enquanto campo de exercício de potencialidades e talentos, essas crianças e adolescentes, escolas e familiares buscaram apoio nas equipes de saúde mental para promover seus encaminhamentos a tais instituições especiais. Num claro processo de submissão ao paradigma normativo vigente, cujo enfoque pseudocientífico promove a ‘psicologização’ da diferença e seu conseqüente adoecimento, levando, enfim, à exclusão social.

Impõe-se aqui, inclusive, mencionar que há toda uma rede de serviços oferecidos a esse público-alvo, formado por clínicas de atendimento psicológico subsidiadas com recursos públicos - nas quais, por anos a fio, essas crianças recebem atendimentos ditos especializados. São elas as clínicas da APAE, clínicas particulares conveniadas com a Secretaria Municipal de Assistência Social, contratadas especialmente para assistir a deficientes e, ainda, hospitais psiquiátricos infantis que se prestam ao atendimento dessa demanda.

De se ressaltar que nos últimos anos há uma intensificação no uso de medicamentos no tratamento desses, digamos, sintomas de “desadaptação” escolar, com grande difusão de prescrição de ritalina (medicação indicada para hiperatividade), indiscriminadamente aplicada a crianças e adolescentes com alguma dificuldade de adequação aos padrões aceitáveis de “normalidade.

Foi a partir dessa percepção que, enquanto psicóloga da rede pública, busquei outro tipo de resposta para lidar com tal situação. Criei o Projeto Arte da Saúde, em 1991, numa experiência-piloto desenvolvida dentro do próprio Centro de Saúde Vera Cruz, que durou seis meses. Montei uma oficina de xilogravura na qual fui a monitora para as crianças que chegavam com esse tipo de demanda e caracterização genérica de “criança-problema”. Com uma ótima avaliação dos resultados, apresentei a proposta de sua implantação em um seminário interno da Regional Leste. Tal proposta foi aprovada

por unanimidade. Passei, então, ao desafio de conseguir financiamento para concretizá-la, tendo em vista que, na época, a Saúde não detinha recursos para este tipo de atividade (oficinas de arte e artesanato).

Consegui, em parceria com a Secretaria Municipal de Assistência Social, fazer um convênio com o Programa de Socialização Infanto-juvenil (de 6 a 14 anos). Implantei o projeto na Regional, inicialmente oferecendo cinco oficinas de arte e artesanato. Após um ano, montei a sexta oficina, atingindo uma oferta permanente de 120 vagas. Pelo projeto já passaram mais de 800 crianças e adolescentes, sempre preservando os laços com suas escolas, nas quais rotineiramente reverteram sua trajetória de dificuldades e fracasso, construindo projetos bem-sucedidos.

Registro que lidamos com crianças e adolescentes de regiões das mais carentes de BH, quais sejam o Taquaril, Granja de Freitas, Alto Vera Cruz, Jonas Veiga, Vera Cruz, Santa Inês, Saudade, etc., bairros estes não apenas marcados pelos mais baixos índices sociais da capital, como pela contínua violência promovida pelo tráfico de drogas, e todos os males decorrentes do crime imerso num ambiente de miséria.

Nesse período de mais de uma década, temos conseguido construir parcerias e laços que viabilizam a inserção dessas crianças em suas comunidades, enquanto seres capazes e produtivos, dotados de auto-estima e 'causados' pelo interesse em afirmar suas cidadanias. A totalidade delas tem conseguido abrir caminhos no mundo, construindo seus projetos sem serem capturadas pelas redes do tráfico de drogas e sem a destruição que significa sua estigmatização precoce como crianças fracassadas e/ou excluídas de suas escolas.

O Projeto Arte da Saúde constitui, portanto, uma resposta da Psicologia, tecida a partir de um novo olhar que lança sobre essas crianças e adolescentes, à contínua demanda por tratamento de suas diferenças e "desadaptações". Seu principal objetivo é o de lhes permitir um itinerário de inclusão social e de afirmação no mundo.

Por essa sua abordagem, o projeto não tem como se furtar a uma crítica às práticas que promovem o adoecimento e a coisificação

dessas crianças, normalmente apropriadas como objetos de suposta ação científica de especialistas e especialidades. Nesse sentido, mantém um exercício permanente de desconstrução de toda uma lógica discursiva, intensamente repercutida na mídia e patrocinada por saberes prontos, cujo foco é produzir novas entidades nosológicas, assegurando à sociedade novas “técnicas” e/ou saberes capazes de tratá-la, não raro em dada clínica, especialista, ou com a nova e medicação recém-experimentada.

Instaurado no âmbito do serviço público, o Arte da Saúde busca reverter o itinerário dessas crianças e seus processos de adoecimento, pelas vias da afirmação de talentos e aptidões, pelo exercício do direito de expressão, pelo resgate da cidadania. Tal afazer tem por base a consolidação da auto-estima e, sobretudo, busca, através da afirmação de projetos individuais, a consolidação de laços sociais nos quais as crianças e adolescentes se coloquem no mundo como protagonistas, assenhoreando-se de suas escolhas, de seus direitos e responsabilidades, de sua ação política enquanto sujeitos-cidadãos.

Do ponto de vista de uma metodologia de abordagem de tais questões, a partir de uma perspectiva da Psicologia, é importante esclarecer a necessária mudança de postura visando abandonar um tecnicismo pragmático, calcado em padrões universitários que se distanciam das realidades individuais e/ou sócio-culturais. Muitas vezes cunhando respostas-padrão, cujos efeitos são muito mais os da alienação pelas vias da destituição de seus sujeitos. Nesse sentido, importa encontrar uma Psicologia que se afaste do controle social, dado a apropriação de seu saber por uma lógica que, em última instância, corrobora e colabora com o *apartheid* social, e que se afirme como ação política e transformadora. No caso, com base nos paradigmas da luta antimanicomial, tentamos afirmar uma Psicologia cujo potencial de inclusão, pelas vias da intervenção no social, seja um exercício político de afirmação no mundo – em um mundo que não busque apenas afirmar a doença onde haja desvios, divergências ou simples diferenças.

Assim, na busca de outra lógica, capaz muito mais de dar cabimento às diferenças do que meramente buscar classificá-las em nome de uma ciência, que também tem por base ideologias e políticas, que menos visam transformar o mundo que justificá-lo, zelando pelos conceitos de suas classes dominantes, nos dispomos a desconstruir todo esse itinerário, por anos definido institucionalmente, fazendo do Arte da Saúde um experimento em que a busca da inclusão se alia a uma prática psicoterápica engajada na transformação social.

Para isso, construímos uma abordagem cujo foco se estende de uma intervenção no social. No caso, pela busca de uma alteração na sociabilidade, ampliando-a de modo a que incorpore na cultura local práticas e espaços de participação capazes de absorver o protagonismo infanto-juvenil - a uma intermediação nos processos de subjetivação; e pela inclusão desses sujeitos em grupos cujas práticas e manejos visam o emergir de sujeitos de cidadania, capacitando-os ou instigando-os a um processo de afirmação no mundo pelas vias das descobertas e potencialização de seus talentos individuais. Portanto, o Projeto Arte da Saúde respalda-se na Psicologia enquanto promotora de uma prática política transformadora e não como instrumento de segregação e de controle social.

Para seu exercício prático, consolidamos uma rede de interações e parcerias, na qual se incluem a comunidade, que nos cede os locais de trabalho; os monitores, que são moradores da comunidade selecionados por suas habilidades e talentos; o Fórum Mineiro de Saúde Mental, que nos oferece, além de todo o seu calendário de eventos, a lógica da desconstrução manicomial e de sua luta política; a Cáritas Brasileira - Regional Minas Gerais, que patrocina eventos de formação política para as crianças e monitores; a PBH, que, por via de suas Secretarias, viabiliza alimentação, profissionais da saúde mental e recursos financeiros e materiais.

Partimos, para tanto, de uma prática singela: reunimos grupos de crianças e adolescentes encaminhadas às equipes de saúde mental e rotineiramente os envolvemos em atividades de produção de arte e artesanato (as oficinas funcionam duas vezes por semana, durante

todo o ano). As crianças que necessitam de atendimento psicológico permanecem com suas agendas nos centros de saúde e passam a desenvolver tais práticas nas oficinas. Os monitores são pessoas da própria comunidade, moradores que demonstrem capacidade para lidar com crianças e adolescentes e que detenham habilidades específicas na produção artesanal e artística. Vale registrar que alguns são ex-integrantes do projeto, formados por nós em longos anos de convívio, e hoje, adultos, estão aptos a se oferecer como orientadores das outras crianças, que não raro passam por situações semelhantes às que viveram no passado. Outros de nossos monitores são usuários da saúde mental, cujo processo de inserção social, pelas vias dos Cersams e Centros de Convivência, os qualifica a tal prática.

Devemos ressaltar que fomos pioneiros em reconhecer usuários de saúde mental como profissionais capazes de ensinar para as crianças o que aprenderam nos centros de convivência ou mesmo em suas trajetórias de vida. Alguns deles se firmaram conosco como profissionais competentes e produtivos, artistas virtuosos que, hoje, se afirmam no mundo, referências fundamentais na vida de inúmeras crianças e adolescentes que com eles se formaram.

Com o passar do tempo, os monitores tornam-se referências nas vidas das crianças e as orientam e promovem de modo a que se sintam instigadas, desejosas, capazes. As crianças, além das atividades de produção, das quais decorrem exposições, mostras em galerias etc., freqüentam encontros e seminários de formação, promovidos pela Cáritas; participam de eventos na cidade; freqüentam salas de cinema e atividades em centros culturais, etc. (Vários, há anos no projeto, hoje se tornaram monitores das atividades desenvolvidas nas escolas nos finais de semana em projetos governamentais, do tipo "Escola aberta", "Escola Integral", etc.).

Semanalmente, nos reunimos às segundas-feiras - e isso fazemos há mais de 14 anos -: psicólogos, monitores e coordenação para discutir casos, dar encaminhamentos, planejar eventos, lidar com nossas dificuldades e conquistas.

Em 1989, o Projeto Arte da Saúde foi selecionado, dentre 732 inscritos, como um dos dez melhores projetos em andamento no país no âmbito do Prêmio Itaú/Unicef – Educação e Participação, e vem constituindo uma experiência exitosa em psicologia, consolidando-se como referencial de atendimento de crianças e adolescentes em BH.

Posteriormente, em todas as Conferências Municipais e Estaduais de Saúde, o Projeto Arte da Saúde figurou como diretriz a ser implantada enquanto política pública municipal e estadual.

De sua prática, surgiram oportunidades para publicação de textos e artigos, quer por patrocínio do Ministério da Saúde, quer do próprio Conselho Federal de Psicologia, sempre na perspectiva da abordagem da questão da criança e do adolescente sob a ótica da lógica antimanicomial. A título de ilustração, citamos as revistas *Adolescência e Psicologia – Concepções, Práticas e Reflexões Críticas*, uma publicação conjunta do Ministério da Saúde e Conselho Federal de Psicologia em 2002, na qual apresentamos o texto *A Questão da Adolescência Numa Perspectiva Antimanicomial*; bem assim, a revista *Diálogos*, do Conselho Federal de Psicologia, de dezembro de 2006, na qual publicamos o artigo “Cidadania com arte”.

De se esclarecer que o Projeto Arte da Saúde não constitui prática definida como arte terapia, mas uma intervenção no social com vistas à constituição de uma sociabilidade que dê cabimento às diferenças. Busca-se nele a promoção do protagonismo de crianças e jovens a partir de seu predicar, do exercício de seus pontos de vista e da conquista de sua cidadania. Os efeitos terapêuticos dessa experiência se evidenciam pelos meios mais variados, que vão do adequado manejo do coletivo e da sustentação de seus laços transferenciais, pela produção de objetos e obras cujo resultado eleva o sujeito à condição de autoria. E, por conseguinte, nele desperta o senso de auto-estima, além do que são primorosos os efeitos de manutenção de tais crianças em suas escolas, a partir de um processo de mudança subjetiva que as qualifica enquanto sujeitos capazes e desejantes. Somem-se a isso os efeitos positivos promovidos pelas interações que

as crianças têm em outros eventos, cursos, encontros, propiciando novas experiências afetivas e uma melhor interação com suas famílias.

Consideramos, por fim, fundamentais aos bons resultados do Arte da Saúde o processo de constante aproximação com os familiares das crianças, quer em reuniões rotineiras que realizamos, quer em festas e eventos que promovemos; bem assim, através de visitas domiciliares de praxe, realizadas quando, por exemplo, uma criança falta mais de uma vez, em seguida, às oficinas, sem informar o motivo. Isso nos coloca mais próximos das famílias, consolidando o que chamamos de uma “atenção especial” a essas crianças, conhecendo seu território, acompanhando o seu cotidiano, etc. Também, devem ser ressaltadas como importante as relações mantidas com as escolas, onde buscamos um diálogo sobre os processos de cada criança, de forma a que nelas adquira um novo estatuto, capaz de demover os estereótipos até então definidos a cada uma.

Não podemos deixar de fazer menção á importância do projeto como fundador, em sua prática, de uma política verdadeiramente intersetorial. Desde seu início, o projeto somente se viabilizou por essa característica de prática intersetorial, dados o seu envolvimento e o seu compromisso com duas Secretarias Municipais, quais sejam: Secretaria Municipal de Saúde (Saúde Mental) e Secretaria Municipal de Assistência Social (Programa de Socialização Infanto-juvenil), suas parcerias com as ONGs (Fórum Mineiro de Saúde Mental e Cáritas Brasileira - Regional Minas Gerais), bem como com a comunidade, quer com suas associações de bairro, quer com suas igrejas, por via das quais conquistamos espaços cedidos para nossa prática.

Dentro desta política intersetorial, devemos ressaltar a contribuição do projeto na construção dos Fóruns Regionais de Atenção à Criança e ao Adolescente. Tais fóruns, que se viabilizam há mais de 13 anos, contam com a participação dos diversos atores institucionais relacionados às questões da infância e da adolescência. Seus encontros decorrem da necessidade de partilhar com os demais atores as questões que

anteriormente eram encaminhadas apenas à saúde mental. A princípio, foi chamada a Educação, para entendermos quais os critérios que usava para encaminhar uma criança à saúde mental. Com o passar dos anos, entendemos que várias outras questões contemporâneas que dizem respeito à criança e ao adolescente somente podem ser abordadas no âmbito da intersetorialidade e, portanto, num processo de construção de rede; quais sejam: a violência, o trabalho infantil, a exploração e abuso sexual de crianças e de adolescente, as drogas, as crianças e adolescentes em conflito com a lei, e todas as outras que tocam na defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes.

Decorre, dessa experiência, a integração de vários outros setores em tais Fóruns, que hoje contam com a participação dos conselhos tutelares em suas reuniões mensais.

O Arte da Saúde visa, sobretudo, uma maior participação de crianças e adolescentes no mundo social, donde se pressupõe sua circulação na cidade, em seus bairros, em seus territórios, viabilizando um exercício da cidadania, sustentado no senso de autoria e da indução ao protagonismo. Desta forma, propõe-se a uma ação política no mundo que visa também a produção de uma sociabilidade mais acolhedora e menos intolerante.

O Arte da Saúde aposta numa práxis em que a Psicologia sustente uma lógica na qual seus saberes ganhem tons de intervenção política, capazes de mudar o social, de modo a que comporte e acolha sujeitos que fazem diferença.

Após 13 anos de luta, decidimos, em 2006, documentar nossa prática com a edição de um vídeo onde as crianças e adolescentes figurassem como os principais atores: “Arte da Saúde – Atelier de Cidadania” foi uma das mais belas experiências que realizamos, permitindo a cada uma de nossas crianças, monitores, profissionais da saúde mental, familiares, etc., registrar o significado e o valor dessa prática em suas vidas. É um documentário que permite à Psicologia uma profunda reflexão sobre seu potencial enquanto saber e enquanto prática política, quiçá com a finalidade de fundamentar políticas

públicas exitosas. (Anexamos a este texto o vídeo, que sugerimos seja acolhido como um testemunho dessa prática).

A título de registro, devemos mencionar que, após mais de uma década de tentativas, a Coordenação de Saúde Mental do município de Belo Horizonte conseguiu convencer a Secretaria Municipal de Políticas Sociais da necessidade de descredenciar as clínicas particulares conveniadas, destinadas ao atendimento de crianças e adolescentes portadores de deficiências; mas que, em verdade, detinham uma ampla clientela formada por crianças com dificuldades escolares. Tal medida foi tomada em razão da avaliação negativa que se fez sobre os serviços prestados por tais clínicas, tendo em vista a precariedade de seus atendimentos e, muitas vezes, de seus métodos inadequados e seu caráter excludente. Como consequência dessa medida, incumbiu-se a Saúde Mental de viabilizar alternativas mais adequadas ao atendimento dessa clientela, tendo sido indicado o Arte da Saúde como uma das opções elencadas, cujos serviços deverão ser disponibilizados também para essa finalidade.

As possibilidades de ampliação do Projeto Arte da Saúde para outras regionais de Belo Horizonte e mesmo para outros municípios são sempre cogitadas, especialmente pelas diretrizes definidas nas últimas conferências municipais e estaduais de saúde. Tal medida, entretanto, significa um passo determinado por um conjunto de entendimentos e definições políticas, importando no envolvimento de diversos atores, secretarias e, inclusive, dotações orçamentárias.

Para sua efetivação, alguns acordos vêm sendo costurados com a participação de vários parceiros, tais como Ministério Público, Fórum Mineiro de Saúde Mental, Coordenação de Saúde Mental do Município, buscando caminhos capazes de ampliar a experiência do Arte da Saúde às demais regionais da cidade.

No âmbito estadual, de se registrar que cidades como Divinópolis e Maravilhas têm buscado formas de implantar o Arte da Saúde, demandando nosso planejamento para atender às suas realidades específicas.

A associação entre uma experiência bem-sucedida, com formato simples, e custos módicos, focada na realidade local e dependente de recursos das próprias comunidades (como locais de trabalho e monitores), torna o Arte da Saúde uma prática aplicável em várias localidades, permitindo às crianças e adolescentes, à administração pública e às comunidades resultados significativos. Dada sua inserção e absorção na vida comunitária, suas chances de sofrer com eventuais crises de descontinuidade administrativa são minimizadas, especialmente ao se viabilizar como experiência intersetorial, consubstanciada numa rede de parcerias e de apoios locais.

Referências bibliográficas

ARIÈS, Philippe. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

BADIOU, Alain. *Para uma Nova Teoria do Sujeito*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

CASTRO DE ALMEIDA, NELI E DELGADO, PEDRO GABRIEL (orgs.). *De Volta à Cidadania*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 2000.

DEL PRIORE, Mary (organizadora). *História das Crianças no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2000.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura*. Rio de Janeiro: Graal, 1974.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir – História da Violência nas Prisões*. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

FREUD, Sigmund. *Psicologia de Grupo e Análise do Ego*. 1921. Rio de Janeiro: Obras completas, vol. XVIII, Imago Editora.

VELHO, GILBERTO e FIGUEIRA, SÉRVULO (coordenadores). *Família, Psicologia e Sociedade*. São Paulo: Campus, 1981.

Categoria
Trabalho Individual



2º lugar

*Estratégia de Saúde Mental no
Município de Naque – Projeto “Dignamente”*

Michelyne Martins Sperandio de Souza

Categoria Trabalho Individual

Projeto de Saúde Mental de Naque: “DIGNAMENTE”

*Michelyne Martins Sperandio de Souza*²¹

Resumo

O presente trabalho discorre sobre o acolhimento aos portadores de transtorno mental no município de Naque, em um programa criado para priorizar o atendimento humanizado. Evidenciando o cuidado em ser agente facilitador para o tratamento adequado aos seus usuários, e a manutenção deste com acompanhamento de equipe interdisciplinar. Este processo envolve a busca ativa dos pacientes já cadastrados no programa, e outros que, porventura, surgirem. No desenvolver do programa, foi possível compreender e identificar os fatores que facilitam e dificultam a realização do programa intitulado DIGNAMENTE. Para levantamento dos dados, utilizaram-se o prontuário e o contato direto com os pacientes e seus familiares. Os resultados revelaram que o caminho a ser percorrido é árduo, porém extremamente gratificante devido ao *feedback* dos pacientes quanto ao tratamento. O programa ofereceu-lhes a oportunidade de se conhecerem melhor, não somente o “efeito da doença”, bem como a oportunidade de resgatar a tão almejada dignidade.

²¹ Psicóloga. Idealizadora e Coordenadora da Estratégia de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Naque.

Introdução

O histórico da saúde mental no mundo e no Brasil sofreu grandes modificações ao longo dos anos e ainda está em constante discussão. Antes de descrever as tentativas de desenvolver uma estratégia em saúde mental, é importante ter uma visão geral dessa brava luta em direção da humanização dos procedimentos relacionados aos cuidados com o portador de transtorno mental.

Idade antiga (476 Séc. V)

A loucura para os poetas gregos era um estado da razão; ou até mesmo obra de Zeus ou de outros deuses; sobretudo, era transitória. Posteriormente, a influência de Hipócrates e Galeno resultou no pensamento de que a loucura era causada por um desequilíbrio humoral; houve, também, a percepção de que o cérebro era o órgão da loucura.

Idade Média (476 a 1453)

Surgiu a concepção de que a loucura se caracterizava pela possessão demoníaca, ou associada a bruxarias, tendo como tratamento os jejuns, orações, frequência à igreja e exorcismos.

Idade Moderna (1453 a 1789)

A loucura passou a ser encarada como “doença”. A etiologia diabólica e a teoria dos humores foram progressivamente descartadas. Passaram a ser observado os distúrbios comportamentais e perturbações intelectuais. Então, a loucura ganhou caráter moral começando aí os encarceramentos e a exclusão.

Idade Contemporânea (1789 até hoje)

Emergiu a medicina clínica, em que a Psiquiatria foi inaugurada como especialidade médica, com a publicação do tratado médico-filosófico sobre alienação mental de Pinel (1801). A partir de então, foram atribuídas às causas da doença mental as paixões violentas, distúrbios físicos e morais. O tratamento eram hospitalização, regime físico, moral e orientação espiritual.

A saúde mental no Brasil - séc. XIX (1852)

O Brasil importou da Europa a forma de lidar com os seus “loucos” e seus mecanismos de poder. De acordo com Amarante (1994), a necessidade de uma sistematização da atenção no Brasil teve início com a chegada da Família Real, pois até então os “loucos” de maior poder aquisitivo, eram mantidos trancados em suas casas aos cuidados das famílias, ou dos criados, enquanto os pobres viviam vagando livremente, sem território definido.

Inicialmente, houve uma “limpeza das ruas”, através da exclusão dos loucos e vagabundos, que eram levados aos porões das Santas Casas de Misericórdia, onde eram cuidados por escravos, voluntários e religiosas. Só a partir de 1830 é que foi questionado o encarceramento do louco nesses hospitais. Começando o processo de medicalização do espaço hospitalar, que culmina com a criação do Hospício Pedro II, o primeiro hospício brasileiro, em 1852. Esse histórico resultou em maus tratos, como acorrentamento e castigos com chicote.

De acordo com Amarante (1994), por volta da década de 60 a Previdência Social passa a comprar leitos psiquiátricos em hospitais particulares, desencadeando uma verdadeira “caçada ao ouro”. Conforme Delgado (1997), a taxa de crescimento anual dos leitos psiquiátricos no Brasil, entre 1976 e 1980, foi maior que a de qualquer outro país do mundo, resultando em banalização dos sintomas para justificar as internações nos hospícios pagos pelo Inamps.

Na década de 70, não suportando a busca desenfreada pelo lucro, a previdência social entra em crise, mostrando a ineficiência desse modelo e apontando para a necessidade de reformulação, abrindo espaço para o questionamento do modelo de assistência à saúde.

Em 1979, veio a público a situação degradante do hospital-colônia de Barbacena, causando indignação nas classes profissionais e na sociedade em geral, reforçando ainda mais a necessidade de discussão sobre novos modelos de atendimento.

Vale ressaltar que esses questionamentos vieram à tona com a entrada em cena de novos atores políticos, principalmente trabalhadores de saúde mental. Foram realizadas as Conferências Nacionais de Saúde Mental em 1987 e 1992, possibilitando a delimitação dos objetivos da reforma psiquiátrica brasileira.

A 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1994, favoreceu o desmonte gradual do modelo hospitalocêntrico e a substituição deste por uma rede de serviços diversificada e qualificada, que tenha como princípio a integridade do cidadão e o respeito à sua diferença.

Entretanto, a proposta de reforma da assistência psiquiátrica brasileira vai além da simples substituição do manicômio por serviços alternativos, o diferencial desta proposta está basicamente no aspecto da “desinstitucionalização”.

O termo *saúde mental* vem sendo, então, renovado em seu verdadeiro significado, que é a humanização do olhar ao portador de transtorno mental, e como facilitar o tratamento e a manutenção deste, buscando a qualidade de vida como objeto principal.

Baseado nos passos da história da loucura, o trabalho realizado no município de Naque vem resgatar a auto-estima e dar esperança a quem dele faz parte, sob leis federais e estaduais, tentando implantar também lei municipal para que, em todas as esferas de governo, seja o portador de transtorno mental respeitado, amparado e bem assistido. Portanto, fez-se necessário criar em um município de poucas posses um projeto próprio, cujas dificuldades são inúmeras, mas o desejo de acertar é maior e, sobretudo, estimulador.

Apresentação

A Estratégia de Saúde Mental do Município de Naque foi idealizada pela Psicóloga do município de Naque e parcerias. Esta estratégia visa o atendimento aos portadores de sofrimento mental do município de Naque, pretendendo inseri-los nos serviços de saúde especializados, de acordo com as suas necessidades.

Através da implantação da referida estratégia, o município de Naque mais uma vez cumpre o seu papel como parceiro do SUS, oferecendo serviços de saúde difíceis de serem encontrados na rede pública.

Justificativa

Até o ano 2000, não existia uma assistência especializada aos pacientes portadores de transtorno mental dos municípios até 20.000 habitantes na região. Os pacientes em “crise” eram encaminhados para internação nos hospitais psiquiátricos do Estado de Minas Gerais.

A construção de dispositivos de atenção à Saúde Mental exige um trabalho incessante de reflexão, reelaboração e invenção por parte dos gestores e dos profissionais encarregados de executar as ações junto aos usuários, incentivando o desenvolvimento de um trabalho territorial mais próximo da realidade vivida pelos sujeitos e grupos. Essas ações pressupõem o retorno do usuário para o convívio social e, por esta razão, implicam a prática do psicólogo inserido nesse contexto.

A visão do profissional de Psicologia trouxe a essa proposta o real olhar humanizado para ser compartilhado com os demais integrantes da equipe.

O psicólogo como profissional de saúde mental

Cada vez mais se discute a relevância de ação de profissionais de várias formações no campo da saúde. Por isso, torna-se importante

que haja um conhecimento, por parte dos profissionais, da maior gama possível de ferramentas teóricas e a possibilidade de um trabalho integrado que difira do trabalho multidisciplinar. Segundo Almeida Filho (1997), esse trabalho multidisciplinar consiste no conjunto de disciplinas isoladas que tratam do mesmo assunto, sem que se estabeleça uma ação integrada entre elas.

É preciso, então, que se ultrapasse a barreira das especialidades e guetos teóricos, pautando no trabalho interdisciplinar, na ação recíproca, no enriquecimento mútuo, com tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Para que possa haver tal relação, é necessário que haja a identificação de uma problemática comum, através de uma articulação teórica e política com o esforço de se estabelecer uma linguagem compartilhada dos conceitos fundamentais (ALMEIDA FILHO, 1997, e FARIA, 1999). Portanto, a saúde coletiva não pode ser entendida como um conjunto de ações e saberes isolados. É preciso haver a produção de uma disciplina comum, sem a justaposição ou a nomeação de uma profissão ou campo de atuação como a detentora das rédeas do trabalho generalista (RONZANI; RIBEIRO, 2003).

Nesse sentido, ressalte-se a importância das “ciências da conduta”, como denominam Paim e Almeida Filho (1998). Tais ciências seriam a Sociologia, a Antropologia e a Psicologia, aplicadas a problemas de saúde. A importância do conhecimento e da utilização dos aspectos socioculturais e psicossociais seria possibilitar a integração da equipe de saúde junto à comunidade e a identificação de sujeitos importantes na multiplicação de conhecimento (ANDRADE; ARAÚJO, 2003; CALATAYUD, 1999; SAFORCADA, 2002).

Tais representação e perfil predominante dos profissionais levam, muitas vezes, à simplificação, e não ao reconhecimento da Psicologia como uma disciplina de relevância social e, principalmente, como uma área de conhecimento importante para a promoção da saúde coletiva (BENEVIDES, 2005; DIMENSTEIN, 2000, 2001; DURÁN-GONZALES; HERNANDEZ-RINCÓN; BECERRA-APONTES, 1995; SPINK, 2003).

Uma perspectiva teórica, que permita transcender o espaço definido por algumas práticas da Psicologia clínica e da saúde tradicionais, poderá oferecer às equipes de atuação um importante respaldo teórico e metodológico na inserção do psicólogo na promoção não somente da saúde mental, mas também de outros setores da saúde. Com a capacidade de articulação interdisciplinar e na perspectiva de uma teoria psicológica contextualizada a questões de relevância social, como o resgate da cidadania e a exclusão social, o psicólogo não será meramente um especialista em saúde mental; e sim um profissional importante na soma de esforços pela prevenção e promoção da saúde, através do enfoque do restabelecimento do bem-estar da comunidade (BENEVIDES, 2005; CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005; DIMENSTEIN, 1998, 2000 e 2001; DURÁN-GONZALES; HERNANDEZ-RINCON; BECERRA-APONTES, 1995; SPINK, 2003; TRAVERSO-YÉPEZ, 2001).

Por se tratar de um serviço especializado de saúde que demanda a existência de uma equipe interdisciplinar, o serviço de atenção em saúde mental tornou-se uma realidade bastante distante para a maioria dos municípios, salvo aqueles de maior porte.

Esta realidade deve-se, principalmente, a dois fatores: ao alto custo para a manutenção do serviço pelo município e à própria dificuldade de acesso a profissionais qualificados, principalmente ao psiquiatra, raro no mercado de trabalho da região; quando encontrado, prefere atuar nos hospitais e clínicas particulares, não demonstrando interesse na rede pública

Em razão dos fatos anteriormente mencionados, acredita-se que a implantação do Programa de Saúde Mental no município de Naque, bem planejado e dirigido, trará inúmeros benefícios para essa população especial, para seus familiares e também para a comunidade.

Para o paciente com transtorno mental, o projeto DIGNAMENTE é um benefício de valor inestimável, pois, com certeza, contribui para eliminar a exclusão social e ajudar na integração familiar e na sociedade.

A realização da estratégia de saúde mental de Naque está colocando, com certeza, o município em lugar de destaque no cenário regional, por se tratar de um projeto de alta relevância social. Esse projeto é exemplo para outros 33 municípios que compõem a GRS (Gerência Regional de Saúde) Coronel Fabriciano, sendo utilizado para dar suporte a implantação de serviços ou a reestruturação dos mesmos. Esta estratégia alcançou destaque regional, sendo solicitada sua apresentação à Coordenadora de Saúde Mental do Estado de Minas Gerais.

Histórico da saúde mental no município de Naque

Como foi dito anteriormente, até o ano 2000 não existia uma assistência especializada e adequada aos pacientes portadores de transtorno mental na região. Em Naque não era diferente, embora houvesse o cuidado em dar aos pacientes do município a atenção devida a seus sintomas mais evidentes.

Existia um procedimento de emergência diante de “crise”. Os pacientes eram encaminhados a um profissional especializado (psiquiatra) e, depois da avaliação, se necessário eram levados para internação nos hospitais Psiquiátricos do Estado de Minas Gerais, porém, necessitando o olhar humanizado que hoje se faz presente. Depois de medicados, os pacientes eram recebidos no município, buscando garantir sua medicação e assistência básica.

Faz parte deste histórico um triste relato ocorrido antes da emancipação política, quando Naque ainda pertencia ao município de Açucena. Nesse município surgiu uma maneira de “eliminar” o “problema” da doença mental: as pessoas consideradas inadequadas ao modelo de “normalidade” (loucos, mendigos, andarilhos) eram recolhidas por uma espécie de “carrocinha” e levadas, à sua revelia, para algum hospital psiquiátrico; ou até mesmo deixadas perdidas, na madrugada, em outras cidades distantes. Não encontrariam o caminho de casa e, portanto, assim era assegurada a “tranquilidade” e o “conforto” da população, sem se levar em consideração tamanha crueldade.

Este fato era motivo de brincadeiras entre as pessoas, o veículo utilizado para fazer a coleta era uma *Kombi*. Quando se aproximava um veículo semelhante, logo alguém dizia: “Cuidado! A *kômbi* vai te pegar!”. Um desrespeito ao portador de transtorno mental, que era discriminado, multiplicando-se, assim, o preconceito. Não sendo diferentes de outros lugares, as pessoas cresceram com medo dos “doidos”, gerando enfim, mais discriminação. O que torna mais difícil remover das pessoas essa impressão e mostrar-lhes a realidade desses cidadãos é que, não conhecendo o assunto, também desconhecem que a loucura pode acometer qualquer indivíduo, independentemente de raça, credo, cor e nível social, dentre outros. Portanto, tornou-se necessário atender melhor e com qualidade à população de portadores de sofrimento mental, levando em consideração que foi observada uma grande demanda sem cuidado específico.

Em 2001, foi contratado pela Prefeitura o primeiro profissional de Psicologia, que introduziu as noções de saúde mental no Município; no início, encontrou grandes obstáculos, devidos ao histórico de desrespeito citado e ao preconceito também contra a Psicologia, ciência que mal conheciam.

O psiquiatra tornou-se fundamental para a implantação dessa estratégia no Município. Os atendimentos eram semanais no próprio município; porém, sem uma demanda específica.

A triagem dos pacientes era realizada pela Psicóloga e os médicos da rede de saúde Municipal, sendo a demanda básica de transtorno depressivo.

Com o aumento dos encaminhamentos, as pessoas passaram a conhecer melhor o que era a saúde mental; surgiu, porém, a necessidade de estabelecer uma demanda específica para atender a psicóticos e neuróticos graves, sendo inviáveis consultas psiquiátricas fora dessa proposta devido ao alto custo do profissional. Ressalte-se que esse município foi o pioneiro, segundo seu porte, a adquirir equipe interdisciplinar, embora sem estruturação adequada naquele momento.

Em 2003, foi implantado o “Programa Consaúde Mental”, um programa do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço - Consaúde -, uma parceria que nos possibilitou participar com consultas psiquiátricas, em que eram atendidos 12 pacientes, uma vez ao mês, no próprio município; e um psicólogo, que introduziu boas idéias, fundamentando ainda mais o programa e auxiliando na triagem dos pacientes.

Foi estabelecido prontuário da saúde mental e também um mapa de medicação injetável (anexo A), contendo nomes, endereços, dosagens específicas para cada paciente e datas para futuras aplicações, segundo a necessidade percebida pelo psiquiatra.

Para que os pacientes não ficassem sem assistência medicamentosa devido à carência da população, foi adquirida a medicação injetável prescrita através de recursos da prefeitura e levada a cada um em domicílio, se este não viesse espontaneamente ao posto de saúde recebê-la.

Através deste processo, os pacientes foram se estabilizando e sendo tratados com mais dignidade e respeito no próprio município. Caiu o número de internações psiquiátricas e o município de Naque então entrou em coerência com as legislações federal (lei 10.216, de 6/4/2001) e estadual

(11.802, de 18/1/1995), que dispõem sobre a promoção de saúde e a reintegração social do portador de sofrimento mental, determinando ações e serviços de saúde substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes, bem como a reforçar sua proteção e garantir seus direitos.

Lembrando, ainda, que o município de Naque, com seus 7.000 habitantes, tem renda *per capita* baixa.

A partir de 2005, o Consaúde passou a oferecer apenas as consultas psiquiátricas; a triagem dos pacientes continuava a ser feita no próprio município pela psicóloga da Prefeitura (referência da estratégia e dos pacientes).

O atendimento, então, passou a ser mais estruturado envolvendo Psicóloga, Psiquiatra, os clínicos dos PSFs, Equipe de Enfermagem e ACS.

A demanda, que não fosse a prioritária ao programa, era acolhida e indicada para terapia e atendimento na rede de saúde municipal (PSF).

Em 2006, foi agregado ao paciente um cartão de Saúde Mental (anexo B). Contendo seus dados e os medicamentos utilizados por ele, facilita seu acesso à farmácia básica e a aquisição de sua medicação constante, bem como informações necessárias ao tratamento.

Ainda em 2006, foi extinto o convênio com o Consaúde referente ao psiquiatra, tornando responsabilidade exclusiva do município de Naque a contratação do profissional e a manutenção da estratégia.

Embora não houvesse fato ou relato de maus tratos, há sempre busca de tais possibilidades para orientação e resgate no Município. Hoje, estão cadastrados 60 pacientes psicóticos e 20 neuróticos graves, crescendo gradativamente a procura ao serviço.

Ações desenvolvidas no projeto “DIGNAMENTE”

As ações do projeto DIGNAMENTE vão aonde o paciente está. por isso, são realizadas visitas domiciliares pela psicóloga da equipe de saúde mental, caso o paciente não possa vir ao consultório. As visitas são feitas também pela equipe de Enfermagem do PSF, que leva até o paciente sua medicação injetável, segundo a orientação médica e o mapa.

Estão sendo treinados pela psicóloga os agentes comunitários de saúde com enfoque na saúde mental, na intenção de capacitá-los e estimulá-los para cuidar e buscar informações sobre os pacientes já cadastrados na sua área de abrangência, bem como identificar novos casos que porventura surgirem.

A equipe de saúde mental promove também palestras educativas à população, polícia, escolas, conselho tutelar, câmara de vereadores,

pacientes e familiares, dentre outros, evidenciando o tema saúde mental, informando e buscando apoio e respeito ao portador de sofrimento mental.

O acolhimento tem sido essencial para que o portador de transtorno mental compreenda que o espaço é reservado a ele e que este terá apoio necessário para vencer as dificuldades que surgirem.

As famílias são aliadas nessa estratégia, apesar de, no início, não saberem lidar com os sintomas apresentados, e nem como procurar ajuda. Após inúmeras investidas em oferecer aos usuários e seus familiares a oportunidade de conhecerem melhor a si mesmos e aqueles de quem cuidam, estão mais à vontade para procurarem a psicóloga de referência sempre que percebem que estão se desestabilizando.

Com o desenvolvimento dessa estratégia, pôde-se perceber que o próprio paciente se engajou de maneira a cobrar seus direitos, e também ajudando aos outros através de suas experiências. Durante as reuniões, colaboram com os pacientes mais resistentes e os convencem a aceitar o tratamento, reconhecendo que a melhor maneira de se cuidar é receber apoio. Este trabalho é coordenado pela psicóloga, que introduz dinâmicas e possibilita a interação.

Outra dificuldade enfrentada é o uso abusivo de álcool, uma realidade alarmante não só em Naque, como nas demais cidades. A ingestão de álcool pelo usuário de medicação quebra o processo de evolução no quadro clínico, colocando em risco seu tratamento e sua vida.

Objetivos

Esta estratégia tem como objetivo básico acolher e oferecer atendimento especializado de saúde mental aos portadores de transtorno mental do município de Naque, facilitando seu acesso e adesão ao tratamento, permitindo um maior controle, evitando as “crises”, a internação hospitalar e transtornos com a comunidade.

A redução das internações tem sido uma luta constante, porém, satisfatória, já que é mínimo o número de intervenções hospitalares quando estão medicados e acompanhados de perto em qualquer alteração do comportamento.

Público-alvo

A estratégia de saúde mental do município de Naque visa atender os pacientes portadores de sofrimento mental do município.

Concepção

A filosofia que norteia as ações da estratégia de saúde mental de Naque se pauta na humanização do atendimento, na lógica da desospitalização, no acesso ao que há de necessário para os pacientes estabilizarem e conviverem em sociedade.

O projeto DIGNAMENTE trabalha com o cuidado em preservar a dignidade desse paciente especial e, neste mesmo viés, conscientizar a comunidade a respeito da luta antimanicomial e orientá-la em como ajudar os portadores de sofrimento mental sem que haja discriminação.

Parcerias

Para o atendimento adequado aos portadores de transtorno mental é preciso fazer parcerias. Sendo o Consaúde com Projeto “Consaúde Mental” um grande colaborador.

Através desta parceria, foi possível incrementar as idéias para que essa estratégia acontecesse.

Torna-se necessário destacar que a Polícia Militar de Naque tem sido aliada nesse trabalho. Muitas vezes, foi chamada para ajudar a conter o paciente em crise, bem como para aplicação da medicação quando este resiste. Este procedimento é devidamente documentado

e acordado entre família, a equipe de saúde mental e a polícia, levando em consideração o bem-estar do paciente.

Atividades e fluxo do atendimento

As atividades realizadas no projeto DIGNAMENTE são as consultas iniciais com a equipe médica do PSF, que recebe os pacientes, os identifica e os encaminha para triagem com a psicóloga, quando são acolhidos e cadastrados no projeto e agendados em consulta psiquiátrica.

Na primeira consulta com o psiquiatra, é determinado o tratamento com a prescrição da medicação; as consultas subseqüentes são realizadas pelo clínico (PSF) se o paciente estiver estabilizado.

As consultas com o psiquiatra são realizadas mensalmente. Se houver crise ou surgir novo caso, seguir o protocolo (anexo C).

O atendimento com a psicóloga é a ponte para os procedimentos, iniciados pela triagem/cadastro, respondendo pelos pacientes e o projeto em si. Diante de emergência, segue-se o protocolo (2006) estabelecido pela equipe de saúde mental do município de Naque.

Medicamentos

Os medicamentos específicos da saúde mental são adquiridos pela prefeitura de Naque através de licitação auxiliada pelo bioquímico, que recebe uma relação de medicamentos receitados pelo psiquiatra. Estes medicamentos são calculados para manter os pacientes, bem como para se organizar o estoque, caso cresça a demanda. Essa medicação é distribuída aos pacientes cadastrados no programa, que possuem um cartão exclusivo, para que se tenha controle até mesmo dos pacientes em tratamento particular.

Cabe ao bioquímico prestar contas, junto à GRS-Coronel Fabriciano, dos medicamentos adquiridos e sua saída, bem como a manutenção da demanda.

A medicação injetável é feita nas residências aos pacientes mais resistentes; quando mais receptíveis ao tratamento, eles próprios se deslocam ao posto para recebê-la; alguns preferem buscar pela medicação, sentindo-se mais independentes. Procura-se respeitar a decisão do paciente quando este se identifica com um profissional, oferecendo a ele o direito de tomar a medicação com o técnico de enfermagem de sua escolha.

Benefícios de prestação continuada

Os portadores de transtorno mental, que necessitam de benefícios sociais (BPC - benefício de prestação continuada), garantidos pela lei 8.742/93 art. 20, da LOAS, recebem o laudo psiquiátrico, comprovando incapacidade para exercício de atividade laborativa; o assistente social faz a marcação de perícia no INSS e os orienta.

Metas para 2008

- No dia da luta antimanicomial, que se comemora em 18 de maio, pretende-se criar no cronograma da cidade um dia de reflexão sobre os cuidados com a saúde mental e o apoio a todo esse processo de desestigmatização da "loucura".
- Criação de projeto de acervo fotográfico/filmagem de identificação do paciente, bem como gravações de ações realizadas junto à estratégia de saúde mental para coleta de dados e apresentação do mesmo.
 - Definição dos critérios para melhoria do serviço.
 - Capacitação e acompanhamento das equipes de saúde mental.
 - Inclusão dos cuidados de saúde mental nos módulos básicos de treinamento das novas equipes de saúde da família.
 - Realização de oficinas terapêuticas.

- Utilizar a mídia local para comunicação, divulgação e informação sobre o trabalho em saúde mental no município de Naque e outros.
- Mobilizar voluntários/familiares a ingressar na proposta do projeto DIGNAMENTE, criando associação de usuários e familiares para serem representados onde for necessário.
- Orientar e informar melhor aos policiais sobre os sintomas que o portador de sofrimento mental apresenta, para não serem mal interpretados, causando o transtorno de serem considerados delinquentes por desacato à autoridade, ocasionando agressões.

Conclusão

Sabe-se que há muito que fazer...

Mas acredita-se que este é o caminho!

A melhor maneira de perceber que este projeto poderá dar certo é pensar em quem está sendo beneficiado, pois demonstram sua satisfação quando são respeitados e colaboram para estar cada vez mais firmes no propósito de se controlar diante desse misterioso “transtorno mental”.

O que garantirá o sucesso deste projeto é poder contar com apoio dos profissionais, pacientes, familiares, comunidade e administração pública. Assim todos ganham um estímulo para ajudar a quem precisa, removendo preconceitos em prol da dignidade e o respeito desses cidadãos.

Que esta luta seja reconhecida, valorizada e respeitada na íntegra, a fim de que o olhar seja realmente de ser humano para ser humano.

Referências bibliográficas

ALMEIDA FILHO, N. *Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, v. 2, nº ½, p. 5-20, 1997.

AMARANTE, P. *Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da Psiquiatria no Brasil*. In: _____. (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ANDRADE, A.N.; ARAÚJO M.D. *Paradoxos das Políticas Públicas: Programa de Saúde da Família*. In: TRINDADE, Z.A.; ANDRADE A. N. (orgs.). *Psicologia e Saúde: um Campo em Construção*, São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 89-100, 2003.

BRAGA, J. S. C.; PAULA, S. G. *Saúde e Previdência*. São Paulo: Estudos de Política Social, 2ª ed., Hucitec, 1986.

BENEVIDES, R. *A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces?* Porto Alegre: Psicologia & Sociedade, v. 17, nº 2, p. 7-13. 2005.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. *A Psicologia e a Estratégia Saúde da Família: Composto Saberes e Fazeres*. Porto Alegre: Psicologia & Sociedade, v. 17, nº 2, p. 26-32, 2005.

DIMENSTEIN, M. D. B. *A Cultura Profissional do Psicólogo e o Ideário individualista: Implicações para a Prática no Campo da Assistência Pública à Saúde*. Natal: Estudos de Psicologia, v. 5, nº 1, 2000.

DIMENSTEIN, M. D. B. *O Psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: Desafios para a Formação e Atuação Profissionais*. Natal: Estudos de Psicologia, v. 3, n. 1, p. 53-51, 1998.

DIMENSTEIN, M. D. B. *O Psicólogo e o Compromisso Social no Contexto da Saúde Coletiva*. Maringá: Psicologia em Estudo, v. 6, nº 2, 2001.

FARIA, E. V. F. *Formação do Profissional de Saúde*. Juiz de Fora: Revista de Atenção Primária à Saúde, v. 2, n° 4, 1999.

FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1972.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *Saúde Coletiva: uma "Nova Saúde Pública" ou Campo Aberto a Novos Paradigmas?* São Paulo: Revista de Saúde Pública, v. 32, n° 4, 1998.

PAL PELBART, P. *Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura*. São Paulo: Brasiliense: 1989.

Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: 1994.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Coordenação Geral de Documentos e Informações Legislação em Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

ANEXOS

Anexo - A

**Controle de Pacientes em Uso de Medicamentos de Depósito
Estratégia de Saúde Mental de Naque
Projeto DIGNAMENTE**

NOME DO PACIENTE	ENDEREÇO	MEDICAÇÃO E DOSAGEM	DATA APLIC.	PRÓX. DATA	PRÓX. DATA	PRÓX. DATA

Anexo B

Anexo C

Protocolo de atendimento ao paciente em crise do projeto “DIGNAMENTE”

Paciente cadastrado no projeto

- Em crise, a equipe acolhe e encaminha à consulta de emergência com o psiquiatra na unidade de saúde, se este estiver atendendo no município.
- Se o psiquiatra não estiver no município, a equipe acolhe, entra em contato com o profissional que o acompanha por telefone e lhe passa todos os sintomas e recebe providências.
- Persistindo os sintomas, o paciente é levado ao encontro do psiquiatra onde ele estiver atendendo.
- Constatada a gravidade do caso, segue-se a orientação do psiquiatra para internação em hospital geral até amenizar a crise; posteriormente, será levado para casa e lá cuidado pela equipe de saúde mental.
- Em último caso, esgotados todos os recursos, o paciente, seguindo a orientação psiquiátrica, é levado ao hospital especializado.

2 - Paciente não cadastrado no projeto

- Caso o paciente não esteja cadastrado no projeto de saúde mental, ele é acolhido e encaminhado para o pronto-socorro para os primeiros procedimentos; após, é inserido no programa e acompanhado.

Categoria
Trabalho Individual



3º lugar

*Uma Experiência de Inserção do Psicólogo no
Sistema Único de Assistência Social/SUAS*

Ana Flávia Sales Costa

Categoria Trabalho Individual

Uma Experiência de Inserção do Psicólogo no Sistema Único de Assistência Social - SUAS - . Processo de Construção do Novo Modelo de Política Pública de Assistência Social

Ana Flávia de Sales Costa²²

Resumo

Em dezembro de 2003, na IV Conferência Nacional de Assistência Social, foi criado o Sistema Único de Assistência Social – SUAS -, responsável pela oferta de uma rede de serviços públicos socioassistenciais, hierarquizados em níveis de proteção. O Centro de Referência da Assistência Social - CRAS - é o espaço público responsável pela Proteção Social Básica, de caráter preventivo, concretizada pela garantia de direitos, vigilância social e pelo fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. O psicólogo compõe a equipe mínima do CRAS, o que introduz a dimensão psicológica no contexto das políticas públicas sociais. O presente trabalho objetiva relatar uma experiência de inserção do psicólogo no SUAS, tendo como ponto de partida a

²² Psicóloga, pós-graduada em Psicologia Clínica. Atualmente é psicóloga coordenadora de CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) da Prefeitura Municipal de Prudente de Moraes e da Prefeitura Municipal de Jequitibá. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Social Comunitária.

minha atuação na implantação de CRAS, de modo a colaborar com o processo de construção do novo modelo de política pública de assistência social e contribuir para a especificação do campo de trabalho do psicólogo.

Introdução

A entrada do psicólogo na política pública de assistência social

A minha relação com a Psicologia nas políticas públicas começou na graduação, em estágios no Programa de Saúde da Família, escolas e hospitais. A proximidade com a população de baixa renda e os problemas de sua realidade levaram-me a questionamentos sobre formas adequadas de atuação e os resultados a serem alcançados.

Após a graduação, em 2003, comecei trabalho voluntário numa clínica social - iniciativa de profissionais da área de saúde e de uma paróquia da Igreja Católica, na cidade de Sete Lagoas/MG. Lá foi possível detectar a grande demanda da classe mais pobre por atendimento psicológico e a dificuldade de acesso ao serviço, não disponível em quantidade suficiente no setor público.

Em dezembro do referido ano, como deliberação da IV Conferência Nacional de Assistência Social, o Sistema Único de Assistência Social – SUAS começou a ser organizado. Com o novo modelo, além do atendimento a situações emergenciais, iniciou-se investimento na criação de serviços continuados, organizados em rede, hierarquizados em níveis de proteção, do básico ao especial de média e alta complexidade (Brasil, 2004; Brasil 2005). O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em parceria com os Municípios, deram início, em todo o Brasil, à implantação de Centros de Referência da Assistência Social - CRAS. Naquele momento nascia, ainda tímida, uma nova configuração dos serviços socioassistenciais públicos brasileiros. O CRAS surgiu como espaço prioritário para o desenvolvimento do Programa de Atenção Integral à Família – PAIF –,

política social preventiva que visa, como estratégias para o enfrentamento da exclusão, a vigilância social, a potencialização dos vínculos familiares e comunitários e a garantia dos direitos (Brasil, 2006).

Pretende-se, com tal medida, substituir a ótica assistencialista e clientelista pelo desenvolvimento do ser humano nas dimensões psíquica, social, cultural e biológica. Amplia-se, então, o direcionamento da Assistência Social, a qual passa a incluir o aspecto preventivo e a compreensão da pessoa em sua totalidade e na sua relação com o coletivo – família e comunidade. Pela primeira vez no Brasil, abre-se a possibilidade de atuação da Psicologia nos serviços públicos socioassistenciais, com a inserção do psicólogo na equipe mínima do CRAS, o que aproxima a profissão das pessoas pobres.

Em maio de 2004, fui convidada para coordenar o processo de estruturação do CRAS em Prudente de Moraes/MG, cidade com 8.232 habitantes, segundo o Censo 2000 (IBGE, 2006). O referido município foi um dos primeiros a receber recurso financeiro federal para estruturar o CRAS/PAIF e um dos pioneiros na implantação. Em junho, o CRAS foi inaugurado e, aos poucos, vem se tornando referência como modelo de funcionamento na região, sendo constantemente visitado por equipes de cidades vizinhas. No ano de 2006, iniciei a implantação do CRAS de Jequitibá/MG.

Segundo o IBGE (2006), dos 5.507 municípios pesquisados em todo o Brasil (o total é de 5.561), 4.018 são municípios de Pequeno Porte I (Brasil, 2005). Trata-se de cidades com até 20.000 habitantes, as quais, em sua maioria, têm como especificidades os poucos recursos financeiros, a precariedade da rede de serviços, a baixa escolarização da população e a escassez de possibilidades no mercado de trabalho, normalmente restrito à prefeitura como fonte empregadora. O debate aqui iniciado tem como ponto de referência a realidade desses municípios, a exemplo de Prudente de Moraes e Jequitibá.

Toda a novidade proposta pela Política de Assistência Social, pela criação de um espaço físico - o CRAS - e de um Programa – o PAIF –,

no qual o psicólogo é requisitado, tornam necessárias a reflexão e a produção de conhecimentos, de modo a dar sustentação ao processo iniciado. O presente trabalho objetiva debater sobre a inserção do psicólogo no SUAS, a partir da minha atuação na implantação de CRAS, em municípios de pequeno porte I, no interior de Minas Gerais. Pretendo colaborar com o processo de construção do novo modelo, através de um dos possíveis olhares da Psicologia.

Referenciais teóricos para uma atuação do psicólogo - A Psicologia Social Comunitária

A contextualização do movimento que deu origem à chamada Psicologia Social Comunitária permite compreender como tal ramo foi se constituindo numa proposta inovadora de atendimento às comunidades pobres. Houve uma evolução do termo e da prática, de um início caracterizado apenas pela saída dos ambientes tradicionais de atendimento e manutenção de uma postura assistencialista até a reformulação completa de seus objetivos e metodologias.

Em 1962, a Psicologia foi oficialmente reconhecida no Brasil e o início da profissão se deu através de uma prática elitizada, nos consultórios, nas empresas e nas escolas. Nesse período, o Brasil passou por momento de crise no qual o Estado não conseguia atender às necessidades básicas da população. O golpe militar de 1964 gerou um questionamento por parte dos profissionais sobre o tipo de atuação oferecida. Enquanto isso, em 1965, surgiu nos EUA e na América Latina o nome Psicologia Comunitária, como uma proposta de atendimento em saúde mental às populações pobres. Entretanto, a maioria dos trabalhos tinha um cunho fortemente assistencialista e manipulativo (ESCOVAR E MONTERO, apud LEÓN CEDEÑO, 1999; LANE, 1996).

Ainda nos anos 60, em resposta à insatisfação com modelos teóricos e metodológicos tradicionais, sem contextualização histórica e psicologizantes, o trabalho do psicólogo começou a ser reformulado,

visando aproximá-lo das populações pobres e construir uma psicologia comprometida com a realidade histórica (LANE, 1996).

Nos anos 70, o conceito comunidade apareceu como denominação de uma área da Psicologia, quando uma ramificação da Psicologia Social se autodenominou Comunitária. Com isso, foi delimitado um campo de atuação, com objetivos diferentes das práticas de consultório, apresentando uma “ciência comprometida com a realidade estudada e com os excluídos da cidadania” (SAWAIA, 1996, pp.35). Nascida da necessidade de oferecer um serviço mais coerente com as características das populações pobres, a Psicologia Social Comunitária apresentou-se com uma proposta inovadora, realizada nos contextos das comunidades, a partir das situações concretas do cotidiano.

Entre os autores que influenciaram o trabalho em comunidades estão o educador Paulo Freire, com a alfabetização de adulto e educação popular; o sociólogo colombiano Orlando Fals Borda, com a sociologia crítica; o assistente social argentino Ezequiel Ander Egg, em relação ao trabalho social, educação e autogestão; o padre e psicólogo social Ignacio Martín-Baró, de El Salvador, com a “psicologia da libertação”; Kurt Lewin e a pesquisa ação; Seligman, Berger, Luckman e Marx e os norte-americanos Rappaport e Newbrough (FREITAS, 2001; LANE, 1996; LEÓN CEDEÑO, 1999; MONTERO, 2004).

Em 1982, Montero definiu, pela primeira vez, a Psicologia Comunitária como:

“La rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social (Montero, 2004, pp.70)”.

Sarason (apud MONTERO, 2004) vincula a Psicologia Comunitária a um tema de estudo: o sentido de comunidade, seu fortalecimento e produção. Fals Borda (apud MONTERO, 2004) complementa, afirmando

que o desenvolvimento comunitário depende de uma tomada de consciência da comunidade em relação aos seus problemas e de uma organização para resolvê-los, a partir dos próprios recursos e potencialidades, enfatizando as forças e capacidades e não as carências e debilidades.

Para Dimenstein (2001), o trabalho do psicólogo em comunidades é pautado por um “compromisso ético: a promoção do bem-estar social e a defesa da vida (pp.60)”, ressaltando como fundamental a contextualização do sujeito em seu tempo histórico e em relação aos determinantes culturais, políticos e econômicos que condicionam seu modo de estar no mundo. O compromisso político com a transformação social, os direitos humanos fundamentais, a cidadania, a ética da solidariedade e a melhoria da qualidade de vida da população são definidos como os principais objetivos das atuações (CAMPOS, 1996; FREITAS, 2001; LEÓN CEDEÑO, 1999; MONTERO, 2004; VASCONCELOS, 1987).

Campos (1996) e Dimenstein (2001) comentam a importância da contextualização e do envolvimento da população para uma ação eficaz, o que é feito através do desenvolvimento de serviços mais próximos das pessoas atendidas e da busca de uma definição, pela própria comunidade, das prioridades de atuação. O grupo assume o papel de sujeito de sua própria história, sendo necessárias metodologias de conscientização a partir dos problemas cotidianos, o que se inicia com um levantamento de carências vividas e tem seqüência com a busca de práticas cooperativas ou autogestionárias.

Caro (apud LEÓN CEDEÑO, 1999) define autogestão como motivação, capacitação e participação ativa da comunidade como principal protagonista nas intervenções. Lane e Sawaia (apud LEÓN CEDEÑO, 1999) substituem o termo por autonomia e auto-organização, referindo-se ao “poder de decisão de um grupo no contexto comunitário, a organização de grupos que se tornem conscientes e aptos a exercer um autocontrole de situações da vida, através de atividades cooperativas e transformadoras” (p. 9).

Sawaia (1996) defende substituir as palavras de ordem dos movimentos sociais de conscientização e mobilização pela liberdade e alegria de estar em conjunto, fortalecendo a sociabilidade e a solidariedade. Adota a família e a afetividade como “territorialidade e estratégia de ação emancipadora, que permite enfrentar e resistir à profunda desigualdade social (pp. 39)”. Sarti (2005) aponta para a valorização da família - alvo das políticas públicas - por sua característica de rede de apoio e por ser, para as pessoas pobres, um referencial simbólico fundamental, organizador e ordenador da percepção do mundo.

Enfim, a Psicologia Social Comunitária prioriza o trabalho preventivo, em equipe e de forma interdisciplinar (FREITAS, 2001; MONTERO, 2004; VASCONCELOS, 1987).

A abordagem fenomenológica

Toda atuação de um profissional de psicologia está sustentada por uma concepção de homem, um embasamento teórico e metodológico. Lane (apud SILVA E LUNA, 2004) afirma que, na década de 50, a psicologia social dividiu-se em duas tendências: um modelo pragmático norte-americano e um modelo fenomenológico europeu.

Na Áustria, no final do século XIX e início do século XX, através das idéias do filósofo e psicólogo Franz Brentano (1838-1917), iniciou o movimento fenomenológico. Para ele, a filosofia estaria orientada para a produção de conhecimentos que buscassem a transformação da vida concreta das pessoas. Com isso, propôs uma filosofia e uma psicologia científica, cujo método estivesse voltado para a experiência e observação da realidade (CHAUÍ, 1996; MASSIMI, 2000; RODRIGUES, 2000; VALENTINI, 1984). O matemático austríaco Edmund Husserl (1859-1938) foi aluno e discípulo de Brentano. Do contato com as proposições do mestre e com as inquietações geradas pela guerra, ele enveredou pelo caminho da filosofia e criou a fenomenologia (ZILLES, 2003, p.p. 123).

A palavra “fenômeno”, antiga na história da filosofia ocidental, é de origem grega e se refere ao que aparece, se manifesta ou se revela (CARDOSO, 1999). Husserl tornou a palavra subjetiva, quando a definiu como tudo aquilo de que o homem tem consciência. O fenômeno é a consciência, fluxo temporal e imanente de vivências, cuja peculiaridade é a capacidade de outorgar significados. A tarefa da fenomenologia é estudar a significação das vivências da consciência, ou seja, os fenômenos (CHAUÍ 1996; ZILLES, 2003).

Tal abordagem parte das “experiências do ser humano consciente, que vive e age em um mundo que lê, percebe, interpreta e que faz sentido para ele” (Wagner, 1979, p. 7). O conceito de intencionalidade da consciência é fundamental para se compreender o papel ativo do sujeito na relação com o mundo e os objetos, na medida em que ele escolhe uma determinada faceta da realidade e lhe atribui um significado. Ao mesmo tempo, a realidade mostra-se à consciência, apresentando-lhe estímulos. É possível perceber uma ciência interessada na construção da relação entre sujeito e realidade, através da compreensão do que o mundo significa para a consciência humana. Zilles (2003) afirma que a transformação histórica se dá pela tomada de consciência crítica da realidade, feita pelos sujeitos ativos na construção de sentido para o mundo concreto da vida. O mundo da vida é o campo da vivência humana cotidiana, sendo constituído pelas experiências dos seres humanos. O que se pretende examinar é o sentido da experiência vivida na existência concreta de cada sujeito (TAVARES, 1978).

Segundo Amatuzzi (1996; 2001a), no estudo dos fenômenos humanos, o vivido é um caminho para o acesso à verdade, às formulações de conhecimentos e às decisões a serem tomadas. A existência do vivido se revela numa atitude fenomenológica; ou seja, num ato de reflexão sobre a vida cotidiana; e o profissional atua como facilitador desse acesso, através da comunicação. A análise fenomenológica possibilita o conhecimento de uma comunidade, através da descrição do vivido, feita pelos sujeitos nela inseridos, o

que fornece pistas para a compreensão individual e da totalidade. A união entre as diferentes pessoas, em torno de um objetivo comum, leva a significados coletivos diferentes daqueles concebidos individualmente. O autor propõe o desenvolvimento do que ele chama “psicologia popular”, numa alusão a Paulo Freire. A denominação foi escolhida não para dizer que se trata de uma psicologia voltada para a maioria da população, mas sim, para se referir a uma “psicologia explicitada na convivência e construída num contexto de ação conjunta a serviço dessas mesmas pessoas” (AMATUZZI 2001b, p.110).

Ales Belo (2000) afirma ser a vivência comunitária o primeiro nível de vida associada e a caracteriza por um objetivo e uma finalidade comuns. O intercâmbio entre indivíduos se realiza através de atos sociais, referindo-se à tomada de posição negativa ou positiva por uma pessoa em relação às outras. Para ela, solidariedade é uma “atitude de disponibilidade assumida pelo ser humano a respeito dos outros” (p.167), sendo altamente construtiva e permitindo manifestar uma força vital comunitária.

Ao estudar o pensamento do sociólogo Alfred Schütz, Wagner (1979) relaciona a comunidade a uma unidade de visão do mundo, dependente de um compartilhamento de concepções por parte de seus integrantes. Existe um significado subjetivo para a participação de uma pessoa em sua comunidade, que é “produto dos esforços do indivíduo para alcançar uma definição de seu próprio lugar, de seu papel geral dentro da comunidade e, especialmente, dentro dos vários subgrupos a que pertence” (p. 18).

Concluiu-se que a abordagem fenomenológica constitui sua visão de homem, compreendendo-o como sujeito ativo na construção de significados para o mundo e para os objetos, abrindo-se uma nova possibilidade de acesso à experiência humana.

Uma experiência na implantação de CRAS

O primeiro passo, quando a equipe técnica do CRAS de Prudente de Moraes iniciou seu trabalho, foi realizar um estudo das diretrizes, normas e objetivos que o MDS indicava para o CRAS/PAIF. Tudo era novo e poucas eram as orientações. Naquela época, ainda não havia manuais que orientassem passo a passo sobre o que deveria ser feito. O único município vizinho, que havia recebido o recurso financeiro, estava no mesmo momento de implantação.

Após saber o que significavam o CRAS e o PAIF, era importante conhecer a comunidade e as famílias a serem atendidas. Nesse momento, optou-se por começar uma interação com a rede de serviços. Foi pedido, a todas as instituições ligadas à assistência social e conhecedoras da realidade local, que nos encaminhassem uma lista de famílias, avaliadas como mais vulneráveis no Município. Foram encaminhadas 550 famílias.

Foi preparada uma apresentação do CRAS em linguagem simples e oferecendo atividades que pudessem despertar interesse. Aconteceram nove reuniões nas escolas, de modo a entrar no ambiente das famílias e criar alianças com a rede. Quatro frentes de ação já existiam: aulas de balé e jazz, artesanato, culinária e um projeto de acompanhamento e oferta de vales-transporte aos adolescentes que conseguissem bolsa de estudos em escolas profissionalizantes. O fato de começar com algumas atividades concretas aproximou a população e rompeu a desconfiança inicial quanto ao serviço. Dessa maneira, a população e os futuros colegas de trabalho conheceram a proposta do CRAS. Ainda assim, tivemos uma presença de 50% das pessoas convidadas.

Foi elaborada uma ficha de cadastro, que possibilitasse o acesso às informações relevantes sobre as famílias: endereço, composição familiar, as principais dificuldades e os interesses. Esses dois últimos campos permitiram realizar um primeiro diagnóstico das demandas. A partir daí, foram montadas as demais oficinas e os grupos de trabalho. Cada família passou a ter uma pasta, que contém sua ficha e todo o

seu histórico no CRAS - participação em projetos, atendimentos, encaminhamentos, visitas, desistências e outros.

Em seguida, foi realizado o cadastro da rede de serviços local, através de visitas às entidades, para conhecê-las, divulgar o CRAS e firmar parcerias. O bom relacionamento com a rede facilitou a troca de informações e a efetividade dos encaminhamentos. A equipe do CRAS precisava se fazer conhecida e conhecer o que o Município tinha para seus cidadãos. Importantes parcerias foram firmadas, especialmente no aspecto da vigilância social; encaminhamentos começaram a acontecer; assim, o CRAS tornou-se um ponto de apoio, gerando nas instituições a busca por soluções dos problemas. Percebe-se hoje, por exemplo, a nomeação, pela Prefeitura, de mais uma psicóloga da saúde, devido à pressão exercida pelo CRAS para que a demanda fosse atendida.

Atualmente, o CRAS de Prudente de Moraes tem aproximadamente 750 famílias cadastradas e conta com uma variedade de oficinas e projetos, entre outros: balé; jazz; percussão em instrumentos feitos com materiais recicláveis; dança de salão e capoeira; artesanato; culinária; brinquedoteca; grupos de pais, de convivência da 3ª idade e de seresta; projetos *Abrindo Caminhos para o Trabalho e Agente Jovem (MDS)*.

Neste terceiro ano de existência, é possível identificar três experiências de desenvolvimento da autonomia. O grupo de convivência "Feliz Idade" já existia no Município, dois anos antes do CRAS, e passava por um momento de dificuldades, resultante na queda de presença para em torno de 12 pessoas. A equipe do CRAS inseriu-se nele, através de visitas esporádicas a reuniões e atividades. Mais tarde, o grupo pediu ao CRAS que assumisse a coordenação. O interessante é que já possuíam estatuto e diretoria. O que se fez foi oferecer espaço físico, manter uma rotina de trabalho, com encontros semanais, e estimular o movimento de organização já existente, com acompanhamento dos profissionais. Foi feita nova eleição da diretoria, estudo do estatuto, abertura de conta bancária, entre outras providências. O próprio grupo encarregou-se de divulgar os encontros

e trazer os participantes, tendo, no momento, uma frequência de, aproximadamente, 45 pessoas; realiza viagens, festas, luta por seus direitos e auxilia na solução de problemas de seus componentes e da comunidade, quando solicitado.

A oficina de pães, apesar de beneficiar número reduzido de pessoas, devido à limitação de espaço físico e equipamentos, é um laboratório de experiências autônomas. O grupo iniciou-se com seis pessoas. Contou com uma voluntária, também cadastrada no CRAS, que tinha experiência de fazer e vender fatias, para generosamente ensinar as outras. No início, o CRAS fornecia o material; elas produziam, vendiam os pães e dividiam a renda. Com o tempo, foi trabalhada a necessidade de o grupo arcar com suas próprias despesas, para que a verba do CRAS fosse investida em nova ação. O auxílio financeiro foi reduzido, gradualmente, até o grupo assumir os próprios custos. O grande objetivo delas é ter espaço próprio e montar uma padaria. Muitas são as dificuldades: o espaço físico e a falta de maquinário impedem o crescimento do grupo; os lucros ainda são pequenos, desestimulantes; porém, tal experiência é o embrião de uma cooperativa.

As oficinas de artesanato passam por um processo semelhante. Após um tempo de aprendizado, a(o) aluna(o) pode participar de um grupo de produção, em que cada pessoa faz a sua peça e, quando vendida, recebe a parte referente à mão-de-obra. O valor de custo é revertido em material para o próximo trabalho. A grande diferença desse grupo é que, devido à alta rotatividade, ao grande número de participantes, ainda se faz necessário que um funcionário do CRAS assuma, na maior parte, o controle financeiro e de compra de materiais. Porém, a próxima etapa é fortalecer as lideranças e iniciar o processo de repasse do controle financeiro, para construção da independência.

As oficinas constituem uma possibilidade de troca de experiências, de exercício da capacidade de escolha, de práticas democráticas. Além de todo esse aparato oferecido, a população conta com os atendimentos psicossociais. Tais intervenções permeiam todas as oficinas, já que as

mesmas são utilizadas como pano de fundo para que os profissionais de psicologia e assistência social realizem seu trabalho. O que define a presença de um ou outro profissional é o tipo de demanda.

Além das atuações nos grupos, as famílias em situação de maior vulnerabilidade são acompanhadas de maneira individualizada pelos técnicos do CRAS. Isso acontece quando a família solicita o serviço, quando outra instituição encaminha ou quando a necessidade é detectada nos grupos ou nas visitas domiciliares. Na maioria das vezes, a atuação é discutida e planejada em equipe, o que a torna interdisciplinar. O que se pretende é trabalhar demandas específicas, de modo a obter resultado para certo problema; ou descobrir junto com a família a necessidade de um determinado encaminhamento. O que se busca é o melhor resultado, num menor espaço de tempo possível. Porém, não é isso que define o final de uma intervenção e, sim, os objetivos alcançados. O enquadre é diferente do consultório; isso se torna mais claro à medida que os atendimentos acontecem, a começar pelas demandas atendidas no CRAS - são demandas sociais. Está em fase de implantação o atendimento prioritário às famílias que não cumprem as condicionalidades do Programa Bolsa Família. Com isso, explicita-se mais o papel do CRAS e do psicólogo na comunidade: são de se descobrir que entraves impedem uma determinada família de exercer seus direitos e cumprir seus deveres.

As visitas domiciliares são importante recurso para conhecer a realidade concreta da família, como as pessoas se comportam em seu ambiente e ter acesso a membros que não querem ou não podem ir até o CRAS. A grande dificuldade é a falta de um carro à disposição da Assistência Social.

É inquestionável o avanço conquistado pela área social do País, com a oferta à população de baixa renda da possibilidade de ação continuada frente às suas dificuldades, não pautada pelo assistencialismo e sim pela busca de emancipação e autonomia. Aos poucos, o CRAS se transforma num serviço de credibilidade, com o envolvimento das famílias, no que se refere à compreensão da proposta de trabalho.

Considerações finais

É gratificante e inquietador para os profissionais de Psicologia terem sido chamados a participar desse momento histórico para a Assistência Social no Brasil, tornando-se necessário criar metodologias adequadas aos serviços públicos sociais de psicologia, não cabendo a simples transposição do modelo clínico para o CRAS.

O que foi dito aqui não é uma tentativa de invalidar a clínica; ao contrário, é inquestionável a sua imensa contribuição ao desenvolvimento psicológico humano. A questão é criar novas atuações contextualizadas. Os serviços públicos de assistência social têm o objetivo primordial de fortalecimento de vínculos e garantia de direitos; isso, em si, sugere modalidades de intervenções que lidem com o relacionamento entre as pessoas, com o coletivo e o bem comum. Muitas vezes, é difícil delimitar os campos de trabalho, pois a demanda é imensa, o que gera uma pressão para que todos os casos sejam atendidos no CRAS. Porém, é um processo diário de reflexão, decisão e definição de espaços. Quando, por exemplo, as pessoas de baixa renda sofrem de transtornos psicológicos, o mais adequado é ser atendidas por psicólogos clínicos da saúde.

É visível a preocupação de alguns profissionais com relação ao papel desempenhado pelo psicólogo dentro do CRAS, chegando mesmo a questionarem a importância de tal presença. A Psicologia Social Comunitária apresenta-se como um canal de entrada desse profissional nos serviços de assistência social, por problematizar a questão da adequação da metodologia e definir um novo campo de atuação. Conceitos como os de processos psicossociais, relações grupais, autogestão, cultura, família, autonomia, entre outros, são contribuições de grande valor dessa área do saber. O CRAS deve, sim, ter um ou mais psicólogos com embasamento social comunitário, pois são profissionais que intervêm nos processos subjetivos e intersubjetivos, de modo a facilitar o desenvolvimento das ações de assistência social. A Psicologia Social Comunitária indica que as ações sejam realizadas

em equipes multidisciplinares, tendo em vista o ser humano multifacetado e a impossibilidade de uma única ciência de compreendê-lo em sua totalidade. Com abertura à troca de conhecimentos, respeito ao saber do outro e um objetivo comum; quanto maior a variedade de profissionais de áreas afins, em atuação conjunta, maior será a chance de oferecer uma intervenção eficiente e eficaz. Os conhecimentos da Psicologia e da Assistência Social se complementam e, juntos, oferecem melhores condições para a compreensão dos fenômenos humanos. A diversidade, quando valorizada pelos profissionais, pode colaborar para o enriquecimento de todas as áreas envolvidas e o ganho final é do usuário.

A abordagem fenomenológica, pautada na construção da realidade, através dos significados atribuídos pelos sujeitos, oferece uma base sólida ao psicólogo por meio de conceituações como intencionalidade da consciência, mundo da vida, subjetividade, intersubjetividade, vivência comunitária, e lhe permite desenvolver uma postura fenomenológica diante dos usuários da assistência social. O profissional é capaz de acolher as pessoas nos serviços do CRAS e construir com elas as intervenções concretas a serem realizadas no seu cotidiano, valorizando o saber de cada uma. Através da metodologia fenomenológica, abre-se uma possibilidade de acesso à experiência humana, que permite conhecer a realidade vivida e intervir na sua organização.

As vertentes da Psicologia, aqui apresentadas, mostram sintonia com os objetivos da Assistência Social: potencializar vínculos familiares e comunitários, garantir direitos fundamentais e exercer vigilância social. Uma grande mudança se opera quando o CRAS oferece serviço preventivo, pois os usuários passam a ser vistos como sujeitos de potencialidades. O psicólogo e o assistente social, com um objetivo único e cada um com sua especificidade, aproximam-se do sujeito e da comunidade, para descobrir as capacidades e as soluções criativas para os problemas encontrados.

Ao mesmo tempo em que se fala sobre as perspectivas de atuação, faz-se essencial pensar, também, nos entraves e desafios. A carência

de serviços de psicologia acessíveis à população de baixa renda leva a uma sobrecarga do CRAS e de todos os demais serviços públicos que oferecem esse tipo de atendimento. É raro haver um psicólogo disponível gratuitamente e sem filas de espera. Até quando? Todas as solicitações se apresentam ao CRAS: dificuldades escolares, transtornos psiquiátricos, problemas institucionais, entre outras. Daí a importância de se manterem firmes os objetivos das intervenções realizadas pela instituição. A Assistência Social tem um público-alvo específico e um objetivo a ser alcançado, diferente daqueles da área de saúde e da educação. São necessários a triagem e o entrosamento com as outras políticas públicas, para redirecionar as demandas. Na medida em que o CRAS atende o público que lhe é próprio, os profissionais das outras áreas são aliviados, pois também recebem pessoas necessitadas de atendimentos que não lhes competem. Insistir nessa proposta beneficia os destinatários e todos os trabalhadores das políticas públicas.

Outro grande desafio é realizar, efetivamente, a Psicologia Social Comunitária dentro de uma instituição pública. Vários são os limites. Trabalhar, valorizando a autonomia dos usuários, significa ter segurança em relação ao papel de cada profissional na instituição. O psicólogo não está imune à sua cultura extremamente positivista, imediatista e impregnada de relações de poder. Ele também, por vezes, tem dificuldade em abrir mão de seu *status* de detentor do saber e em se colocar, humildemente, como facilitador da descoberta do poder e do saber do outro. A própria instituição impõe dificuldades à atuação profissional do psicólogo, pois tem metas a cumprir, prazos, limitações que atrapalham a fluência natural do processo comunitário. Por vezes, os interesses da comunidade opõem-se às vontades políticas dos governantes que, não se pode esquecer, são os gestores das políticas públicas. Noutras vezes, existe a vontade destes em oferecer serviços de qualidade à população, e isso não se realiza devido à grave situação de pobreza financeira em que as prefeituras pequenas se encontram. Por fim, os próprios usuários, desacostumados com o processo reflexivo, na busca por respostas imediatas aos seus problemas, deixam de participar das atividades.

É um processo lento e gradual de mudança de perspectiva, a envolver não só os psicólogos, mas também profissionais de outras áreas e toda a sociedade. Estamos, ainda, numa fase de transição, e ninguém sabe se a mudança realmente acontecerá na forma desejada. Cabe ao profissional manter-se firme, ter habilidade e paciência para o constante ir-e-vir que envolve a construção de um novo serviço; mais que isso, de uma nova concepção de assistência social.

A meta é ousada, pois a Assistência Social lida com a desigualdade entre os homens que, sabe-se, é mantida por um forte jogo de interesses e não se resolverá por um setor isolado. Ainda assim, a Psicologia tem muito a contribuir. A Psicologia Social Comunitária e Abordagem Fenomenológica mostram-se como olhares possíveis para tal foco de ação. Outros tantos olhares existem, cabendo aos psicólogos compartilhar suas idéias e conquistas para, juntos, construir uma sociedade mais justa e plena de sentidos humanamente dignos e autênticos. A prática cotidiana e os resultados obtidos, em tão pouco tempo de atuação nessa política pública, mostram que vale a pena.

Referências bibliográficas

ALES BELO, A. *O ser humano e a comunidade*. In: *A fenomenologia do ser humano*. São Paulo: EDUSC, p.159-204, 2000.

AMATUZZI, M. M. *Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica*. São Paulo: Revista Estudos de Psicologia. PUC Campinas, vol. 13, nº 1, p. 5-10, 1996.

AMATUZZI, M. M. (2001a). *Pesquisa fenomenológica em psicologia*. In: BRUNS, M.A.T. & HOLANDA, A.F. *Psicologia e pesquisa fenomenológica - Reflexões e perspectivas*. São Paulo: Omega Editora, p. 15-22, 2001.

AMATUZZI, M. M. (2001b). *Psicologia popular*. In: *Por uma psicologia humana*. Campinas: Alínea, p.109-115, 2001.

BRASIL, *Política Nacional de Assistência Social – PNAS*, aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social pela Resolução nº 145, de 15/10/2004. Brasília: publicada no Diário Oficial da União do dia 28/10/2004.

BRASIL, (2005) *Norma Operacional Básica/Sistema Único de Assistência Social - NOB/SUAS*, aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social pela Resolução nº 130, de 15/7/2005.

BRASIL. *Proteção básica do sistema único de assistência social. Orientações Técnicas para o Centro de Referência de Assistência Social* (versão preliminar). Brasília: 2006.

CAMPOS, R. H. F. (Org.) *Psicologia comunitária, cultura e consciência*. In: CAMPOS, R. H. F. (org.). *Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia*. Petrópolis: Vozes, p.164-177, 1996.

CARDOSO, C. L. *Aspectos filosóficos, teóricos e metodológicos da gestalt-terapia*. Belo Horizonte: Unicentro Newton Paiva, Revista Psique, nº 14, ano 9, maio, p. 47-65, 1999.

CHAULÍ, M. S. *Husserl – Vida e Obra*. In: *Edmund Husserl – Investigações Lógicas – Sexta Investigação (Elementos de uma elucidação fenomenológica do conhecimento)*. São Paulo: Nova Cultura, 1996.

DIMENSTEIN, M. D. B. *O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva*. Maringá: Revista Psicologia em Estudo, v. 6, nº 2, jul./dez., pp.57-63, 2001.

FREITAS, M. F. Q. *Psicologia Social Comunitária Latino-Americana: algumas aproximações e intersecções com a Psicologia Política*. Belo Horizonte: Revista Psicologia Política, v. 1, nº 2, julho/dezembro, p. 71-91. 2001.

IBGE. *Atlas do Desenvolvimento Humano/2000*. Acessado em 10/6/2006 no endereço eletrônico: www.ibge.com.br – São Paulo: 2006.

LANE, S. T. M. (1996) *Históricos e fundamentos da psicologia comunitária no Brasil*. In: CAMPOS, R. H. F. (org.). *Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia*. Petrópolis: Vozes, p.17-34, 1996.

LÉON CEDEÑO, A. *Reflexões sobre autogestão e psicologia social comunitária na América Latina*. PSI – Revista de Psicologia Social e Institucional, v. 1, nº 2, novembro. Retirado em 14/06/2006, do endereço eletrônico: <http://www2.ccb/psicologia/revista/textov1n24.htm> - 1999.

MASSIMI, M. *História da fenomenologia*. Belo Horizonte: transcrição da palestra proferida em 14/3/2000 para a Pós-graduação em Psicologia da UFMG, 2000.

MONTERO, M. *Qué es la psicología comunitaria*. In: *Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires, Barcelona e México: Paidós, p. 67-87, 2004.

RODRIGUES, H.E. *Fundamentação Filosófica*. In: *Introdução à gestalt-terapia: conversando sobre os fundamentos da abordagem gestáltica*. Rio de Janeiro: Vozes, p. 35-41, 2000.

SARTI, C. A. *Famílias enredadas*. In: ACOSTA, A. R. & VITALE, M. A. F. (orgs.). *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: Cortez, p.p. 21-36, 2005.

SAWAIA, B. B. *Comunidade: a apropriação científica de um conceito tão antigo quanto à humanidade*. In: CAMPOS, R. H. F. (Org.). *Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia*. Petrópolis: Vozes, p. 35-53, 1996.

SILVA, S.M. & LUNA, M. D. *Psicologia Social Comunitária: Revisando a formação e a postura teórico-prática do psicólogo*. Curitiba: Revista eletrônica: Psicoutp on line, retirado em 13/8/2006 no endereço eletrônico www.uto.br/psico.utp.online nº 4, julho, 2004.

TAVARES, H. C. S. *A fenomenologia de Husserl – considerações sobre a redução fenomenológica*. Belo Horizonte: Transcrição da conferência *Origem e evolução da cultura no ocidente*, realizada em curso de extensão do Departamento de Filosofia da UFMG, 1978.

VALENTINI, L. *Fenomenologia e dialética*. In: MARTINS, J. & DICHTCHEKENIAN, M.F.S.F. (orgs.). *Temas fundamentais de fenomenologia*. São Paulo: Centro de Estudos Fenomenológicos de São Paulo, Ed. Moraes, p. 35-54, 1984.

VASCONCELOS, E. M. *O que é psicologia comunitária?* São Paulo: Brasiliense, p. 38-42, 1987.

WAGNER. *Fenomenologia e relações sociais*. Rio de Janeiro: Textos escolhidos de Alfred Schutz, Zahar Editores, p. 7-41, 1979.

ZILLES, U. *A fenomenologia como método radical*. In: *Teoria do conhecimento*. Porto Alegre: Coleção Filosofia, EDIPUCRS, p. 123-152, 2003.

Categoria
Trabalho em Equipe



1º lugar

*Violência nas Relações de Gênero: Intervenção
Psicossocial no contexto de uma política pública*

Betânia Diniz Gonçalves
Carolina Marra Simões Coelho
Daniele Aparecida Costa Caldas
Rebeca Rolhfs Barbosa Gaetani

Categoria Trabalho em Equipe

Violência nas Relações de Gênero: Intervenção Psicossocial no Contexto de uma Política Pública

Betânia Diniz Gonçalves¹

Carolina Marra Simões Coelho²

Daniele Aparecida Costa Caldas³

Rebeca Rolhfs Barbosa Gaetani⁴

Resumo

A violência de gênero atinge cerca de dois milhões de mulheres por ano no Brasil, deixando marcas profundas nelas e em seus filhos. Belo Horizonte conta com uma rede de atendimento a mulheres em situação de violência que é composta por instituições governamentais e não governamentais. Neste artigo, focaremos nossa discussão em trabalhos da Psicologia desenvolvidos com grupos de mulheres em

¹ Doutora em Psicologia Social pela PUC-SP, mestre em psicologia social pela UFMG, graduação em psicologia (PUCMinas) e Ciências Sociais (UFMG). Professora e pesquisadora da PUCMinas.

² Psicóloga, mestre em Psicologia Social, Doutoranda em Ciência Atuou como coordenadora do Benvinda - Centro de Apoio à Mulher da Prefeitura de Belo Horizonte, de 2005 a 2008. É coordenadora do Curso de Psicologia do Centro Universitário UNA, aonde é também professora da graduação e do curso de Pós-graduação em Intervenção Psicossocial em Políticas Públicas. Participou da II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres como delegada do poder público do estado de Minas Gerais.

³ Psicóloga, mestranda em psicologia pela UFMG

⁴ Psicóloga, especialista em Psicologia Hospitalar.

políticas públicas de enfrentamento à violência, destacando a metodologia utilizada, os objetivos e principais resultados de cada trabalho, buscando analisar pontos de convergência e particularidades. A metodologia usada é de *Oficinas em Dinâmica de Grupo*, que permite que o grupo reflita, elabore e promova mudanças pessoais e sociais. Os grupos têm como objetivos propiciar a reflexão e a elaboração da violência sofrida; informar sobre os direitos das mulheres; e promover a construção da cidadania das mulheres no sentido da não violência.

Introdução

A violência nas relações de gênero é, muitas vezes, encoberta por outras formas de violência urbana e social. Entretanto, é preciso distinguir e nomear, em suas diferentes formas, a violência, especificamente, associada às relações de gênero. Neste artigo, buscamos fazer uma reflexão acerca das possíveis contribuições da Psicologia em políticas públicas voltadas para mulheres em situação de violência de gênero. Torna-

se necessário não apenas produzir conhecimento sobre a violência nas relações de gênero, mas também discutir as propostas de políticas públicas que visem impedir a sua reprodução, uma vez que *“a experiência da violência é uma experiência de violação de direitos individuais ou civis e, portanto, afeta a qualidade da cidadania brasileira”* (CALDEIRA, 2000, p. 343).

Muitas políticas públicas voltadas para questões relativas ao gênero e à violência contra as mulheres foram construídas pelo Estado como resposta às reivindicações dos Movimentos Feministas. Podemos destacar, como bandeiras desses movimentos sociais, as lutas pela saúde integral da mulher e pelo enfrentamento à violência de gênero. Neste trabalho, interessa-nos destacar, especialmente, as políticas públicas de enfrentamento à violência de gênero, uma vez que discutiremos intervenções psicossociais que trazem contribuições para

essas políticas. Desde 1985, ano de criação das primeiras “delegacias de mulheres”, muitos programas sociais vêm sendo implementados pelos governos municipais, estaduais e federal, graças à mobilização de grupos organizados de mulheres. No município de Belo Horizonte (MG), desde 1996 estão em funcionamento dois serviços de atendimento a mulheres em situação de violência de gênero: o Benvinda – Centro de Apoio à Mulher – e a Casa Abrigo Sempre Viva.

As intervenções analisadas neste artigo são fruto de um trabalho que envolve programas governamentais e não governamentais de atendimento às mulheres, a saber: o Benvinda (que presta atendimento psicológico social e jurídico a mulheres em situação de violência de gênero) e a Casa Abrigo (que abriga mulheres, e seus filhos e filhas menores de 18 anos, que estão em situação de risco iminente de morte devido à violência de gênero no âmbito conjugal); uma ONG (Instituto Mineiro de Saúde Mental e Social Albam, que vem realizando, em parceria com os organismos governamentais, intervenções com homens e mulheres envolvidos em situações de violência intrafamiliar, principalmente como “autores da agressão”) e a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC/MG – (que vem trabalhando como interlocutora nas supervisões e estudos de caso).

As experiências discutidas são relativas a grupos de mulheres em situação de violência de gênero, grupos de mulheres “agressoras” e grupos de mulheres abrigadas devido ao risco de serem assassinadas por seus companheiros. Os trabalhos a serem apresentados têm um foco em comum: promover estratégias de ruptura da violência de gênero, possibilitando mudanças nas participantes, empoderamento e a construção da cidadania das mulheres. Serão analisados os pontos de convergência e as particularidades das intervenções realizadas em cada uma dessas entidades, seus objetivos, metodologias e principais resultados.

A violência de gênero atinge cerca de dois milhões de mulheres por ano no Brasil⁵. As pesquisas mostram que apenas um quinto das

mulheres que sofrem violência tem coragem de denunciar os agressores que, em sua maioria, são os cônjuges. Medo, vergonha, pena e amor pelo companheiro são alguns dos fatores que dificultam a denúncia. No entanto, devido às campanhas de conscientização e às mudanças culturais e legais, cada vez mais mulheres buscam algum tipo de ajuda para lidar com a situação de violência.

A violência física⁶ é a forma mais explícita e mais fácil de ser detectada e denunciada. Saffioti (s/d) nos apresenta dados consideráveis. Vejamos:

Para violência física existem dados globais sobre o país. Suplemento da PNAD (Pesquisa nacional por amostra por domicílios) 1988, Participação Político-Social – Justiça e Vitimização (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 1990) traz dados organizados de modo a permitir a formação de uma idéia bastante clara do fenômeno da violência intrafamiliar e da violência doméstica. Quase dois terços (65,8%) das vítimas de violência física de parentes são mulheres, sendo homens apenas 34,2%. (...) Para mulheres, a família é um grupo muito perigoso. Não obstante esta verificação continua-se a ensinar às crianças em geral e às mulheres em especial o temor dos desconhecidos e a confiança irrestrita nos parentes. Na verdade, não somente para mulheres, mas para crianças também, o inimigo está dentro de casa. Dentre as mulheres vítimas de parentes, 82,0% são, muito provavelmente, espancadas por seus maridos/companheiros (a rigor, cônjuges não são parentes, mas tudo indica que foram considerados como tais), pois têm entre 18 e 49 anos, fase da vida em que, via de regra, estão casadas.

⁵ Dados de acordo com a pesquisa: VENTURI, Gustavo; RECAMÁN, Marisol; OLIVEIRA, Suely de. *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2004.

⁶ Além da violência física, existem outras formas de violência contra a mulher: a patrimonial (ex.: quando bens materiais são destruídos); psicológica (ex.: ameaças); e sexual (ex.: a mulher é obrigada a ter relação sexual com o companheiro quando não deseja).

Trabalhando dentro de uma perspectiva de gênero, torna-se prioritária a discussão das *relações* de poder entre homens e mulheres. A violência de gênero é fruto de uma dada construção social que demarca espaços de poder dos homens sobre as mulheres. A violência marca profundamente os corpos e o psiquismo das mulheres (PRIETO, 2002; ROVINSK, 2004). Atinge mulheres de todas as classes sociais, religiões, culturas, raças e etnias, constituindo um problema social e de saúde pública. É uma violação aos direitos humanos e um obstáculo para a cidadania.

Neste contexto, as transformações sociais dirigem-se aos campos de saber. A Psicologia foi desafiada, tal como outros campos do conhecimento, a contribuir para a construção de uma sociedade democrática e da justiça social, pensando os novos sujeitos que surgem a partir das relações de cidadania. Embora a participação de profissionais da Psicologia em Políticas Públicas seja relativamente recente, esta presença se faz necessária em todas as etapas: de elaboração, implantação e monitoramento/avaliação das mesmas. Este é um campo em construção, no qual temos o que propor, criar e reinventar.

Sobre a metodologia: o trabalho em grupo nas intervenções psicossociais

Para se alcançar os objetivos propostos em uma intervenção psicossocial em políticas públicas são imprescindíveis o planejamento e a utilização metodologias que sejam adequadas e que garantam uma atuação qualificada e eficaz. Há muitos métodos disponíveis em psicologia; mas é diante do que se tem como questão a ser trabalhada que se escolhe o método. Algumas características da violência de gênero nos indicam a eficácia de trabalhos de intervenção em grupos. Como exemplo, temos o fato de essa violência se basear numa relação de poder dentro da qual a mulher muitas vezes está em posição de opressão – uma das estratégias utilizadas para mantê-la neste lugar é

isolá-la de suas referências afetivas e familiares. O trabalho em grupo pode permitir às mulheres romper esse isolamento e se tornarem mais autônomas, pois facilita a formação de vínculos, a troca de experiências, os *insights* e a elaboração da situação vivida pelas participantes. Assim, as reflexões e elaborações realizadas no decorrer do processo grupal podem contribuir para a ruptura do *ciclo de violência*⁷.

Há que se estar atento às especificidades de cada grupo e à diversidade de questões que se colocam em cada caso. Mas há algo nas demandas e nos processos que ratifica uma metodologia comum de trabalho. Assim, a metodologia usada em todos estes grupos é de *Oficinas em Dinâmica de Grupo* (AFONSO, 2000), embora o enquadre seja diferente em cada um. Este método, baseado principalmente nas teorias de Pichón-Rivière e de Paulo Freire, permite que o grupo reflita, elabore e promova mudanças pessoais e sociais. Oficina é uma forma de metodologia participativa e, portanto, se insere numa perspectiva emancipatória que assegura aos indivíduos espaço de reflexão, logo de reconstrução de práticas e hábitos. Gonçalves (2002) nos auxilia com a seguinte definição:

(...) foi possível perceber a oficina como sendo um lugar de discussão de temas associado a expressão de sentimentos e emoções. Além de se constituir também como um espaço para a elaboração de questões individuais e coletivas. Os processos vividos pelos grupos e pelos indivíduos em sistemas de oficinas possibilitam a uns (grupos) e outros (indivíduos) se tornarem sujeitos de suas vidas e ações. E, então, como sujeitos, são capazes de mudar de lugar social, são capazes de se reconhecerem como produtores de mudanças e transformações tanto subjetivas como políticas. (GONÇALVES, 2002, p. 102).

⁷ A violência de gênero é estruturada como um “ciclo” ou “espiral” que se divide em três momentos: tensão → “cena de violência” → “lua de mel” → tensão e assim sucessivamente. Essa concepção de violência de gênero pode ser encontrada, entre outros, em SMIGAY, Karin Ellen. *Relações violentas no espaço da intimidade: drama privado ou tragédia pública?* Tese de doutorado, Psicologia Social, PUC/SP, 2000.

Os grupos realizados por essas políticas de proteção às mulheres têm como objetivos: propiciar a reflexão e a elaboração da violência sofrida; informar sobre os direitos das mulheres; abrir espaço de troca de experiência; promover mudanças subjetivas e sociais no sentido da não violência. São abordados os seguintes temas: identidade, auto-estima, comunicação, projeto de vida, direitos humanos, saúde, etc.

Ademais, há temas transversais que precisam estar presentes durante todo o processo grupal, entrelaçados às temáticas de cada encontro. Neste trabalho, os temas transversais são “gênero” e “violência”.

O grupo é um espaço de transformação – embora nele também esteja presente a resistência à mudança – quando são trabalhadas dimensões como o vínculo e a comunicação entre os participantes (Afonso, 2000). Frente a isso, o ponto de partida nos grupos é trabalhar a integração das participantes e a identificação com os objetivos do grupo. O vínculo e a comunicação são trabalhados durante todo o processo grupal. A identificação entre as mulheres e o sentimento de pertença ao grupo facilitam a integração e o desenvolvimento do trabalho. Em todos os grupos, pudemos perceber grande respeito entre as mulheres, pois a heterogeneidade dentro do grupo permitia a elas perceberem a amplitude do problema da violência de gênero. Ainda assim, situações de conflito são inerentes ao processo grupal e foram trabalhadas sempre que surgiam.

Para a realização de *Oficinas em dinâmica de grupo* é necessário um planejamento, que deve ser sempre flexível. Dentro da metodologia de *Oficinas*, planejamos o funcionamento dos grupos mesclando atividades lúdicas, reflexão e elaboração, através da circulação da palavra e da troca de experiências.

A seguir, proporemos um planejamento global para uma *Oficina* de dez encontros⁸, que tenha como foco a violência de gênero. Esse

⁸ Cada um dos grupos analisados neste artigo estrutura-se com um número diferente de encontros; a proposta apresentada aqui é apenas uma referência do trabalho que pode ser desenvolvido, e não uma “receita” a ser repetida.

planejamento, no entanto, poderá ser modificado durante o processo grupal, uma vez que os/as coordenadores/as devem estar atentos às demandas, desejos e angústias de cada grupo (AFONSO et alii, 2006).

Encontro	1	2	3	4	5
Objetivo	Apresentação dos objetivos do grupo. Apresentação das participantes. Levantar expectativas.	Gênero – reflexão sobre o que é ser mulher; trabalhar identidade.	Gênero – reflexão sobre as diferenças/ desigualdades entre homens e mulheres.	Auto-estima – reflexão sobre como cada uma se vê, o que pensa e sente acerca de si mesma.	Auto-estima – aprofundar reflexão.
Técnica⁹	Bate-papo em duplas.	Desenho coletivo.	Colagem – representação na mídia.	“Como eu me vejo?”.	“Escolha cuidadosamente suas palavras”.

Encontro	6	7	8	9	10
Objetivo	Comunicação -reflexão sobre a comunicação e seus entraves na vida cotidiana.	Violência de gênero – informações, reflexão, elaboração.	Violência de gênero – trabalhar valores e crenças.	Projeto de vida - sonhos e projetos.	Trabalho de luto pelo fim do grupo. Avaliação do processo grupal.
Técnica	“Você está escutando?”.	Correio sentimental.	“Concordo/ discordo”.	Desenhos: 1. “Como eu me vejo hoje?”. 2. “Como eu quero estar daqui a um ano?”.	Memórias e heranças.

⁹ As técnicas lúdicas sugeridas aqui estão descritas nos livros: AFONSO, Lúcia (org.) *Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. SERRÃO, Margarida, e BALEEIRO, Maria Clarice. *Aprendendo a ser e a conviver*. São Paulo: FTD/Fundação Odebrecht, 1999.

Embora os grupos analisados neste artigo tomem como base esse planejamento global, visto que ele aponta as principais questões a serem trabalhadas, em cada um nos adequamos de acordo com o enquadre e com suas especificidades. Como exemplo, temos o caso do grupo realizado na Casa Abrigo, no qual não há um número definido de encontros e que o grupo é aberto. Neste grupo, os temas sempre voltam a ser trabalhados, à medida que novas mulheres se incorporam ao processo; mas as técnicas utilizadas precisam ser diferentes para que o trabalho não se torne repetitivo para aquelas que são mais antigas no grupo.

O uso de técnicas lúdicas facilita o processo de motivação, interação, reflexão, elaboração e mudança no grupo, mas devem ser aplicadas com cuidado e sempre como um meio e não como um fim em si mesmo: "(...) as técnicas de grupo são como uma linguagem que auxilia no processo do grupo, desde que devidamente elaboradas através da palavra" (AFONSO *et al*, 2006:231). As técnicas usadas para trabalhar as conseqüências da violência de gênero na saúde física e psicológica da mulher permitem que elas reconheçam algumas destas conseqüências em si mesmas, nomeando-as e ressignificando-as. Depressão, crises de ansiedade, distúrbios alimentares, disfunções sexuais, sintomas obsessivos compulsivos (como limpar a casa até ferir as mãos), entre outros, podem estar relacionados à violência sofrida pelas mulheres e foram narrados pelas integrantes do grupo (PRIETO, 2002; ROVINSK, 2004).

Descreveremos, a seguir, aspectos mais relevantes de cada grupo, procurando analisar seu processo, para em seguida buscar relacioná-los.

O grupo realizado no Benvinda, do qual participam mulheres que são acompanhadas pelo programa ou encaminhadas pelo Juizado Especial Criminal – Jecrim -, e que, muitas vezes, continuam morando com os agressores, é um grupo de adesão, ou seja, as mulheres participam porque querem e podem se desligar do grupo se assim o desejarem. O grupo é um "grupo fechado", no qual as mesmas mulheres que iniciaram o processo seguem até o final – e se organiza

em dez encontros, que ocorrem uma vez por semana. No grupo, é possível criar um espaço de confiança no qual todas têm a oportunidade de falar de sua história sem a necessidade de sempre partir do ponto zero. Uma das dificuldades encontradas é a de sensibilizar as mulheres a participar do grupo; muitas relatam obstáculos para comparecer aos encontros – dificuldades financeiras, de organização de horário, subjetivas. Porém, uma vez que iniciam o processo, sua frequência e participação são altas. Trinta e cinco mulheres participaram dos grupos realizados no Benvinda, e todas elas ainda sofriam alguma forma de violência durante o processo. Assim, o grupo era um espaço de revisão de seus valores e crenças, de suas relações familiares e sociais, de ressignificação de sua história e de reflexão acerca do contexto social, econômico e político no qual vivem.

Desde o primeiro encontro, as mulheres apresentaram muita necessidade de falar e um grande respeito em escutar as outras. A percepção de que a história de uma tinha pontos em comum com as outras fortaleceu o vínculo entre elas, fortalecendo o sentimento de pertença ao grupo. Em muitos momentos, ouvimos a exclamação: “Isso acontece igual na minha casa!”. Houve o reconhecimento de que a violência de gênero é um problema amplo, que atinge muitas mulheres, mesmo existindo entre elas diferenças econômicas, de escolaridade e de geração. Portanto, este é um problema que deve ser enfrentado coletivamente. A identificação entre elas e o interesse pelo tema trabalhado mobilizaram as mulheres a participar do grupo. Algumas mulheres relataram que os companheiros não queriam que elas frequentassem o grupo; mas que, apesar disso, elas iriam participar, mostrando o início de um processo de autonomia.

Na Casa Abrigo Sempre Viva, as mulheres encontram-se abrigadas, o que traz muitas particularidades às intervenções realizadas com elas, pois são pessoas que estão correndo risco de morte, que saíram de suas casas, que convivem cotidianamente umas com as outras e que recebem uma série de acompanhamentos nos âmbitos psicológico, jurídico e social. A maioria delas sofria uma violência crônica, à qual

estavam submetidas há anos, de forma cada vez mais grave e mais freqüente. Portanto, além de garantir a proteção dessa mulher, é fundamental fazer com que ela reflita sobre implicação em sua história e pense sobre como superar suas dificuldades e construir estratégias para reconstruir a vida. Por isso, além dos acompanhamentos já citados, contamos também com os atendimentos psicossociais. Dentre os atendimentos psicossociais, são realizadas quatro oficinas (além de atendimentos individuais): gênero, relações pessoais e institucionais, saúde e oficinas com crianças e adolescentes.

Destacaremos aqui a oficina de gênero, que pretende criar um espaço para reflexão sobre o que é violência de gênero; desmistificar estereótipos sobre ser homem e ser mulher; ressignificar processos de socialização de gênero; elaborar processos emocionais decorrentes das perdas vivenciadas e da institucionalização; e reorganizar as defesas internas, propiciando resgate da auto-estima e da autoconfiança, possibilitando a construção de referências subjetivas e uma maior autonomia.

O grupo é aberto devido ao fluxo intermitente das usuárias na Casa; assim, as mulheres novatas são acolhidas e é propiciado um momento para elaboração do luto pela saída daquelas que estão sendo desligadas.

A metodologia de *Oficinas em Dinâmica de Grupo* permite trabalhar um tema e fechar a discussão no mesmo dia, além de desenvolver aspectos pedagógicos, psicológicos e sociais em relação ao tema. Esta metodologia nos possibilita também acompanhar o processo do grupo, permitindo mudanças no planejamento inicial, o que é imprescindível em se tratando de um trabalho com grupo aberto.

O planejamento inicial conta com 12 oficinas que acontecem uma vez por semana, sendo este número pensado em função do período de permanência das mulheres na Casa Abrigo, que é de três meses. A participação das mulheres nas oficinas é obrigatória; mas avaliamos que este é um fator que não compromete sua adesão, pois a proposta do abrigo não é apenas proteger contra o risco de morte, mas também

propiciar uma reflexão da situação vivenciada e qual a implicação da mulher na mesma, para, a partir daí, vislumbrar possibilidades de mudanças.

Destacamos, também, a experiência de grupos de mulheres, realizada numa parceria entre a ONG Instituto Albam e o Centro de Penas Alternativas da Secretaria de Defesa Social – Ceapa. A experiência visava cumprir a Lei 9099/95, que julga crimes de menor potencial ofensivo, punidos com até um ano de reclusão, tempo convertido em uma medida alternativa – como, por exemplo, a participação em grupos reflexivos – que mais se ajuste ao perfil psicossocial daquele sujeito. Os grupos em questão são compostos por mulheres “agressoras”, que cumprem transação penal devida, na maioria dos casos, à violência doméstica e intrafamiliar, como ameaças, agressões físicas a filhos, a companheiras de ex-namorado ou marido, agressão mútua entre mãe e filha, agressão a menores e desacato à autoridade. Portanto, a participação das mulheres nesse grupo não é voluntária.

Para o atendimento desse grupo, utilizamos também as Oficinas de Dinâmicas de Grupos, e são realizados 16 encontros. O objetivo principal desses grupos é a responsabilização pelo ato de violência cometida e a desnaturalização da violência cotidiana, estimulando assim mudanças cognitivas e atitudinais que resultem em relações mais eqüitativas. No início do processo grupal, podemos perceber, em algumas mulheres, resistência em participar, pois, em muitos casos, elas se vêem injustiçadas por terem que cumprir uma transação penal, uma vez que a percepção que têm de seus delitos é de que eles não são graves o suficiente para serem penalizadas por eles. Com poucos encontros, elas começaram a se responsabilizar pelos atos cometidos, percebendo-os como violência. No decorrer do processo grupal, vão sendo construídos mecanismos para que, em novas situações de crise, não atuem de forma violenta. É difícil chamá-las de agressoras devido às suas histórias de vida, que são permeadas por violência de gênero; assim, seria mais contundente chamá-las de mulheres que cometem atos agressivos.

Nesse grupo, os principais temas abordados são identidade, auto-estima, comunicação, mediação de conflitos, tipos de violência e responsabilização, além de outros temas emergentes no grupo.

É importante relatar que mais de 40 mulheres cumpriram a transação penal nos grupos reflexivos e a grande maioria avaliou esse tipo de transação como uma oportunidade de terem um tempo para pensar sobre suas histórias de vida e vislumbrar a construção de um projeto de vida sem violência.

Algumas considerações

Nas três experiências relatadas, analisamos a importância da questão da identidade no trabalho com grupos de mulheres em situação de violência de gênero. A identidade das participantes aparece como, intimamente, vinculada à violência; e, ao se apresentarem, elas dão lugar de destaque às experiências de anos de violência. A violência as define como pessoas e mulheres. A identidade é construída na relação do sujeito com o outro. As relações desiguais de poder e a violência, a que são submetidas nos relacionamentos amorosos – seja com os pais na infância, seja com os companheiros na vida adulta – fazem com que se sintam ora cúmplices, ora vítimas da situação que vivem. Possibilitar que a própria identidade seja alvo de reflexão leva o sujeito a descristalizar as idéias acerca de “quem são” e “o que querem”. Ao trabalhar a identidade, as mulheres começam a questionar sobre o que gostam; o que fazem, e o que querem para o futuro. À medida que vão questionando suas posições no mundo, e tomando consciência de suas necessidades e interesses, a confiança em si mesmas aumenta, dando um passo no sentido da autonomia.

Outro aspecto comum às participantes dos grupos é a baixa auto-estima, o que dificulta o processo de ruptura com a situação de violência. Como sabemos, a auto-estima é construída desde que nascemos e, por isso, factível de crescimento. Portanto, reafirmamos a necessidade de trabalhar essa dimensão. O processo grupal traz

reflexões que conduzem a um aumento da auto-estima das participantes. Esse processo é visível, pois a cada semana elas se apresentam mais cuidadosas consigo mesmas, tornando-se mais participativas e apropriando-se de suas potencialidades. Trabalhar a auto-estima e o protagonismo permite que as pessoas se posicionem perante o outro e se comuniquem no grupo, podendo trazer conseqüências para outros aspectos da vida do sujeito.

A identidade e a auto-estima estão relacionadas, também, aos papéis sociais de homens e mulheres. Gênero é um conceito relacional que considera as relações de poder entre homens e mulheres e indica que os papéis e as subjetividades de ambos são construções sociais. Abrange dimensões psicológicas, sociais e culturais da feminilidade e da masculinidade (COELHO, 2005). A princípio, elas acreditam serem naturais as desigualdades de gênero, atribuindo à diferença sexual os lugares de homens e mulheres na sociedade. Pensar sobre gênero significa pensar sobre o que é ser homem e o que é ser mulher, sobre as relações de poder entre ambos, sobre suas diferenças e sobre a importância de trabalharmos por uma sociedade mais eqüitativa. As reflexões sobre gênero realizadas no grupo permitem, por exemplo, que elas identifiquem quando reproduzem as desigualdades de gênero com seus filhos; algumas delas conseguiram modificar a divisão de tarefas dentro de casa, distribuindo com os filhos homens os afazeres domésticos, afetando a dinâmica familiar (COELHO e GAETANI, 2006).

Outro exemplo da naturalização da violência é a dificuldade das mulheres em identificar se foram vítimas de violência na infância. No início do processo grupal, a grande maioria das mulheres afirma não ter sido vítima de violência quando criança; mas, no decorrer dos encontros muitas relatam episódios de agressões físicas, abusos sexuais e de serem obrigadas pelos pais a trabalhar, permitindo interpretações que podem levá-las a uma elaboração dessas experiências.

Em se tratando das experiências trabalhadas a partir das histórias das mulheres, podemos dizer da existência de uma relação violenta,

na qual se estabelece uma co-dependência. Assim, todos os membros do grupo familiar, geralmente, estão envolvidos. E é preciso romper com este ciclo de violências, o que pode ser alcançado com as intervenções psicossociais em grupos. Como afirma Giddens,

Uma pessoa co-dependente é alguém que, para manter uma sensação de segurança ontológica, requer outro indivíduo, ou um conjunto de indivíduos, para definir as suas carências; ela ou ele não pode sentir autoconfiança sem estar dedicado às necessidades dos outros. Um relacionamento co-dependente é aquele em que um indivíduo está ligado psicologicamente a um parceiro cujas atividades são dirigidas por algum tipo de compulsividade. Chamarei de relacionamento fixado aquele em que o próprio relacionamento é o objeto do vício. (...) Um relacionamento fixado é construído mais em torno da dependência compulsiva que da co-dependência. Nenhum dos participantes é realmente um viciado, mas ambos são dependentes de um elo que é uma questão de obrigação de rotina ou é realmente destrutivo para as partes interessadas. Os relacionamentos fixados em geral presumem uma divisão de papéis. Cada pessoa depende de uma "alteridade" proporcionada pelo parceiro, mas nenhum dos dois é inteiramente capaz de reconhecer a natureza de sua dependência do outro, ou de com ela chegar a um acordo. (GIDDENS, 1993, p. 101-2).

A violência doméstica é envolvida por *silêncios*, pois é difícil para muitas mulheres explicitar aquilo que acontece no espaço da intimidade; assim, embora a violência seja parte do cotidiano da família, ela pode ser "não dita". O grupo deve, portanto, abrir espaço para que as pessoas possam expressar o que pensam e o que sentem, buscando entender o ponto de vista dos outros e identificar os pontos de convergência e de possibilidade de negociação entre as diversas opiniões.

A metodologia utilizada permite trabalhar dimensões terapêuticas e pedagógicas com o grupo, enfocando os custos da assimetria nas

relações de gênero, e possibilitando mudanças direcionadas à maior equidade. Assim, no decorrer dos encontros, são passadas informações – por exemplo, sobre as legislações vigentes – que permitem às participantes buscar mecanismos de reconhecimento e prevenção da violência. Essas informações são fundamentais dentro de um processo de construção da cidadania.

O vínculo grupal é a força motriz de mudança individual e social. A construção de vínculo baseia-se na identificação, no ser reconhecido como membro do grupo, no sentimento de coesão, no respeito às diferenças, no comprometimento com o processo grupal, na responsabilidade com o outro, na cooperação e na possibilidade de trocas. Segundo Afonso (s/d):

O vínculo social, ou o vínculo que une os indivíduos em grupo, está marcado por esta dialética: é identificação e, ao mesmo tempo, negação; é a busca de um projeto ou ideal comum, ao mesmo tempo em que é a expressão diferenciada de várias versões desse mesmo ideal ou projeto; é o reconhecimento do desejo de se pertencer a um grupo, e gozar de uma identidade social; ao mesmo tempo que um desejo de ser reconhecido na sua diferença com o grupo – aquilo que, apesar de tudo, subsiste e insiste em se fazer ouvir.

Quando há vínculo, surge um “desejo de mudança” e um movimento neste sentido. Nos grupos realizados no Benvinda e no Instituto Albam, o vínculo entre as participantes e a transferência com a coordenação foram reconhecidos por elas como fundamentais nas mudanças percebidas em sua vida cotidiana. Já na Casa Abrigo, a relação entre elas não se restringe ao grupo. Por estarem abrigadas, elas têm uma convivência constante e intensa, e isto gera questões que devem ser trabalhadas na tarefa interna do grupo. A relação com as outras abrigadas é muitas vezes conflituosa, podendo culminar em brigas entre elas. Por outro lado, elas podem se tornar companheiras, percebendo a troca de experiências e a identificação umas com as

outras como um fator que as ajuda a vencer as dificuldades, como podemos perceber na fala de uma delas: *“A gente vê as histórias das outras, a luta das outras e se vê em condições de lutar”*.

Dentre os resultados mais relevantes do trabalho com os grupos, podemos citar: mudanças das mulheres em relação a sua auto-imagem, mudanças de atitude nas relações familiares, mudança de posição frente à violência de gênero; questionamento das relações de poder e de desigualdade, bem como dos padrões arraigados de gênero, propiciando à mulher uma mudança de práticas e representações em relação a ela, aos filhos (as) e ao companheiro; visível aumento da auto-estima e da autonomia, sendo que muitas delas começaram a buscar saídas para a situação de dependência socioeconômica dos companheiros.

Podemos relacionar essas mudanças com a apropriação do espaço reflexivo – pois são escutadas no grupo sem os julgamentos de valor predominantes na sociedade patriarcal – e com o início do processo de elaboração de suas histórias de vida. Elas conseguem ressignificar a experiência vivida, criando maior autonomia e empoderando-se para estabelecer novas relações.

As experiências vivenciadas pelas mulheres não são únicas, são diversas. É preciso ter respeito para com esse processo. Mas respeitar não significa concordar com o outro; significa não ter o direito de desqualificar, menosprezar, ridicularizar, oprimir, impor. As participantes têm ritmos diferenciados e seguem processos distintos. O ritmo grupal não é a soma de ritmos individuais, mas algo novo que se constrói conjuntamente. O respeito mútuo no processo do grupo se concretiza quando vínculos são estabelecidos e limites definidos. Assim, cada uma pode elaborar sua história e contribuir para que a outra também o faça, independentemente do ritmo de cada uma. O reconhecimento do outro como um sujeito de desejos e de direitos nos leva à tolerância e ao respeito às diferenças.

Trabalhar o respeito às diferenças dentro do próprio grupo é fundamental quando nos baseamos em uma perspectiva de gênero,

pois a violência de gênero se funda em “(...) *discriminações e desigualdades inscritas nas relações de poder entre homens e mulheres, sendo que as mulheres vivem situações de opressão e submissão, tanto na esfera privada quanto na pública*” (COELHO, 2005, p. 35). Assim, aspectos como alteridade, igualdade e respeito às diferenças são de fundamental importância quando buscamos reduzir as desigualdades entre homens e mulheres, bem como o exercício assimétrico de poder sobre as mulheres.

Os resultados são observados no decorrer do próprio processo grupal; no caso das abrigadas na Casa Abrigo Sempre Viva, podemos observar também mudanças no próprio cotidiano de vida das mulheres. Além disso, buscamos fazer avaliações sistemáticas após o término de cada grupo. As mulheres, que participaram dos grupos no Benvinda e no Instituto Albam, foram chamadas para compartilhar suas experiências com mulheres que ainda estão freqüentando os grupos; muitas delas relataram mudanças significativas em sua vida. No entanto, nem todas as mulheres conseguem romper com o ciclo de violência no qual vivem; em muitos casos, trata-se de violências crônicas que perpassam toda a vida conjugal da mulher, perdurando por dez, 20 anos.

A partir das experiências aqui relatadas, podemos perceber que o trabalho em grupo pode contribuir para o processo de emancipação, de autonomia, de empoderamento e de construção da cidadania de mulheres que sofrem violência de gênero. E, para esse processo de emancipação acontecer, é preciso a presença de profissionais comprometidos, com formação sólida e condições de escutar os envolvidos, sendo deles interlocutores que, sem julgar suas escolhas e ações, possam contribuir para que se reposicionem em suas relações e assim possam viver com mais dignidade.

A Psicologia traz contribuições teóricas e metodológicas para a análise e enfrentamento do fenômeno da violência, que podem, em alguma medida, ser apropriadas por outros profissionais que atuam dentro de uma equipe interdisciplinar. Destacamos que a escuta do

psicólogo é fundamental para uma intervenção que promova mudanças subjetivas, a elaboração e a resignificação da situação vivida. O trabalho em grupos permite uma revisão crítica dos valores e crenças; muitas vezes, sustentam a permanência das mulheres em uma situação de violência, como, por exemplo, a crença de que uma mulher deve fazer qualquer sacrifício pessoal para que a família permaneça unida.

A violência desumaniza vítimas e algozes. Há que se interromper esse ciclo; há que se garantir o reconhecimento do caráter de violação de direitos acarretado pela violência de gênero e a necessidade de manutenção e ampliação de políticas de enfrentamento a essa forma de violência. Para isso, profissionais da Psicologia têm que contribuir sempre que necessário, seja no processo de construção, de implementação, de intervenção e/ou de avaliação/monitoramento dessas políticas públicas.

Referências bibliográficas

AFONSO, Lúcia. *Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial*. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2000.

AFONSO, Lúcia et alii. *Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

AFONSO, Lúcia. *O trabalho com os vínculos familiares e a superação de violações de direitos de crianças e adolescentes*. Mimeo, s/d.

CALDEIRA, Teresa Pires do Rio. *Cidade de muros; crime, segregação e cidadania em São Paulo*. São Paulo: Ed. 34/Edusp, 2000.

COELHO, Carolina Marra Simões. *Cidadania em políticas públicas voltadas para mulheres em situação de violência de gênero*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). São Paulo: PUC/SP, 2005.

COELHO, Carolina Marra Simões; GAETANI, Rebeca Rolhfs Barbosa.

Metodologia de trabalho em grupos no enfrentamento à violência de gênero. In: *Seminário Internacional Fazendo Gênero 7. Anais – Seminário Internacional Fazendo Gênero 7 – Gênero e Preconceitos.* Florianópolis: Editora Mulheres, 2006.

COELHO, Clair Castilho. *Gênero e políticas públicas.* In: SILVA, Alcione Leite et alii (org.). *Falas de Gênero: teoria, análise e leituras.* Florianópolis: Editora Mulheres, 1999.

GONÇALVES, Betânia Diniz. *Oficinas: espaço de construção de conhecimentos objetivos, subjetivos e políticos.* In: *Clínica e Inclusão Social: novos arranjos subjetivos e novas formas de intervenção.* GUERRA, A. M. C, GONÇALVES, B. D., MOREIRA, J. O. (orgs.). Belo Horizonte, 2002: Edições do Campo Social (p. 101-106).

GIDDENS, Anthony. *A Transformação da Intimidade – Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas.* São Paulo: Editora UNESP, 1993.

PRIETO, Pilar B.; QUEMADA, Consuelo Ruiz-Jarabo (ed.). *La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la atención primaria de salud.* Madrid: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid, 2002.

ROVINSKI, Sonia Liane R. *Dano psíquico em mulheres vítimas de violência.* Rio de Janeiro: Editora Lúmen, 2004.

SAFFIOTI, H.I.B. *Violência de gênero – o lugar da práxis na construção da subjetividade.* Lutas Sociais, nº 2. São Paulo: PUC/SP, 1997.

Violência Doméstica ou a Lógica do Galinheiro. Mimeo, s/d.

Categoria
Trabalho em Equipe



2º lugar

*Sexualidade dos Adolescentes Privados de
Liberdade: Contribuição da Psicologia
para uma Proposta de Intervenção*

Marcus Macedo da Silva

Categoria Trabalho em Equipe

Sexualidade dos Adolescentes Privados de Liberdade: Contribuição da Psicologia para uma Proposta de Intervenção

Marcus Macedo da Silva¹

Resumo

Este trabalho relata a contribuição da Psicologia numa proposta de educação sexual para os adolescentes que cumprem medida socioeducativa de internação. Esta contribuição tem se dado através da participação do próprio autor, enquanto psicólogo, na Comissão de Sexualidade do Centro Socioeducativo do Adolescente São Francisco de Assis – CSESFA-GV. Inserida num campo onde são raras as referências teóricas e escassas as experiências práticas, a Comissão de Sexualidade busca contribuir para a consolidação de proposta de educação sexual aos adolescentes privados de liberdade, sustentando uma ação coletiva através da participação de toda a Comunidade Socioeducativa. As intervenções da Comissão têm sido balizadas pelos princípios dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, propondo assim a

¹ Psicólogo, Pós-graduado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Escola Nacional de Saúde Pública; Pós-graduado em Psicopedagogia; Mestrando em Educação. Psicólogo do Centro de Referência em Saúde Mental de Governador Valadares (CERSAM); Temas de interesse: Educação de Jovens e Adultos; Adolescentes em conflito com a lei; Políticas Públicas e Psicologia; Saúde Coletiva e Saúde Mental.

ênfase no protagonismo juvenil ao se abordar as questões relativas à vivência da sexualidade dos adolescentes que se encontram na condição de privação de liberdade.

Introdução

O cumprimento da medida socioeducativa de internação, além da privar o adolescente de sua liberdade, impõe também alterações e limitações em vários aspectos de sua vida psicossocial. A vivência da sexualidade, imersa nesse contexto, sofre assim algumas limitações, podendo prejudicar o desenvolvimento psicossocial do adolescente. A escassez de propostas consistentes e sistematizadas de educação sexual para os adolescentes privados de liberdade, em especial no Estado de Minas Gerais, pode ser um indicativo de que a sexualidade não tem recebido a importância que merece dos Centros Socioeducativos. Fato este que não reflete as discussões que têm ocorrido nos últimos anos acerca dessa questão, em que se encontram importantes avanços legais, assim como também nas Políticas Públicas voltadas para a criança e o adolescente, as quais têm se pautado pelos princípios dos Direitos Sexuais e Reprodutivos.

Diante de tal situação, o que se percebe é um descompasso entre os debates acerca da condição da sexualidade dos adolescentes que cumprem medida socioeducativa de internação e a ausência de propostas consistentes sobre o assunto no cotidiano dos Centros Socioeducativos.

É justamente diante desse vazio que se instaura sobre o assunto que este relato procura contribuir para a construção de propostas educativas que considerem a sexualidade como um aspecto importante no desenvolvimento psicossocial do adolescente. Procura-se, assim, apresentar as ações desenvolvidas pela Comissão de Sexualidade do Centro Socioeducativo São Francisco de Assis, criada no final de 2006, tendo como ênfase o envolvimento de toda a Comunidade Socioeducativa nas discussões e intervenções sobre o tema. Busca-se assim criar condições institucionais para que a sexualidade possa ser

olhada na Unidade de uma forma menos repressora e moralista, possibilitando assim a consideração da vivência da sexualidade como um fator importante no processo de ressocialização.

Com tais propósitos, a Comissão de Sexualidade do CSESFA-GV se apresenta como de grande relevância por romper com o silenciamento da sexualidade no cotidiano dos Centros Socioeducativos e com a escassez de propostas sobre o assunto.

Diante disso, no relato que se segue procurei, num primeiro momento, contextualizar a forma como a sexualidade tende a ser abordada nos centros socioeducativos destinado a adolescentes autores de atos infracionais e os avanços que têm sido alcançados no sentido de implementar projetos de educação sexual tendo como referência os Direitos Sexuais e Reprodutivos.

Num segundo momento, fiz uma apresentação do CSESFA-GV e sua estrutura, apontando a composição e as atividades propostas pelo mesmo. Logo em seguida contextualizei os movimentos que sustentaram a constituição da Comissão de Sexualidade, suas parcerias e ações até então desenvolvidas. Por fim, apontei os avanços até então alcançados e os desafios futuros a serem enfrentados pela Comissão de Sexualidade.

A sexualidade no sistema socioeducativo de privação de liberdade

No contexto das medidas socioeducativas de internação, a sexualidade historicamente foi marcada pelo silenciamento, verificado através da escassez de intervenções educativas sobre o tema. “Há casos em que as questões da sexualidade simplesmente não fazem parte do projeto educativo da instituição – numa omissão e negligência frente ao sexo praticado de forma clandestina” (ANDI & Unicef,¹¹).

¹¹ Texto sem referência de data, retirado do endereço eletrônico: www.crmariocovas.sp.gov.br/br/pdf/pol/sprazer_safeto.pdf

Geralmente, o pensamento que sustenta essa omissão parte do entendimento de que os adolescentes são imaturos para a prática do ato sexual, não sendo assim aconselhável abordar esse assunto, sob pena de incentivá-lo; ou, até mesmo, prejudicar seu desenvolvimento psíquico. É muito comum também encontrarmos o entendimento de que a privação de qualquer manifestação da sexualidade deve ser feita como punição a ser imposta, fazendo parte, assim, do cumprimento da medida, entendida aqui como punitiva.

Sobre esse silenciamento da sexualidade, Foucault (1988, p.94) coloca que “do que é interdito não se deve falar até ser anulado no real; o que é inexistente não tem direito a manifestação nenhuma, mesmo na ordem da palavra que enuncia sua inexistência”.

Pensando no lugar que historicamente a sexualidade ocupou em nossa sociedade, pode-se dizer que os Centros Socioeducativos atualizam de forma mais radical o modo repressivo e silenciador com que a sexualidade sempre foi abordada. “A sexualidade humana é uma construção histórica, cultural e social, e se transforma conforme mudam as relações sociais. No entanto, em nossa sociedade, foi histórica e culturalmente limitada em suas possibilidades de vivência, devido a tabus, mitos, preconceitos, interdições e relações de poder” (MS-SAS. 2006, p. 14).

Deste modo, é a partir da crença na inexistência da sexualidade e seu conseqüente silenciamento que a sexualidade tende a ser abordada no cotidiano dos Centros Socioeducativos para cumprimento da medida de internação.

Quando se permite falar desse tema, verifica-se que isto se dá através de intervenções isoladas e centradas no modelo de biomédico de orientação sexual, baseado na transmissão de informações sobre a anatomofisiologia do corpo humano, na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e nos métodos contraceptivos. Destaque-se que essas ações isoladas são atribuídas aos saberes especializados, aparecendo, assim, nos atendimentos psicológicos, da saúde e da pedagogia, dentre outros da Equipe Técnica.

São poucas as experiências que têm como foco o envolvimento de toda a Comunidade Socioeducativa e com uma compreensão mais ampla do conceito de sexualidade, abarcando temas como perspectiva de gênero, protagonismo juvenil, afetividade e a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos.

Contudo, apesar de poucas iniciativas práticas, os debates sobre o assunto têm produzido importantes avanços junto à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. Um dos pontos positivos desse debate é a adoção dos Direitos Sexuais e Reprodutivos¹² como perspectiva dominante, ao se pensar a sexualidade no contexto da medida de internação. Estes direitos apontam para a promoção da autonomia e do protagonismo dos sujeitos na decisão sobre as questões relacionadas à sexualidade, respeitando a singularidade individual, evitando assim qualquer forma de imposição (MS-DAPE, 2006).

Uma importante consequência desse debate foi a implementação da Portaria Interministerial 1.426/2004 que estabeleceu, dentre várias ações de saúde, aquelas destinadas à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes que cumprem medida de internação.

Outro importante avanço nas Políticas Públicas foi a criação do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – Sinase – que, ao afirmar o caráter pedagógico enquanto princípio norteador para as medidas socioeducativas, trouxe importantes avanços na assistência à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Neste sentido, os parâmetros de gestão pedagógica do atendimento socioeducativo na medida de internação garantiram a possibilidade da visita íntima aos adolescentes observando-se, dentre vários outros fatores, a idade dos parceiros, o consentimento dos pais ou responsáveis e uma orientação sexual aos parceiros envolvidos e seus familiares (SEDH/Conanda, 2006).

¹² Os Direitos Sexuais e Reprodutivos foram reconhecidos como Direitos Humanos em 1994, através da IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, Egito.

Esses apontamentos das políticas públicas agregam-se aos princípios de proteção integral do adolescente no entendimento da sexualidade enquanto elemento fundamental no reposicionamento do adolescente diante da vida. Parte-se, assim, da concepção de que o adolescente se encontra em condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, devendo, para tanto, serem garantidas a ele todas as condições necessárias ao satisfatório desenvolvimento (SEDH/ME, 2005).

Cumprido ressaltar que a medida de internação não priva o adolescente de manifestar sua sexualidade; apenas não permite sua expressão da forma como o fazia em liberdade. Assim, inserida no contexto de privação de liberdade, a sexualidade tende a se manifestar de forma clandestina, promiscua, danosa à saúde física e mental, além de, em alguns casos, servir de abusos sexuais das mais diversas ordens. Alertando para essas possibilidades, a pesquisa “Sem liberdade, sem direitos” (ANDI; Unicef), realizada em seis Estados brasileiros, constatou que, dos adolescentes entrevistados, 13% tiveram algum tipo de relação sexual durante o período de internação, constituindo, assim, uma prática sexual desprotegida e danosa à sua saúde.

Diante de tudo isso, constata-se um descompasso entre os debates acerca da vivência da sexualidade dos adolescentes no contexto de privação de liberdade e as ações práticas sobre o assunto; ou melhor, a quase ausência de ações.

É justamente nesse vácuo que a Comissão de Sexualidade do CSESFA-GV, abaixo relatada, se insere no sentido de contribuir para a construção de propostas socioeducativas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes privados de liberdade, colocando esta questão como elemento necessário no processo de ressocialização do adolescente.

A instituição

O CSESFA-GV é uma instituição gerida pela Subsecretaria de Atendimento Socioeducativo (SUASE) e destinada aos adolescentes

que cumprem medida socioeducativa de internação, podendo ser esta por período temporário de 45 dias ou por prazo indeterminado, não podendo este ultrapassar três anos de acatamento, ou os 21 anos de idade.

O CSESFA-GV conta com o funcionamento, no seu interior, de uma Escola Estadual de Ensino de Jovens e Adultos. Há ainda oficinas recreativas – Corporal; Confecção de Bijuterias e Pintura. Os produtos destas oficinas são comercializados semanalmente numa Feira de Artesanato, localizada no centro da cidade de Governador Valadares.

Em parceria com o Senai, o Centro conta hoje com três cursos profissionalizantes – dois deles, Lapidação e Costura Industrial, oferecidos nas dependências do Senai. O curso de Pedreiro e Bombeiro Hidráulico é oferecido no interior do Centro.

O CSESFA-GV conta atualmente com uma equipe multiprofissional composta pelos seguintes profissionais: quatro Psicólogos; quatro Assistentes Sociais; duas Pedagogas; dois Advogados; um Terapeuta Ocupacional; dois Auxiliares

A comissão de sexualidade

A constituição da Comissão de Sexualidade foi sustentada e motivada por vários debates antecedentes que mantive com outros colegas de trabalho em relação à vivência da sexualidade dos adolescentes privados de liberdade. Alguns fatos ocorridos entre os adolescentes, envolvendo relacionamento íntimo, suscitaram esses debates e funcionaram como elementos analisadores da forma como a sexualidade era vivenciada entre os adolescentes e entendida pela Comunidade Socioeducativa do CSESFA-GV.

Outro fator contribuinte foi a constatação, nos atendimentos aos adolescentes, que os mesmos, além de já iniciados na prática do ato sexual, vivenciavam relacionamentos afetivos estáveis; e, em alguns casos, com experiência de paternidade. Percebiam-se, assim, os prejuízos que a privação de liberdade acarretava para o relacionamento

estável, fato que era amenizado pela permissão dada às companheiras para a visita familiar. Porém, outro elemento que nos incomodava era como os adolescentes consideravam o fim de qualquer relacionamento, mesmo um namoro, com o início da medida de internação. Era como se eles fizessem uma ruptura com os laços sociais até então estabelecidos, recusando, muitas das vezes, qualquer forma de contato com essas companheiras, inclusive através de cartas. Cumpre destacar que essa ruptura não se dava sem a conseqüente manifestação de muita angústia e ansiedade, comprometendo muitas vezes o cumprimento da medida.

Atravessados por esses impasses, a Comissão de Sexualidade teve como fato marcante para sua constituição a apresentação de dois textos que tratavam especificamente da questão da sexualidade em adolescentes autores de ato infracional no cumprimento de medida de internação. Um desses textos tratava de uma experiência inovadora de Educação Sexual num Centro Socioeducativo na Paraíba que, dentre outras ações, apresentava a implementação na Unidade de Visitas Íntimas. A partir de então, constituiu-se a Comissão de Sexualidade, que passou a se reunir semanalmente para discussão desses e de outros textos, articulando-os aos impasses acima apontados. Neste momento, questionávamos em relação ao que poderíamos desenvolver na Unidade em relação ao tema e se a Comunidade Socioeducativa se encontrava preparada para abordar as questões relativas à sexualidade.

Referenciado no conceito de Comunidade Socioeducativa que, dentre outros dispositivos, busca a gestão participativa de todos os atores envolvidos no processo de ressocialização do adolescente (SEDH; Conanda, 2006), a Comissão de Sexualidade sustentou uma composição heterogênea e multidisciplinar. Procurou-se, assim, englobar os representantes de cada profissão da Equipe Técnica (Psicólogo, Assistente Social, Pedagogo e Terapeuta Ocupacional), representantes da Equipe de Agentes Socioeducativos e também da escola. Com esta composição, procurava-se acima de tudo romper

com os especialismos constituídos, eliminando a autoridade/ legitimidade de qualquer discurso supostamente verdadeiro para abordar esse assunto. Deste modo, cientes da pluralidade de saberes acerca da sexualidade, a Comissão, mais do que sustentar o predomínio de um discurso sobre o outro, buscou, e tem buscado, a contribuição de cada disciplina na construção do projeto de intervenção, que tem se referenciado nos pressupostos dos Direitos Sexuais e Reprodutivos.

Uma importante parceria assumida pela Comissão foi a integração, em outubro de 2006, do Programa de Educação Afetivo e Sexual (PEAS-VALE), que passou a dar um suporte técnico na capacitação, bem como também na supervisão das propostas de intervenção da Comissão. Nesta oportunidade, já havia algumas intervenções sendo realizadas pela escola, que, a propósito, contava com alguns professores capacitados pelo PEAS-VALE.

É importante informar que este programa foi implantado no município de Governador Valadares em 2003, numa parceria entre a Secretaria Municipal de Educação, a Superintendência Regional de Ensino e a Companhia Vale do Rio Doce. Partindo do pressuposto de que a sexualidade deve fazer parte da Educação Integral, o PEAS-VALE busca uma integração participativa do adolescente, da família, das unidades de saúde e da comunidade nas ações acerca da sexualidade. Parte-se, assim, de uma concepção ampla de sexualidade na qual estão englobadas noções como protagonismo juvenil/empoderamento; afetividade; perspectiva de gênero; atitudes e valores morais; corpo e autocuidado; promoção da saúde; e Saúde Sexual e Reprodutiva, dentre outras (PEAS-VALE, 2004).

Acolhida pelo PEAS-VALE, a Comissão de Sexualidade passou ser capacitada, chegando a um percentual de 75% da Equipe Técnica, até o início de 2007. Atualmente, quatro Agentes Socioeducativos aguardam a abertura da próxima turma de capacitação, sendo esta uma demanda da Comissão de Sexualidade devido ao posicionamento estratégico que os Agentes Socioeducativos assumem no processo de implicação do adolescente com a medida e o conseqüente reposicio-

namento diante da vida. Devido à carga horária de trabalho e à especificidade das ações, os Agentes Socioeducativos possuem maior contato com o adolescente e por um tempo mais prolongado, devendo, 'assim, ser implicado no processo socioeducativo.

Embora o Projeto de Intervenção da Comissão de Sexualidade se encontre em processo de elaboração, algumas importantes ações já foram desenvolvidas até o momento. Destaca-se, assim, o Diagnóstico Situacional do Centro, no qual se buscou identificar o entendimento por parte da Comunidade Socioeducativa acerca de vários aspectos relacionados à sexualidade.

Complementando esse diagnóstico, foi feito um Levantamento Documental acerca do tema, procurando identificar como a sexualidade é abordada, e de que forma isto se dá, em vários documentos relativos à criança e ao adolescente, tais como: Estatuto da Criança e do Adolescente; Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo-Sinase; Portarias do Ministério da Saúde; Procedimento Operacional Padrão da Suase; Fichas de Diagnóstico da Equipe Multidisciplinar da Suase; Regimento Disciplinar do CSESFA-GV, dentre outros. Por fim, têm sido apresentados e trabalhados, com cada segmento da Comunidade Socioeducativa, o Diagnóstico Situacional e o Levantamento Documental, acima citados.

Algumas ações estão previstas para serem implementadas, como, por exemplo, o atendimento aos adolescentes que possuem relacionamento estável. A proposta é de prestar um atendimento em conjunto com suas companheiras, tendo como foco a manutenção dos laços afetivos do casal e orientações de planejamento familiar. Em casos de paternidade juvenil, tem-se acenado para uma assistência específica, cujo objetivo é propiciar o entendimento subjetivo dessa experiência para o adolescente e possibilitar a responsabilização frente a experiência da paternidade juvenil e o reposicionamento diante da vida.

Conclusão

A perspectiva ética da Comissão de Sexualidade, sustentada nos princípios dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, ao considerar a vivência da sexualidade enquanto elemento fundamental no desenvolvimento psicossocial do adolescente, constitui-se numa intervenção inovadora. No entanto, esse caráter inovador não representa qualquer grande descoberta científica; mas, sim, a necessidade de se romper com o silenciamento que sempre imperou em torno da sexualidade do adolescente, em especial no cotidiano dos Centros Socioeducativos.

Diante disso, o grande resultado encontrado até o momento com a Comissão de Sexualidade é justamente a busca constante e diária de propiciar o rompimento de da “amordaça” que prevalece sobre a sexualidade, fazendo emergir, na ordem do discurso e dos espaços de subjetivação, aquilo que permanece submerso na intimidade da vivência cotidiana da sexualidade. Falei de resultado encontrado, porém não o apresentei enquanto um produto acabado. Isso porque o que se busca não é da ordem do finalizado, mas sim do se alcançar, a cada instante, no fazer cotidiano. Romper com o silenciamento torna-se, assim, o grande desafio a ser alcançado com as intervenções da Comissão.

Levando em consideração que a própria Comissão, ao englobar os vários representantes da Comunidade Socioeducativa, procura uma ação coletiva, percebe-se que essa pluralidade discursiva constitui outro grande desafio. Isso porque coloca inevitavelmente a convivência de diversos saberes acerca da temática, o que muitas vezes não se dá com muita harmonia. Encontramos, assim, saberes especializados, instrumentalizados por seus agenciadores, o que se verifica através do discurso da Assistência Social, da Pedagogia, da Escola, e até mesmo da psicologia. Esses saberes, na verdade, ao se apresentarem através de seus agenciadores, trazem consigo outros saberes, construídos a partir da história pessoal de cada um de seus agenciadores, constituindo um atravessamento de saberes acerca da sexualidade.

Porém, se por um lado esse aspecto tem sido um dificultador, por outro tem sido a grande vantagem da proposta, pois, mais do que a criação de espaços específicos para lidar com a sexualidade, essa Comissão tem permitido colocar a sexualidade como algo a ser falado de forma natural, sem tabus entre os vários atores envolvidos na ressocialização do adolescente.

Portanto, diante do silenciamento em torno do tema, diante das referências legais e políticas públicas apontadas e diante dos desafios colocados no trato da sexualidade, a Comissão de Sexualidade vai caminhando e fazendo falar a sexualidade em busca da produção de vida.

Referências

BAREMBLITT, G. A. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: Teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 3ª ed., 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Assessoria de Comunicação Social – *Estatuto da Criança e do adolescente* – Brasília: 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPE – *Cartilha dos “Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos e métodos anticoncepcionais”*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2006.

BRASÍLIA, Secretaria Especial dos Direitos Humanos e Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Brasília: Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – Sinase. 17ª ed., 2006.

BRASIL; ANDI & UNICEF – *Sem prazer e sem afeto: sexualidade e prevenção às DST's e AIDS nas instituições de privação de liberdade de adolescentes* – www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/pol/sprazer_safeto.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – *Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens*. Brasília: 2006.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Trad. Maria Thereza da C. Alburquerque e J. A. Guilhon Alburquerque. Rio de Janeiro: Graal, 17ª ed., 1988.

KAMKHAGI, V. R.; SAIDON, O. (orgs.). *Análise Institucional no Brasil: Favela, Hospício, Escola, Funabem*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987.

LOURAU, R. *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Instituto de Psicologia – UERJ. . Rio de Janeiro: transcrição de palestras proferidas de 26 a 30/4/1993. Apostilha1993.

Programa Afetivo-Sexual (PEAS-VALE). Belo Horizonte: Textos diversos, Apostilha. 2004.

Categoria
Trabalho em Equipe



3º lugar

*Terra prometida: O Sentido de
uma Intervenção Psicológica em um
Acampamento Massacrado pela História*

Fabiana de Andrade Campos

Categoria Trabalho em Equipe

Terra Prometida: O Sentido de uma Intervenção Psicológica em um Acampamento Massacrado pela História¹³

Fabiana de Andrade Campos¹⁴

Resumo

O presente artigo consiste em um relato de uma Intervenção Psicossocial no acampamento rural “Terra Prometida”, localizado no município de Felisburgo – Vale do Jequitinhonha, MG. As famílias lá acampadas têm uma importante história para contar: em novembro de 2004, a mando do fazendeiro, 18 pistoleiros armados assassinaram cinco trabalhadores rurais, feriram gravemente 13 e, ainda, atearam fogo nos barracos de lona, destruindo os pertences das famílias. Nosso

¹³ Esse artigo é parte da produção do Projeto de Extensão que coordeno na PUC Minas, intitulado “Memória e História de um Massacre: Intervenção Psicossocial no acampamento Terra Prometida”, que conta com os seguintes estudantes extensionistas: Ana Carolina Campagnole dos Santos, Andréia Carvalho de Souza, Brisa Marina Ribeiro Braga, Bruno Felipe de Laia Rocha, Joziane Maciel Silva, Marcela Sobreira Silva, Marcelo Chaves Figueiredo, Maria da Consolação Fernandes, Nicolle Carvalho Pinto Vieira e Roberta Andrade e Barros, todos colaboradores da produção deste artigo. O projeto está sendo desenvolvido no Laboratório de Psicologia Social e Direitos Humanos, coordenado pela Professora Maria Stella Brandão Goulart, do Instituto de Psicologia da PUC Minas, *Campus* Coração Eucarístico.

¹⁴ Psicóloga e mestre em Psicologia. Atualmente é Assistente I da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Social.

trabalho objetiva compreender o impacto causado nas famílias, no sentido de buscar formas de superar os resultados traumáticos identificados. A partir de uma visão da Psicologia Sócio-Histórica de Vigotski e seus colaboradores, buscamos focar o desenvolvimento humano, cultural e educacional na comunidade. A metodologia participante utilizada envolve a comunidade em diversas atividades e se dedica, sobretudo, à devolução dos dados como forma de fortalecer o trabalho e promover o reconhecimento da memória e da história do local.

Introdução

“Então, quando aconteceu o massacre, aí foi a parte que eu mais sofri. Primeiro, porque eu não tava aqui, tinha saído pra viajar e quando eu voltei, já encontrei. Porque só cheguei aqui umas cinco horas, que eu só vi os corpos caídos ali no chão e os barraco tudo queimado, o sangue descendo assim ó, chuva. Isso não sai do meu pensamento, aquela chuva de sangue descendo, a chuva lavando o sangue”. (acampada).

“Minha mãe tava torrando farinha, aí ela, ela *viu eles* dando tiro, aí depois ela pegou a massa e pôs numa gamela e *pegô* a farinha que já tava torrada e pôs no saco. Aí ela foi lá pra casa, pegou o louro, juntou as roupa lá, aí ela perguntou cadê eu e perguntou cadê meu pai. Aí um homem lá falou que *painho* tava lá embaixo com a perna quebrada, aí ela tava chorando, depois ela mais uma mulher foram pegar ele, ele tava arrastando só de uma mão e um pé, aí a perna dele ... cortou a calça dele e aí o homem pôs ... pegou ele e pôs ele lá dentro do mato. Aí, *mainha* pediu socorro pra levar ele lá pro ponto, aí um velho apareceu e levou ele lá pro ponto, aí ele foi o ... o último de ir pra Felisburgo. Lá no hospital ele foi e morreu” (Depoimento de criança (órfã) do massacre).

Estamos desenvolvendo uma pesquisa participante na comunidade rural localizada no acampamento Terra Prometida, município de

Felisburgo - MG. A demanda foi explicitada pela direção estadual do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) de Minas Gerais, no momento em que a procuramos para propor a realização de um trabalho de psicologia em acampamentos e assentamentos do Estado.

Segundo a narrativa dos moradores acampados, a história da região é marcada pelo domínio político e econômico de proprietários de grandes extensões de terras. O sindicato dos trabalhadores surgiu na região buscando resgatar os direitos populares, no entanto, por não possuírem um conhecimento aprofundado das questões envolvidas, estes não atuavam de forma efetiva a fim de promover mudanças concretas. A partir daí, surgem na região lideranças que estão dispostas a se organizar para lutar contra o poder dominante. A entrada do MST, inicialmente em Jequitinhonha, e, em 2001, na cidade de Felisburgo, intensificou as discussões sobre os problemas enfrentados pela classe trabalhadora rural e marcou a necessidade de ação para uma distribuição de terras mais justa¹⁵.

Desse modo, algumas reuniões foram realizadas em Felisburgo, com objetivo de verificar a demanda da população. O Movimento decide pela ocupação da fazenda Nova Aliança, no dia 1º de maio de 2002. Esta foi escolhida por ser de grande extensão e improdutiva, e, além disso, 17 famílias, que trabalhavam há vários anos para o proprietário da fazenda, tinham sido despejadas.

A história dos trabalhadores com os proprietários da fazenda foi, desde o início, marcada por conflitos. As famílias, ainda como agregadas, foram proibidas de criar animais e obrigadas a reduzir as áreas de plantações. Posteriormente, foram persuadidas a trocar seus terrenos de posse por casas na periferia de Felisburgo, com um valor significativamente menor.

¹⁵ monografia *"A questão agrária e a luta pela terra no Vale do Jequitinhonha: o massacre de Felisburgo"*, da estudante Vanessa Aguiar BORGES (2007), apresenta um estudo aprofundado sobre essas questões.

Após a ocupação, o cenário conflituoso foi intensificado através de ameaças que resultaram, em novembro de 2004, no massacre contra os acampados. Vale ressaltar que o poder público foi notificado oficialmente sobre as ameaças. Assim, no dia 20 de novembro de 2004, 18 pistoleiros armados invadiram o acampamento, assassinaram cinco e feriram gravemente 13 pessoas, entre estas um menino de 12 anos de idade. Conforme relato, a mando do fazendeiro, que esteve preso e logo depois foi libertado, os capangas ainda atearam fogo nos barracos dos acampados, que perderam a maior parte dos pertences: roupas, documentos, objetos domésticos e de estima pessoal, cadernos escolares e instrumentos de trabalho, o que causou um sofrimento muito grande para as famílias.

Nosso trabalho busca compreender e interferir nos resultados traumáticos decorridos após o massacre. É objetivo específico construir um relatório psicológico sobre a situação dos acampados, o qual irá contribuir para a indenização das famílias.

Até o presente momento, foram realizadas cinco visitas à comunidade. No decorrer do trabalho, com o estreitamento das relações e aprofundando o conhecimento da realidade, verificamos algumas necessidades da comunidade e formulamos três frentes de trabalho: Memória e História; Arte e Cultura; Educação e Produção.

Interessa-nos abrir frentes de trabalho, estágios, pesquisas e extensões nesses locais pouco “convencionais” de atuação da Psicologia. Essa tem sido também uma demanda apresentada pelos estudantes de Psicologia. Muitas vezes, a iniciativa de abertura desse campo de trabalho parte do próprio movimento estudantil, que identifica e compartilha a vivência social de grupos excluídos da sociedade brasileira e começa a se envolver com eles a partir de uma proposição política¹⁶.

Está colocado o desafio para os psicólogos: revelar a importância da atuação nos conflitos da luta pela terra no Brasil. A contribuição da

¹⁶ Atualmente, existe o Estágio de Vivências, denominado EIV, proposta resultante do Movimento Estudantil de alguns cursos em aliança com o MST. Mais detalhes a esse respeito podem ser encontrados em Borges (2007).

Psicologia em novos campos de trabalho vem se destacando nos últimos encontros organizados pelos Conselhos de Psicologia, e também se configura como uma luta empreendida na formação de uma Psicologia Social brasileira, inclusive pela criação da Associação Brasileira de Psicologia Social – ABRAPSO.

Ao contrário de outros campos científicos, como as Ciências Sociais, a Geografia, a Educação e a História, a Psicologia conta com um número reduzido de pesquisas sobre o MST, dado que se tornou objeto de uma pesquisa na Universidade de Maringá, intitulado: *Vinte anos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra no Brasil: a Psicologia nesta História*. Este trabalho, coordenado pela professora Eliane Domingues, tem como objetivo “levantar e analisar as teses e dissertações, desenvolvidas em programas de pós-graduação em psicologia, que versam sobre o MST, no período de 1987 a 2004”. Segundo a professora, torna-se importante obter um panorama geral das pesquisas desenvolvidas sobre essa temática em uma ciência que se dedica prioritariamente a temas urbanos.

A Psicologia tem no Brasil uma longa história de preconceitos contra a classe trabalhadora. Como ciência estruturada nos moldes das classes dominantes, não problematizava as questões específicas da imensa maioria do povo brasileiro. Segundo Ana Maria Bock (2003):

A tradição da Psicologia, no Brasil, tem sido marcada pelo compromisso com os interesses das elites e tem se constituído como uma ciência e uma profissão para o controle, a categorização e a diferenciação. Poucas têm sido as contribuições da Psicologia para a transformação das condições de vida, tão desiguais em nosso país. [...] Se tomarmos a história da psicologia no Brasil, de acordo com estudos de Massimi (1990), Antunes (1991) e Antunes (1999), vamos ver que as idéias psicológicas e, posteriormente, as teorias responderam claramente a interesses das elites de controlar, higienizar, diferenciar e categorizar, interesses esses necessários à manutenção ou incremento do lucro e reprodução do capital (p.16).

Nesse sentido, a psicologia e a psiquiatria oficiais, durante o século XX, reproduziram uma visão eugênica no tratamento dos povos, o que repercutiu diretamente numa visão ideológica a respeito dos Movimentos Sociais Rurais.

Bock (2003) acrescenta:

A Psicologia se instituiu assim em nossa sociedade moderna como uma ciência e uma profissão conservadoras, que não constroem nem debatem um projeto de transformação social. [...] A Psicologia se afastou da tarefa de construção de um projeto social, principalmente por ter adotado uma perspectiva naturalizante de homem e de seu desenvolvimento psíquico. As teorias desenvolvidas tomaram o psiquismo como algo natural, que tinha percurso certo. O trajeto do desenvolvimento psíquico estava dado pela natureza humana. Essa concepção afastou as teorias das preocupações sociais e não exigiu, dos psicólogos, um posicionamento, no sentido de adoção de um projeto de sociedade e de homem (p. 20).

Para que haja uma implicação da Psicologia nesse campo de trabalho, é necessário o reconhecimento da legitimidade da luta dos trabalhadores rurais¹⁸, bem como uma avaliação histórica sobre a origem da desigualdade social no Brasil.

¹⁷ Essa forma de deteriorar a imagem humana de determinado povo foi utilizada na história de diferentes formas. O aglomerado de Canudos foi escolhido como “bode expiatório” para o qual todas as contradições e desajustes da República eram dirigidas. Dentre as justificativas ideológicas que retiravam seu caráter reivindicatório, a psicologia era uma das mais fortes. “Teorizavam” sobre a anormalidade coletiva do movimento. O fato de serem mestiços era o principal argumento para caracterizá-los como criminosos patológicos, desordeiros e sem razão política. A República legitimou junto à sociedade um combate feroz ao aglomerado, no qual não havia perdão nem para as mulheres nem para as crianças. Após vários enfrentamentos, cerca de 10 mil pessoas foram dizimadas pelos militares (MOURA, 2000).

¹⁸ Sobre a história da luta pela terra no Brasil, confira: SODRÉ, 1957; BORGES, 1988; MORISSAWA, 2001; MOURA, 2000.

Segundo Antônio Canuto, secretário da Coordenação Nacional da CPT, a violência contra os trabalhadores do campo brasileiro faz parte da própria história e da estrutura agrária brasileira. Não é possível separar concentração de terras e violência.

A violência empregada pelos proprietários da terra é considerada como uma reação justa e necessária para garantir o sagrado direito à propriedade. A modernização da agricultura, com o aumento da produtividade, simplesmente travestiu o latifúndio com o nome de agronegócio, mas não alterou em nada a estrutura agrária brasileira, nem diminuiu a violência no campo. Antes a fez aumentar. Nos Estados onde o agronegócio cresce com mais violência, os índices de violência aumentam, sobretudo, se relacionar esta violência com a população rural de cada estado (CANUTO, 2006, p. 24).

Metodologia e fundamentos teóricos

Partimos de uma postura que seja capaz de estabelecer diálogos e provocar o

desenvolvimento humano, na perspectiva qualitativa. A metodologia deste trabalho se dá de forma participativa, com o intuito de envolver a comunidade em atividades grupais que permitam um espaço de reflexão sobre os acontecimentos traumáticos e as possibilidades de superação. Da mesma forma, definimos um espaço especial para um trabalho mais singular com sujeitos que apresentem demandas específicas, tendo em vista órfãos e viúvas, entre outros que serão definidos durante a intervenção na comunidade.

Através da metodologia difundida por Vygotsky, e por outros proponentes da Psicologia Materialista Histórica ou Concreta¹⁹,

¹⁹ Podemos citar LEONTIEV, LURIA e POLITZER. Atualmente, pesquisadores como Elizabeth Antunes LIMA e Yves CLOT nos ajudam a pensar nossa intervenção.

buscamos desenvolver no acampamento um trabalho que não tenha a premissa da neutralidade científica, mas a implicação, a provocação do desenvolvimento da comunidade. Não vamos ao campo somente para coletar dados, mas, sobretudo, para intervir na realidade daqueles que sofrem com a desigualdade social.

Segundo essa perspectiva de trabalho, não se pode estudar o desenvolvimento humano a partir de métodos que não provoquem o desenvolvimento. Nesse sentido, podemos dizer que a nossa abordagem possibilita a utilização de variadas técnicas e métodos, tais como: entrevistas grupais e individuais; diálogos curtos e prolongados; visitas aos lares; produção de atividades em grupos, artísticas e recreativas, tais como desenho, dança, poesia e teatro; acompanhamento das atividades regulares do grupo a partir de observação participante; história de vida e história coletiva. Tal metodologia possibilita um espaço fundamental de trocas entre os participantes, de desabafo e reflexão, visto que, segundo entrevistas iniciais, realizadas no local, eles não haviam se reunido para falar especificamente sobre os danos psicológicos causados pelo massacre, assim como não tinham o costume de desabafar uns com os outros sobre seus afetos, sentimentos e emoções.

O pensamento e a prática de Paulo Freire (1967; 1975; 1980) que relacionam educação, alfabetização, consciência política, participação e emancipação, são adotados como fundamento de nossa intervenção. Buscamos uma postura dialógica e de convivência com os Sem Terra, em que estabelecemos uma relação de troca de saberes. Concordamos com Ecléa Bosi (1987) sobre a postura adotada pelo pesquisador participante, quando ela escreve:

Uma pesquisa é um compromisso afetivo, um trabalho ombro a ombro com o sujeito da pesquisa. E ela será tanto mais válida se o observador não fizer excursões saltuárias na situação do observado, mas participar de sua vida (...). Significa sofrer de maneira irreversível, sem possibilidade de retorno à antiga condição, o destino dos sujeitos observados (p. 2).

Por último, fazemos referência a outro autor que nos ajuda a refletir sobre a formação das histórias de vida. Georges Politzer (1973; 1976; 1978), ao criticar a postura tradicional da Psicologia frente ao sujeito, pelo seu caráter abstrato e descontextualizado, aponta caminhos para a chamada Psicologia Concreta. Para ele, a verdadeira psicologia refugiou-se na literatura e no drama, justamente por apresentarem o conteúdo dos sofrimentos, angústias e histórias individuais que constituem o drama humano. Drama este vivido por pessoas em determinado contexto histórico, que as marca profundamente e determina seu modo de vida. A psicologia permite compreender um caso concreto, a partir da singularidade de um conteúdo fornecido pela pessoa.

O foco é dado ao conjunto dos acontecimentos vividos pelo sujeito na sua totalidade. Aí está o conteúdo do seu drama, que assim sendo só pode ser singular. Será a pessoa quem apresentará sua existência a partir do seu drama - segmento dos seus atos. Nessa perspectiva, pretende-se atingir o ator da vida dramática: o eu da vida cotidiana, e não um sujeito abstrato resultante da interpretação.

Participação e intervenção provocadora de desenvolvimento

A primeira visita realizada ao acampamento teve como foco principal a atenção à narrativa dos trabalhadores. A intenção, ao recuperar a história do massacre e sua conexão com toda a história de vida dos trabalhadores rurais acampados, está relacionada com a importância de recuperar a história dos acontecimentos sob o ponto de vista de quem a vive.

A primeira atividade realizada foi uma assembléia geral, onde eu pudesse me apresentar aos acampados e expor a intenção de realizar o trabalho, conforme combinado com a Direção Estadual do Movimento. Se concordassem, poderiam sugerir formas de efetivá-lo. Desta forma, ficou decidido que realizaríamos sessões de entrevistas grupais em que eles pudessem falar sobre os acontecimentos antes, durante e após o massacre.

Como é prática no MST, no acampamento Terra Prometida as famílias são divididas em núcleos de trabalho. Em geral, fizemos uma reunião por núcleo, ou juntamos dois núcleos, a comunidade totaliza seis núcleos de famílias. A maioria dos acampados participou dos encontros. Os participantes se dispuseram em círculo. Nesse momento, eles falaram principalmente sobre o massacre; foi um desabafo coletivo, tiveram muita necessidade de falar. A primeira sessão foi mais difícil; num grupo em que a maioria dos participantes era adulta, tivemos que contar com a espontaneidade de um jovem de 14 anos, que, depois de iniciar seus relatos, estimulou o grupo a falar, ocorrendo relatos consecutivos à fala do outro, o que possibilitou uma seqüência e a construção de um significado coletivo às narrativas. A principal mensagem das sessões foi conclusiva: *querem justiça, a desapropriação total da terra, e necessitam da continuidade do atendimento psicológico*. Afirmaram nunca terem se encontrado para falar do massacre sob o ponto de vista psicológico e/ou do ponto de vista do sofrimento pessoal.

As narrativas que apresentaremos a seguir compõem parte do material que coletamos nessa visita. Todas as entrevistas grupais foram gravadas e transcritas textualmente, respeitando o modo próprio e singular de expressão da comunidade. Realizamos a análise de conteúdo das narrativas, levando em consideração a importância das falas e a generalização dos conteúdos expressos, que demonstravam um valor coletivo dos mesmos. Também consideramos passagens individuais que expressam as percepções singulares da vivência de cada um em relação à memória coletiva da comunidade. Pelas contingências apresentadas à formatação do artigo, apresentaremos apenas uma seleção reduzida dos relatos, considerando que, para todas as categorias apresentadas, existem outras descrições. Os relatos são exemplos daquilo que foi compartilhado pelo grupo em reuniões.

Relatos sobre danos psicológicos provocados pelo massacre

“A minha menina ela passou muito medo, ela ficou acho que um *mucado* mais de dois meses com depressão, ela não entrava no banheiro só, ela num dormia num quarto só, diz ela que toda hora, que ela olhasse ela tava vendo eles apontando aquelas armas e tava vendo ô aquelas explosão do tiro das bala, diz ela que saiu correndo para vê as pessoa que tinha morrido, e eles atirando, eles atirava só via aquelas tocha de fogo passar perto dela *né*, aí *né*, nessa luta *né*, então todo mundo ficou preocupado e todo mundo passou por uma por aflição *né*.”

Quando a gente vê esse drama que fica na vida da gente, então que merece até, por exemplo, uns recursos para o pessoal fazer uns tratamento, porque até isso aqui pra gente fica difícil, *né*, porque muitas vezes até no, a gente assusta de noite, responde sozinho, eu respondo, acordo sozinho, respondendo é como se tivesse sonhando, uma pessoa me chamando, até por aí eu peço a Deus pra num responder duas vezes *né*, que tem hora que num é bom agente responder duas vezes seguido *né*, uma vez seguido quando a pessoa chama, espera chamar duas vezes e tem hora que num é ninguém chamando a gente *né*, então a gente tem que *esperá* um pouco pra saber”.

Relatos sobre os companheiros mortos no massacre

“Seu Chico era um senhor, pai de família, e chamava ele... tinha o apelido de Chico Pezinho porque tinha um corte no pé, e andava assim um pouco mancando. Uma pessoa muito boa; de respeito dentro do acampamento, e muita gente gostava dele. Era uma pessoa sempre alegre, tava pronta pra tudo, ele gaguejava um pouco, mas era uma pessoa que tava sempre alegre, fazia parte do nosso núcleo”.

Relatos sobre a situação material das famílias após o massacre

“A maior parte do pessoal num teve a chance nem de entrar nem nos barraco, eu mesmo inclusive, eu fiquei com a pior roupinha que eu tava vestido, que era esse final de semana, era sábado, eu fiquei com a roupa do corpo, documento, nós perdemos tudo”.

O massacre e relatos sobre a ação dos pistoleiros no massacre

“O armamento que eles vieram eram tipo de exército, né, só arma pesada. E aí começou a atirar e as pessoa desesperou, gente que ficava preocupado, não sabia se acudia um ou se saía com as criança pra colocar distante, né”.

Relato sobre o descaso de tratamento aos acampados

“Nós tem companheiro nosso mesmo, o Joaquim, ele foi, ganhou um tiro de dois na perna, *arregaçô* a perna dele, mas, se fosse *tirá* ele com tempo podia que ele salvava. Mas foi a demora do socorro que ele não agüentou, perdeu muito sangue, deu hemorragia, né?”.

Relatos sobre o apoio dos ex-acampados

“E morro defendendo o MST que eu gosto do Movimento, eu tô aqui, mas eu gosto do Movimento, defendo o movimento, porque eu sou Sem Terra, num tem terra, eu sou pobre, sou trabalhador, sou da roça, então isso é minha classe que pertence, e quando eu *olha* pra minha mão calejada, eu acho que meus companheiro é mesma coisa de mim também, eu morro defendendo os Sem Terra, eu gosto do Movimento, fora de sério e tenho saudade de lá, num escondo de falar, que todo mundo lá é daqui de dentro, é amigo tudo, igual irmão, que eu considero é igual irmandade”.

Relatos sobre a solidariedade e organização após o massacre

“Mas aí também nós contamos com a solidariedade de muita gente, de repente a gente já tinha roupa, de repente já tinha colchão pra dormir, quem ficou com os barraco sem queimar alojou nós, tinha barraco que ficava, dormia gente até debaixo do fogão, porque aí eles alojou os outro que ficou sem barraco, o pessoal de fora também, vários acampamento de outras entidade também prestou solidariedade. Ô companheirada, não vamos cada um isolar num canto, não, vamos ficar todo mundo junto porque é mais fácil de a gente junto é mais forte”.

Relatos sobre o trabalho explorado na época da fazenda

“Ô pai, por *que que* o senhor tá assim? Com essa camisa suja assim de sangue. Ele falou foi: O boi quase me mata minha filha, foi os pau, os *chantrão* que passou por cima de mim. Aí ficou ela e Branquinho ao redor, o menino, os dois. Anda mãe, faz uns remédio e passa em pai, eu falei: Eu vô fazer uns remédio. Aí pisei *né* os mastruz do mato e passei por cima, falei assim, amanhã você vai na rua. Aí tinha *né* uma linha de ônibus, que na estrada sempre tinha, ele veio aqui *né* fez os exame, o médico passou pra ele, deu injeção e uns remédio ele voltou. Ficou o que? Mais vinte dias parado. Nada, ele pagou, a gente foi ficando. Aí pegou, proibiu: não criar porco mais na fazenda, não criar animal mais, aí ele já foi proibindo a gente, os pessoal tudo lá, os agregado que morou lá. Aí falou, *roça* também, foi *incurtando* as *roça* um pouco, também. Aí todo mundo falou assim, o que daqui uns dia vai mandar a gente embora daqui uns dia. Aí como foi de fato, mandou todo mundo vim embora, saí a troco de nada. Que eu morava numa casinha *véia* ali que *tá* a tempo de caí em riba de mim, é *tá* a tempo de caí em riba de mim. Quando a chuva começa a cai lá no céu já começa a caí os pedacinho, derreter as telha lá, e cair dentro de casa. Nós o que? Ficou morando na fazenda dele

doze ano e assim a troco de nada, e o que pagou ele? Pagou ele bem pago, o que ele pagou? O que ele pagou foi tirar a vida dele”.

Relatos sobre a decisão de ocupar a terra

“Ele foi pro acampamento, aí o pessoal, porque toda vida ele gostava demais de trabalho na roça, porque o sonho dele lá era roça, ele num era pessoa que gostava de preguiça não. Aí ele foi pra lá, mas *cuma* que a gente tinha morado lá, já foi, como é que foi acontecido as coisa, eu ainda falei pra ele um dia falei pra ele assim: ô, falou assim o povo vai acampar na fazenda e *nóis* num sabe aonde, eu *vô*, *cê* vai? Eu falei assim: se for num outro acampamento eu vou, mas se for pra Aliança eu não *vô*, porque o que Adriano fez com a gente lá, mandou embora, eu falei que meus pé não voltava pra lá mais não... Mas enquanto tiver assim eu num vou não, que eu conheço quem é Adriano, nós morou na fazenda de Adriano. Aí ele falou assim: Ah! Mas a terra lá num é dele, a terra é nossa”.

Relatos sobre a necessidade de permanecer na luta

“Daí eu insistir mais no Movimento Sem Terra e tô até hoje e espero continuar até o fim da minha vida. Porque ao invés de fazer com que o que aconteceu, isso que aconteceu me deu mais força pra lutar e ver esses cara que fez isso na cadeia um dia, porque o que eles fez com a gente...”.

Danos físicos provocados pelo massacre

“Pegou um tiro aqui na orelha e saiu cá ó, e outro na perna. Essa daqui da perna eu vou tirar em Belo Horizonte e eu... fiquei surdo desse lado e essa perna dói direto. Tô trabalhando assim, pega aquela dormência quando pensa que não esfrego assim pra ver se alivia”.

“E aí a gente, quando a gente olhava pro lado era tiro pra todo lado, e... teve uma hora que eu vim o cara atirou na minha perna aqui, pegou uma esfera aqui. Aí eu fui pra vê se eu conseguia levantar um pouco, quando eu olhei, mas Iraguiar já tinha caído e já tava mais uns três caído... eu tentei ir caminhar pro lado pra vê se eu conseguia levantar, as perna ficou *meia fraca* eu já, já parei. Quando eu pensei que não, já vinha outro tiro e já pegou no meu abdômen aqui. E aí foi muito triste né, e gente, criança correndo por todo lado e as pessoas desesperou tudo, e gente, ficava preocupado, e aí eles começaram já ... colocar, jogava a gasolina nos barraco e já picava fogo *né*, e aí a gente desesperou, vão... vai... até as pessoa que num tão, que tão baleado que pode *salvá*, vai morrer porque eles vão queimar tudo, tão queimando tudo...”.

As narrativas são expressões da memória, do vivido. As lembranças são carregadas dos valores significativos da comunidade. Alguns depoimentos breves carregam uma unidade que deixa clara a seleção que o sujeito faz daquilo que considera o mais importante a ser narrado. Os homens contam como perceberam as mulheres e as crianças durante o massacre e como se sentiram quando foram baleados. As crianças se queixam das boas relações que se perderam. As mulheres enfatizam seu sofrimento. Os documentos, os pertences, móveis, roupas, objetos de estima, recuperados ou queimados durante o massacre, sempre aparecem nas narrativas.

Todos esses acontecimentos, formadores dos quadros de referência da memória - como nos relata Ecléa Bosi (1987) -, demonstram que, de um só golpe, se perde tudo: companheiros, amigos, parentes; os pertences, os documentos tão significativos para a construção da identidade e proteção contra o próprio sistema que os oprime tanto. De um só golpe, podemos dizer que eles sofreram uma fenda na memória, uma partida. No sentido simbólico, podemos afirmar que se faz presente uma falta, algo perdido em um tempo que não volta mais, aniquilado pelo massacre. Irremediável. Um tempo interrompido. Uma memória segmentada por uma vida massacrada.

Consideramos que as narrativas dos trabalhadores acampados expressam de maneira muito significativa a vivência traumática que tiveram com o massacre. Os danos psicológicos são diversos e configuram sofrimento, tristeza, medo, raiva, desânimo, revolta, choro, insônia, pesadelos, alucinações visuais e auditivas, pensamentos persecutórios, tonteiras, dores físicas, elevação da pressão arterial, depressão, alterações nas relações comunitárias e sociais. Os acampados ainda sofrem pelo preconceito e ameaças advindas, mesmo após o massacre, das pessoas da cidade de Felisburgo, o que traz prejuízos morais à comunidade, exposição pública das vítimas e de seus parentes, dificuldades no desenvolvimento sadio das crianças, dentre tantos outros problemas que não podemos relatar, senão pela própria vivência cotidiana integral dessa realidade.

A justificativa da necessidade de trabalho está sempre presente, mesmo após o ocorrido, por seu caráter vital, ou seja, a produção para a sobrevivência dos acampados. A compreensão do valor do trabalho livre, da vida em comunidade rural e da atual situação das cidades brasileiras, demonstra uma avançada consciência de classe.

Posteriormente, na terceira visita, acompanhada pelos estudantes, fizemos a devolução dos materiais coletados e trabalhos que já haviam sido elaborados, e apresentamos aos acampados. Através das reuniões em núcleos, os trabalhadores liam os conteúdos que eles próprios haviam fornecido meses atrás. Esse procedimento alcançou resultados muito importantes. Inicialmente, provocamos o reconhecimento da importância das suas falas, de que constituem um material histórico; mostrávamos nossa implicação com a pesquisa e a preocupação com sua realidade, provocando o seu desenvolvimento e proporcionando o reconhecimento da comunidade.

Materiais como os desenhos livres, coletados na segunda visita, são evidências do conteúdo da memória e das representações sobre a realidade. São expressões impressas de sentimentos, idéias e imagens acumuladas. No momento de preparo para o desenho, o sujeito se depara com a escolha tanto do conteúdo que quer expressar, quanto da forma possível de fazê-lo. Nesse sentido, pudemos perceber, em

uma totalidade de quase cem desenhos, que os temas giraram em quatro facetas principais: o acampamento, o massacre, o assentamento e a natureza. Muitos desenhos referem-se às cenas do massacre; porém, é necessário dizer que o acampamento também aparece desenhado fora da situação do massacre.

Os desenhos do assentamento representam um sonho a ser conquistado. A bandeira do MST sempre presente, assim como a agrovila, com casas, escola, áreas de produção, criação de animais, as crianças, os trabalhadores e as famílias. Surgem ainda cenas como uma mulher grávida com uma criança ao lado, enxadas, e uma foice rompendo uma cerca.

A escola merece um destaque especial, ela se presentifica nos desenhos tanto do acampamento, quanto do assentamento; e também sozinha. É importante relatar que, na maioria dos desenhos da escola, esta ocupa uma área proporcionalmente grande na folha e vem com o nome inscrito: Escola Municipal Miguel José dos Santos, nome dado à escola local, uma homenagem a um dos homens assassinados, antigo morador agregado da fazenda, e importante liderança regional.

Desta maneira, pudemos pensar que o massacre faz parte da memória coletiva, das representações mentais e das imagens guardadas pelos moradores do Terra Prometida, assim como foi e ainda é fonte de sofrimento e desgaste mental para os acampados. Pensando a suposição da inexistência do massacre, pressupomos que os conteúdos dos desenhos seriam retratados por elementos positivos, tais como demonstrado em desenhos que apresentam a natureza e a preocupação em preservá-la, as casas e as famílias como referências, o sonho de um assentamento organizado e o próprio cotidiano do acampamento com seus adornos. Nesse sentido, essas produções compõem dados empíricos dos danos psicossociais causados aos acampados em decorrência ao massacre.

Após a elaboração dos desenhos, pedimos aos participantes que explicassem o significado dos mesmos. As declarações reafirmaram nossa análise.

Considerações finais

Como descrito anteriormente, nosso trabalho estava calcado inicialmente em duas grandes diretrizes: a criação de uma rede de apoio psicológico aos acampados e a formulação de um relatório psicológico, no sentido de contribuir na indenização das famílias e dos trabalhadores acometidos pelo massacre. Com o desenrolar das visitas, sensibilizamo-nos com outras necessidades da comunidade e criamos diversas frentes de intervenção para atuação da equipe.

Estamos ampliando nosso projeto com a incorporação do olhar e do trabalho de outros campos de conhecimento, tais como a História, a Biologia, a Geografia e tantos outros possíveis. Além disso, damos continuidade aos atendimentos individuais, principalmente às viúvas, compreendendo a necessidade de rememorar o massacre, como forma de ressignificar o sofrimento e superar o trauma provocado. Atualmente, estamos trabalhando também no sentido de provocar a reflexão e o trabalho para o desenvolvimento da comunidade em áreas fundamentais, tais como a educação, a cultura e o trabalho produtivo.

Consideramos que esse trabalho configura-se em uma experiência singular no campo da Psicologia, tendo em vista o número reduzido de trabalhos até então realizados nessa área.

Esperamos, portanto, que essa apresentação, contribua para o debate da problemática do conflito de terra no Brasil e sensibilizar os profissionais da Psicologia a buscar novas formas de atuação.

Essa pesquisa aponta para uma grande disparidade entre o conteúdo veiculado pela grande mídia brasileira e a real condição em que se encontram os Trabalhadores Rurais Sem Terra.

Referências bibliográficas

BOCK, Ana Mercês Bahia. *Psicologia e ideologia: 40 anos de compromisso com as elites*. In: *Psicologia e compromisso social*. São Paulo: Cortez, p. 99-28, 2003.

BORGES, M. E. L. *Utopias e Contra utopias: Movimentos Sociais em Minas Gerais (1950-1964)*. Belo Horizonte: Tese (Doutorado em Ciências Políticas). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFMG, 1988.

BOSI, E. *Memória e sociedade; lembranças de velhos*. São Paulo: T. A. Queiroz, 1987.

CANUTO, Antônio. *Violência X ações dos movimentos sociais do campo*. In: *Direitos Humanos no Brasil 2006: Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos*. São Paulo: Rede Social de Justiça e Direitos Humanos, p. 23-29, 2006.

CFP. *Resolução CFP 007/2003*.

DOMINGUES, Eliane. *Vinte anos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra no Brasil: a Psicologia nesta História* (no prelo).

FREIRE, P. *A Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

FREIRE, P. *A Pedagogia do Oprimido*. Paz e Terra. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

FREIRE, Paulo. *Extensão ou comunicação*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2ª ed., 1980.

LEONTIEV, A. *O desenvolvimento do psiquismo*. Lisboa: Horizonte Universitário, 1978.

LIMA, M. E. *A Questão do Método em Psicologia do Trabalho*. In: GOULART, I. (org.). *Psicologia Organizacional e do Trabalho; teoria, pesquisa e temas correlatos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 123-132, 2002.

LURIA, Alexander Romanovich. *A construção da mente*. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Ícone, 1992.

LURIA, Alexander Romanovich. *Desenvolvimento Cognitivo: fundamentos culturais e sociais*. São Paulo: Ícone, 3ª ed., 1990.

LURIA, Alexander Romanovich. *Curso de Psicologia Geral*. Tradução de Paulo Bezerra. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2ª ed., 1991.

MORISSAWA, M. *A história da luta pela terra e o MST*. São Paulo: Expressão Popular, 2001.

MOURA, C., *Sociologia Política da Guerra de Canudos; da destruição do Belo Monte ao aparecimento do MST*. São Paulo: Expressão Popular, 2000.

POLITZER, G. *Crítica dos Fundamentos da Psicologia I*. Porto: Presença, 1973.

POLITZER, G. *Crítica dos Fundamentos da Psicologia I*. Porto: Presença, 1976.

POLITZER, G. *Os Fundamentos da Psicologia*. Lisboa: Prelo, 1978.

RIBEIRO, E. M. *Lembranças da Terra: Histórias do Mucuri e Jequitinhonha*. Belo Horizonte: Cedefes, (s/d).

SODRÉ, Nelson Werneck. *As Classes Sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: MEC/ISEB, 1957.

VIGOTSKI, L. S. *A Formação Social da Mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. Orgs. Michael Cole et alii. São Paulo: Martins Fontes, 7ª ed., 2007.

VIGOTSKI, L. S. *O significado histórico da crise em Psicologia (1927)*. In: *Teoria e método em psicologia*. São Paulo: Martins Fontes, 3ª ed., p. 203-417, 2004.

ISBN: 978-85-98515-08-3



**CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS**