

**ANAIS DO IV SAÚDE
MENTAL
E DIREITOS HUMANOS
E DA III MOSTRA
DE SAÚDE COLETIVA -
2022**

**Alan Goularte Knuth
Rinelly Pazinato Dutra
Maurício Cravo dos Reis
Denise Lima Meireles
Rita de Cássia Maciazeki-Gomes
(organizadores)**

**Anais do IV Saúde Mental
e Direitos Humanos
e da III Mostra
de Saúde Coletiva – 2022**



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE FURG

Reitor

DANILO GIROLDO

Vice-Reitor

RENATO DURO DIAS

Chefe do Gabinete do Reitor

JACIRA CRISTIANE PRADO DA SILVA

Pró-Reitor de Extensão e Cultura

DANIEL PORCIUNCULA PRADO

Pró-Reitor de Planejamento e Administração

DIEGO D'ÁVILA DA ROSA

Pró-Reitor de Infraestrutura

RAFAEL GONZALES ROCHA

Pró-Reitora de Graduação

SIBELE DA ROCHA MARTINS

Pró-Reitora de Assuntos Estudantis

DAIANE TEIXEIRA GAUTÉRIO

Pró-Reitora de Gestão e Desenvolvimento
de Pessoas

LUCIA DE FÁTIMA SOCOOWSKI DE

ANELLO

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

EDUARDO RESENDE SECCHI

Pró-Reitora de Inovação e Tecnologia da
Informação

DANÚBIA BUENO ESPÍNDOLA

Anais do IV Saúde Mental e Direitos Humanos e da III Mostra de Saúde Coletiva – 2022

Comissão de Planejamento:

Rita de Cássia Maciazeki-Gomes

Jackson Cardoso

Iara Porto

Leonardo Ultramari

Uilames Lazaro Silva

Comissão Científica:

Alan Goularte Knuth

Rinelly Pazinato Dutra

Maurício Cravo dos Reis

Maurício Bilhalva de Freitas

Cíntia Raquel Ongaratto

Denise Lima Meireles

Sthefanie Costa

Júlia Antunes

Tássia Matos

Daniele Ferreira Acosta

Comissão de Divulgação:

Vitória Colares

Tássia Matos

Maurício Bilhalva

Cíntia Raquel Ongaratto

Comissão de Arte e Cultura:

Jessica Faria

Iara Porto

Daiana Piazer Piazer

Comissão de Inscrição e certificação:

Jaciana Araújo

Cíntia Raquel Ongaratto

Iara Porto

Camila Sutilli

Rinelly Pazinato Dutra

Comunicação:

SECOM – FURG

Alan Goularte Knuth
Rinelly Pazinato Dutra
Maurício Cravo dos Reis
Denise Lima Meireles
Rita de Cássia Maciazeki-Gomes
(organizadores)

Anais do IV Saúde Mental e Direitos Humanos e da III Mostra de Saúde Coletiva – 2022



**Rio Grande
2022**

© Alan Goularte Knuth

2022

Diagramação da Capa: Murilo Borges
Formatação e diagramação: Cinthia Pereira

Ficha catalográfica

S255 Saúde Mental e Direitos Humanos: 30 anos da Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica; Mostra de Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande – FURG (4; 3 : 8-9 nov. – 2022 : Rio Grande, RS)

Anais do IV Saúde Mental e Direitos Humanos e da III Mostra de Saúde Coletiva [Recurso Eletrônico]/ Organizadores Alan Goularte Knuth, Rinelly Pazinato Dutra, Maurício Cravo dos Reis, Denise Lima Meireles, Rita de Cássia Maciazeki-Gomes. – Rio Grande, RS: Ed. da FURG, 2022.

98 p. : il.

Eventos promovidos pelo Grupo de Estudos de Saúde Coletiva dos Ecossistemas Costeiros e Marítimos (GESCEM).

Disponível: <http://repositorio.furg.br>

ISBN 978-65-5754-156-2 (eletrônico)

1. Saúde 2. Psiquiatria 3. Psicologia 4. Violência 5. Racismo I. Título.

CDU 613.86

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos
CRB 10/2344

Os textos publicados nestes anais – no que se refere ao conteúdo, à correção ortográfica e linguística e ao estilo – são de inteira responsabilidade dos respectivos autores.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
EIXO 1	
Violência (Políticas Antiproibicionistas e Direitos Humanos) ..	10
Invisibilidade material e imaterial da infância: contribuições para (re)pensar a violência infantil	10
Vitória Lima Colares Adriana Fraga da Silva	
Neossujeitos que são sem o ser	16
Andrew Oliveira de Oliveira	
Intersecções entre saúde coletiva, violência e racismo ..	22
Jackson Pereira Cardoso Uilames Lazaro Silva Rhândrea Lucas Silveira Rita de Cássia Maciazeki-Gomes	
Saúde mental privada: famílias do Criança Feliz desatendidas pela rede	27
Bruna Medeiros Molina	
EIXO 2	
Movimento Social e Usuários de Saúde Mental	33
A importância da família no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico	33
Sandy Gonçalves Garcia Ana Luisa da Silveira Abreu Luma Costa da Silva Oliveira Iara Severo Porto	

Escuta na rua e a formação em psicologia: a construção de uma clínica psicanalítica implicada	40
Jessica Isis Faria	
Daniela Delias de Sousa	
Afetar e ser afetado relato de experiência CAPS Infanto-juvenil	47
Daiana Piazer Piazer	
Cuidado em saúde mental em um hospital geral: a importância da rede de apoio de pacientes em abuso de substâncias para a continuidade de tratamentos de saúde	52
Tássia Victória Rodrigues de Matos	
Susan L. Mariano Veiga	
NUTI o corpo como dispositivo des(instituente)	58
Anna Clara Ribeiro Lessa	
Denise Maria Maciel Leão	
 EIXO 3	
SUS e democracia em tempos de ataque	63
Grupo de caminhada na Atenção Básica: relato de experiência sob abordagem multiprofissional	63
Sharon Lopes Carvalho	
Alicia de Moraes Muller	
Debora dos Santos Rodrigues	
Geruza Tavares D'ávila	
A atuação do professor de educação física no Sistema Único de Saúde um relato de experiência na emergência psiquiatra	69
Kassiano de Kássio Rosa da Silva	
Vera Solange Pires Gomes de Sousa	
Orçamento público e direito à saúde: breve análise sobre sua relação com o Estado Democrático de Direito	75
Dandara Trentin de Miranda	
Vitor Prestes Olinto	
José Ricardo Caetano Costa	

Distribuição de profissionais de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise entre os anos de 2007 e 2021	80
Rinely Pazinato Dutra Alan Goularte Knuth Vanise dos Santos Ferreira Viero	
O cuidado suficientemente bom: construindo cuidado para profissionais da saúde	87
Lara Irene Leite da Costa Rita de Cássia Maciazeki-Gomes	
Relato de experiência do estágio em psicologia social no GESCEM compondo estratégias de cuidado	92
Camila Sutili Capelesso Iara Severo Porto	

APRESENTAÇÃO

Nos dias 8 e 9 de novembro de 2022 o Grupo de Estudos de Saúde Coletiva dos Ecossistemas Costeiros e Marítimos (GESCEM) protagonizou o IV Saúde Mental e Direitos Humanos – *30 anos da Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica* – e III Mostra de Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

Nesta edição pudemos retomar as atividades e encontros presenciais já que a pandemia de COVID-19, com o agravante da desinformação e gestão descontrolada promovida pelo governo brasileiro no período, modificou as relações e as universidades tiveram um longo período em atividades predominantemente remotas. A propósito, o evento promovido nestas condições e marcante em nossas trajetórias pode ser acessado pelo canal do GESCEM: <https://www.youtube.com/channel/UCYk01rl7X5XOwx60TciRJBg/streams>

Como foi dito durante o evento, muitas pessoas vieram antes de nós para que estivéssemos aqui. Nesse sentido, o GESCEM se coloca como uma trincheira, uma referência, uma parte da rede que tematiza e articula a Saúde Mental, os Direitos Humanos e a Saúde Coletiva. O evento contou com mesas e convidados/as, oficinas, rodas de conversa, apresentações artísticas e apresentações de trabalhos. Estes últimos foram convocados a partir de eixos temáticos, como a violência, políticas antiproibicionistas e direitos humanos; movimentos sociais e dos usuários de saúde mental; SUS e democracia em tempos de ataque. O material dos ANAIS aqui organizado é um compilado dos trabalhos que foram apresentados e debatidos durante o evento.

Agradecemos e saudamos a quem esteve e estará conosco, em especial, à comissão organizadora, composta

por docentes, discentes e trabalhadores da Universidade, que possibilitaram que o evento ocorresse com tamanho êxito:

Comissão de Planejamento: Rita de Cássia Maciazeki-Gomes, Jackson Cardoso, Iara Porto, Leonardo Ultramari e Uilames Lazaro Silva

Comissão Científica: Alan Goularte Knuth, Rinelly Pazinato Dutra, Maurício Cravo dos Reis, Mauricio Bilhalva de Freitas, Cíntia Raquel Ongaratto, Denise Lima Meireles, Sthefanie Costa, Júlia Antunes, Tássia Matos e Daniele Ferreira Acosta

Comissão de Divulgação: Vitória Colares, Tássia Matos, Maurício Bilhalva e Cíntia Raquel Ongaratto

Comissão de Arte e Cultura: Jessica Faria, Iara Porto e Daiana Piazer Piazer

Comissão de Inscrição e certificação: Jaciana Araújo, Cíntia Raquel Ongaratto, Iara Porto, Camila Sutilli e Rinelly Pazinato Dutra

Comunicação: SECOM – FURG

Sigamos navegando até os próximos eventos, potencializando os encontros, as reflexões, os movimentos, as artes e os afetos.

EIXO 1

VIOLÊNCIA
(POLÍTICAS ANTIPROIBICIONISTAS
E DIREITOS HUMANOS)

**INVISIBILIDADE MATERIAL E IMATERIAL DA INFÂNCIA:
CONTRIBUIÇÕES PARA (RE)PENSAR A VIOLÊNCIA INFANTIL**

Vitória Lima Colares*
Adriana Fraga da Silva**

Palavras-chave: Arqueologia da infância; Violência infantil; Direitos das crianças; Violência parental.

Introdução

Conforme o Artigo 5º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), nenhuma criança ou adolescente deve ser submetido a qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência ou opressão que fira seus direitos fundamentais (BRASIL, 1990). Entretanto, dados extraídos do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), pela Sociedade Brasileira de Pediatria, apontam registros diários alarmantes de, em média, 233 casos diários de violência física e psicológica contra crianças e adolescentes (Revista VEJA, 2019).

* Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

** Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Historicamente, a sociedade tende a pensar na violência contra as crianças como algo descolado da violência entre adultos, quando, na realidade, ela costuma ocorrer no ambiente doméstico (HOOKS, 2018). Nesse sentido, este problema social se apresenta como uma das consequências da violência patriarcal, que age a fim de realizar a manutenção de um sistema hierárquico e de uma cultura de dominação por meio da força coercitiva contra aqueles mais vulneráveis (HOOKS, 2018).

Tratando-se da realidade material, Duarte-Talim e Rodet (2019) abordam a dificuldade em reconhecer os vestígios deixados pelas crianças do passado, materializando a invisibilidade desta categoria social, tanto em função das especificidades dos objetos quanto pela concepção androcêntrica de que as crianças e as mulheres não constituíam objetos interessantes para a investigação científica. Qvortrup (2010) destaca que a infância foi – e por vezes ainda é – vista como um período antecipatório e preparatório para a vida adulta, apesar de superar a ideia de que as crianças eram consideradas adultos em miniatura, como abordado no medievo (ARIÈS, 1978).

O autor enfatiza, ainda, que figuras importantes para a construção do pensamento sociológico, como Marx, Durkheim e Weber, dentre outros autores, não reconheceram a infância enquanto uma categoria social (QVORTRUP, 2010). Desse modo, ignora-se o fato que determinadas características definem as expectativas e comportamentos dos adultos em relação às crianças, além das expectativas delas sobre seu próprio desempenho (QVORTRUP, 2010). Assim, é possível pensar na forma como a violência interfere no desenvolvimento da criança, uma vez que, segundo Hooks (2021), um dos seus impactos emocionais é a associação da violência ao amor.

Este trabalho tem por objetivo investigar a influência da invisibilidade material da infância em relação à violência contra as crianças, relacionando os campos da Arqueologia e da Psicologia. Para tanto, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, a qual adequa-se à proposta devido a obtenção

e atualização de conhecimentos sobre uma temática de forma breve, questão fundamental para a aprendizagem contínua (ROTHER, 2007).

Metodologia

A busca pelos materiais desta revisão de literatura foi realizada em bases de dados e portais de pesquisa (SciELO, Periódicos CAPES, Google Acadêmico), entre os meses de Agosto a Outubro de 2022. Ainda, foram acessadas as resoluções do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dados estatísticos oficiais para explicitar os conhecimentos atuais sobre o assunto. Os descritores utilizados incluem “violência contra crianças”, “violência parental”, “direitos das crianças” e “arqueologia da infância”. Por fim, esses materiais foram lidos, categorizados e analisados criticamente, tendo como base teórica as obras de Bell Hooks – “O feminismo é para todo mundo” (2018) e “Tudo sobre o amor” (2021).

Resultados e discussão

A partir da análise dos materiais encontrados, notou-se um consenso em relação à invisibilidade da violência contra crianças no Brasil. O questionamento em relação a manutenção do funcionamento de órgãos públicos responsáveis pela proteção de crianças, tais como o Conselho Tutelar, oportuniza a construção de um discernimento crítico quanto à perpetuação da violência infantil em nosso país. A subnotificação de ocorrências de agressão a crianças, no âmbito da detecção em áreas da saúde, ocorre, principalmente, pela insegurança e falta de confiabilidade de profissionais na intervenção de órgãos protetivos (SILVA *et al.*, 2019).

A violência contra as crianças se difere da violência doméstica contra mulheres à medida em que, não raramente, esta é direcionada às crianças por mulheres e homens (HOOKS, 2018). Em boa parte das vezes, a agressão é justificada pelos cuidadores como uma forma de corrigir

a criança, sob o argumento de que ela só é corrigida porque é amada (HOOKS, 2021). Dessa forma, quando uma criança é violentada, ela apreende o amor de forma extremamente distorcida e tende a associá-lo com recompensa e/ou punição (HOOKS, 2021).

Quando dissociamos a violência infantil da violência doméstica, ignoramos a infância enquanto categoria estrutural e, concomitantemente, as consequências da mesma. Assim, Qvortrup (2010) infere que o tratamento destinado às crianças visa a sua socialização e adaptação ao mundo dos adultos, de modo que as fases do desenvolvimento são definidas como fases de transição em que o objetivo final é integrar com sucesso a criança na sociedade. No entanto, é necessário pensar a infância enquanto uma categoria permanente, uma vez que, em termos estruturais, ela tem permanência e seu desenvolvimento histórico não põe fim à sua categoria (QVORTRUP, 2010).

Ao reconhecermos o caráter estrutural da infância na sociedade, a admitimos como um espaço social para receber e incluir toda e qualquer criança nascida no mundo (QVORTRUP, 2010). Entretanto, em consonância com HOOKS (2021), devemos pensar na forma como nossa sociedade recebe as crianças, uma vez que não as acolhe e, em vez disso, as violenta e exclui dos espaços sociais.

A autora pontua que o abuso e a negligência são opostos ao cuidado e anulam o amor (HOOKS, 2021). Então, sabendo que a criança negligenciada internaliza formas de amor violenta, é possível compreender a forma como as humilhações às quais foi submetida atuam na construção de sua personalidade. Uma das características marcantes pontuadas por HOOKS (2021) é que, usualmente, ao chegarem na vida adulta, crianças vítimas de violência passam a repetir os comportamentos abusivos ensinados pelos cuidadores em seus relacionamentos românticos.

De maneira semelhante, Duarte-Talim e Rodet (2019) destacam que, em registros pré-históricos, as crianças sempre estavam ao redor dos adultos, observando-os e questionando-os conforme suas visões de mundo. Por isso,

é plenamente possível compreender a forma como isso ocorre em contextos de perpetuação da violência, uma vez que, nos dias atuais, as crianças ainda permanecem ao redor dos adultos, observando e reproduzindo seus comportamentos.

Acerca disso, o estudo enfatiza a presença das crianças na história, mas destaca que a infância e as crianças receberam tão pouco destaque e relevância que, para os estudos arqueológicos, por exemplo, os vestígios materiais de sua presença em sociedades de distintos períodos se encontram misturados aos vestígios produzidos pelos adultos (DUARTE-TALIM; RODET, 2019). Assim, nota-se que as crianças foram invisibilizadas ao longo da história e seguem sendo nos dias de hoje, uma vez que a violência vivenciada por esta categoria ainda é invisibilizada e subnotificada (SILVA *et al.*, 2019).

Considerações finais

Ainda hoje, as discussões acerca dos direitos das crianças são negligenciadas pelos movimentos sociais em ascensão, inclusive no feminismo popular (HOOKS, 2018). Por esse motivo, reconhecer a infância enquanto uma categoria estrutural, além de reconhecer que a violência contra as crianças é uma das facetas da violência patriarcal, é urgente para que possamos enxergá-las enquanto uma classe vulnerável e reconhecer seu papel na continuidade das tradições culturais de diferentes povos.

Referências

ARIÈS, Philippe. **História social da infância e da família**. 2. ed. Tradução: D. Flaksman. Rio de Janeiro: Guanabara S.A., 1978.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 19 nov. 2022.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. **Disque 100 tem mais de 6 mil denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes em 2021**. (2021). Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/ptbr/assuntos/noticias/2021/maio/disque-100-tem-mais-de-6-mil-denuncias-de-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-em-2021>. Acesso em: 20 de agosto de 2022.

BRASIL registra diariamente 233 agressões a crianças e adolescentes. **Revista VEJA**, 16 dez. 2019. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/brasil/brasil-registra-diariamente-233-agressoes-a-criancas-e-adolescentes>. Acesso em: 20 de agosto de 2022.

DUARTE-TALIM, Déborah; RODET, Maria Jacqueline. Uma reflexão sobre a criança e a infância: em busca de indícios de crianças/aprendizes lascadoras na pré-história brasileira. *In*: LIMA, Tania Andrade. **A (in)visibilidade de crianças no registro arqueológico**. Rio de Janeiro: Museu Nacional, 2019. p. 25-40. *E-book*.

HOOKS, B. **O feminismo é para todo mundo**: políticas arrebatadoras. 1. ed. Tradução: Ana Luiza Libânio. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 2018. ISBN 978-85-01-11607-9.

HOOKS, B. **Tudo sobre o amor**: novas perspectivas. 1. ed. Tradução: Stephanie Borges. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 2021. ISBN 978-65-87235-24-0.

QVORTRUP, Jens. A infância enquanto categoria estrutural. **Educação e pesquisa**, São Paulo, v. 36, p. 631-644, maio/ago 2010.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 5-6, 2007. ISSN 1982-0194.

SILVA, Priscila Arruda da *et al.* (In)visibilidade das notificações de violência contra crianças e adolescentes registradas em um município do sul do Brasil. **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 37, n. 2, e 11, maio 2019

NEOSSUJEITOS QUE SÃO SEM O SER

Andrew Oliveira*

Palavras-chave: Sujeito; neoliberalismo; poesia; psicanálise.

Introdução

Eu... eu... não. Não posso acabar.
Eu acho que...
(Lispector, 2020a, p. 175)

“Como começar pelo início, se as coisas acontecem antes de acontecer?” (LISPECTOR, 2020b, p. 9), assim, se relato a mim com uma vírgula e não com uma letra maiúscula o que exatamente isso implica na minha identidade? Um espaço de equívocos? Um ato de repousar no esquecimento? O mundo a me interpelar com seu fluxo incessante e imediato? E se o não antecedido em si é o que não se pôde ser ou ao menos reconhecer como fragmento constituinte de um corpo já não mais existente, um corpo jamais imutável? “O sujeito está descentrado em relação ao indivíduo” (LACAN, 1992, p. 16), Lacan já alertava, seres descentrados, arruinados, corpos deformados, incapacitados para reconhecerem a própria história. Carlos Drummond de Andrade traria essa dissonância do ser em seu poema *Sonetinho do falso Fernando Pessoa* “Onde nasci, morri./ Onde morri, existo./ E das peles que visto/ muitas há que não vi./ .../ eis-me a dizer: assisto/ além, nenhum, aqui,/ mas não sou eu, nem isto.” (DRUMMOND 2000, p. 24).

Nesse sentido, os homens vivem suas relações a partir de suas condições de existência atravessadas pela ideologia (ALTHUSSER, 2022), os corpos são usados como um instrumento

* Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

em um sistema de coação que visa adequar sujeitos e almas em um estatuto de normatividade, deixando-os à mercê de uma angústia adoecedora, em decorrência de temerem infringir as leis comuns e serem punidos por tal ato (FOUCAULT, 2014). Assim, torna-se alarmante deparar-se com um ser intrínseco ao processo de produção o qual ele cumpre sem exigências de uma coação delineada claramente para ele. Proprietário do seu capital humano enquanto estado ontogênico, o neossujeito acredita que todas as consequências de seus atos advêm de seus esforços, de sua liberdade e de seu fracasso (DARDOT & LAVAL, 2016). Dessa forma, o poema *Perguntas em forma de cavalo-marinho* indaga sobre o sujeito não saber exatamente “que metro serve/ para medir-nos?/ Que forma é nossa/ e que conteúdo?/ .../ Contemos algo?/ Somos contidos?/ Dão-nos um nome?/ Estamos vivos?” (DRUMMOND, 2020, p. 21).

Com isso, o presente estudo busca debater sobre as condições de assujeitamento do neossujeito a partir da maneira como o sistema o atravessa e o deixa cego para suas próprias condições de submissão. Propõe um entrelaçamento entre literatura, psicanálise, e filosofia, instâncias que permitem contemplar o sujeito e a maneira como ele é interpelado para um Eu/não-eu. Destaca-se que o presente escrito não possui a ambição de apresentar respostas ou soluções para problemática, mas, sim, expor maneiras de incluir formas alternativas para se debater o tópico discorrido, visto que como autor “tenho um corpo e tudo o que eu fizer é continuação do meu começo” (LISPECTOR, 2020c, p. 18), logo, sou atravessado pelo sistema e minhas indagações devem ser suspeitadas.

Metodologia

O presente trabalho constitui-se no formato de um breve ensaio teórico, devido ao seu caráter marcado pela interação entre o autor e seu objeto de estudo, viabilizando ponderações que atravessam a subjetividade de quem escreve, pelo fato do objeto de estudo despertar reflexões

passíveis de serem impressas nos escritos (MENEGUETTI, 2011). Além disso, o estudo procurou na literatura escritos que pontuassem a formulação do sujeito. Destarte, trar-se-á ao longo da elaboração do trabalho trechos da literatura, uma vez que ela tem o potencial de representar a subjetividade humana.

Resultados e discussão

A ideologia impera de forma quase a não ser identificada, ocultando-se no cotidiano e desviando muitas vezes o foco dos processos de formações subjetivas. Na atualidade através da desnarrativação, afastando os sujeitos de suas verdadeiras essências, em uma “moldagem autodeformante que muda continuamente” (DELEUZE, 1992, p. 225), o que está em consonância com o que Drummond destaca no poema *Confissão* ao dizer “do que restou, como compor um homem/ e tudo que ele implica de suave,/ de concordâncias vegetais, murmúrios/ de riso, entrega, amor e piedade?” (2020, p, 20). Sendo assim, necessita-se se atentar ao período sócio-histórico-ideológico para ver como o sistema atual irrompe no se fazer sujeito, no jeito como ele se significa, para em algum momento ser signo primeiro em si próprio, uma vez que os parâmetros contextuais estabelecem os regimes de existência (DARDOT & LAVAL, 2016), e esses mesmos valores condicionam a maneira de se perceber a realidade.

Ainda, veremos o sujeito demandar por sentido. Por não estar em si já significado, ele necessita de algo que o aponte enquanto forma, mesmo tal ocorrência o desmembrando e fazendo dele algo que não mais ele, como apontado em *Água-Viva* “nasci há alguns instantes e estou ofuscada” (LISPECTOR, 2020d, p. 35). O neoliberalismo faz um uso do vazio primordial para movimentar o potencial do sujeito para outras esferas do liame social, no qual ele mantém a premissa de um desejo metonímico, o qual se desloca para o que aparenta ser o objeto perdido pelo sujeito durante a infância, o agente da castração da qual a humanidade anseia se recuperar, deslocando energia em uma causa vã devido à falta

constitutiva do sujeito (LACAN, 1988). Este fato é exposto no poema *Relógio do Rosário*, “nem existir é mais que um exercício/ de pesquisar de vida um vago indício”, (DRUMMOND, 2020, p. 110).

Dessa forma, a hiância característica que possibilita a insistência dos signos do neoliberalismo sobre o ideal do eu seria o desejo de reconhecimento (MILLER, 1990), no qual o capital é incorporado como um traço do sentido de pertencimento, pois sendo empresário de si poderia desfrutar do poder de alterar seu próprio destino, mesmo que apenas simbolicamente, fazendo com que o “o prazer se consuma para o sujeito” (LACAN, 1999, p. 104). Entretanto, essa falsa cumplicidade do sujeito para com o seu próprio sofrimento o coloca em um ciclo abstrato, em que sua subjetividade nunca atinge realmente a satisfação, e, assim, mais anseia, mais se mobiliza para algo além, fazendo do corpo uma “perpétua pulverização” (FOUCAULT, 2002, p. 22). Essa movimentação faz o sujeito aproximar-se de uma morte em vida mesmo ao velá-la para si, como aponta Clarice Lispector em *Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres* quando escreve “temos mantido em segredo a nossa morte, para tornar a nossa vida possível” (LISPECTOR, 2020e, p. 45).

Considerações finais

A narrativa do sistema toma posse do presente e reescreve a história dos sujeitos alienados ao Outro Neoliberal em narrativas que não elucidam o verdadeiro sofrimento psíquico imposto pela pós-modernidade, em virtude da condensação sustentada ininterruptamente pela linguagem (DUNKER, 2015). Nesse sentido, o Eu é deformado para um corpo que morre e renasce intermitentemente, um corpo que já não mais descreve os processos identitários do Eu, como assinala Drummond no poema *A um varão que acaba de nascer*, “A terra/ anda morrendo sempre,/ e a vida, se persiste,/ passa descompassada,/ e nosso andar é lento,/ curto nosso respiro,/ e logo repousamos/ e renascemos logo.” (2012, p. 55). Com isso, o sistema colocará o sujeito como responsável

de seu adoecimento quando ele não persevera diante das adversidades atravessadas pelo fio condutor que é imposto pelo neoliberalismo, coeficiente determinante no adoecimento dos sujeitos, o qual se apresenta contingente ou totalmente afastado dessa narrativa, pois o sistema infere sobre a memória, criando espaços de interpretação que embromam a historicidade do Eu. Sendo assim o Eu já não é mais o que antes fora, ele passa a adotar um corpo arruinado e não seu, pois a carne pertencerá ao sistema, logo, aquele que sofre com os impactos das contingências e da opressão na disposição social é um outro alocado na interioridade do mundo contemporâneo, pobre em reconhecimento e incapaz de relatar a si. Por fim, o neossujeito crente de ter liberdade sobre as próprias escolhas tem que informar ao sistema sempre que ele for viver lapsos de uma vida que não prestada ao Outro, o que torna irônico pensar a morte, pois se para a vida é necessário pedir licença, a mesma reação espera-se da morte, em *Água-Viva* Clarice Lispector ressoa esse paradigma ao escrever “penso que agora terei que pedir licença para morrer um pouco. Com licença – sim? Não demoro. Obrigada” (2020, p. 54).

Referências

- ALTHUSSER, Louis. **Aparelhos ideológicos de Estado**. 13. ed. São Paulo: Paz & Terra, 2022. p. 144.
- DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Boitempo, 2016. p. 416.
- DELEUZE, Gilles. **Conversações: 1972-1990**. 1. ed. Tradução: Peter Pál Pelbart. São Paulo: Editora 34, 1992. p. 240.
- DRUMMOND, Carlos. **Claro Enigma**. 1. Ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. p. 136.
- DUNKER, Christian. **Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros**. 1. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2015. 416p.
- FOUCAULT, Michael. Nietzsche, a genealogia, a história. In R. Machado, (Org.), **Microfísica do poder**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 42ª Ed. Tradução: Raquel Ramalhete. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2014. p. 296.
- LACAN, Jacques. **O seminário, livro 5: as formações do inconsciente**. 1. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. 536p.
- LACAN, Jacques. **O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992. 448p. (Original publicado em 1978).
- LACAN, Jacques. **O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. 280p. (Original publicado em 1973).
- LISPECTOR, Clarice. **Um sopro de vida**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2020a. 192p.
- LISPECTOR, Clarice. **A hora da estrela**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2020b. 88p.
- LISPECTOR, Clarice. **Perto do coração selvagem**. 1.ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2020c. 208p.
- LISPECTOR, Clarice. **Água-Viva**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2020d. 96p.
- LISPECTOR, Clarice. **Uma aprendizagem ou o livro do prazeres**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2020e. 160p.
- MENEGHETTI, F.K. O que é um ensaio-teórico? **Revista de administração contemporânea (RAC)**, Curitiba, v. 15 n. 2., pp. 320-332, Mar./Abr. 2011. Disponível em: <https://rac.anpad.org.br/index.php/rac/article/view/845/842>. Acesso em: jul. 2022.
- MILLER, Jacques Allain. O avesso de Freud. *In*: MILLER, Jacques Alain. **Lacan elucidado: palestras no Brasil**. 1ª Ed. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 1999. 680p.

INTERSECÇÕES ENTRE SAÚDE COLETIVA, VIOLÊNCIA E RACISMO

Jackson Pereira Cardoso*
Uilames Lazaro Silva**
Rhândrea Lucas Silveira***
Rita de Cássia Maciazeki-Gomes****

Palavras-Chave: Violência; Saúde Coletiva; Guerra às Drogas; Racismo.

Introdução

“Com a guerra às drogas não se legitima mais o direito de matar porque o outro é um negro, mas porque é um traficante. Mas quem é o traficante? Qualquer negro.”
(DAMICO, 2022)

O campo da saúde coletiva se propõe a analisar, promover e problematizar o cuidado compartilhado de forma conjunta com os sujeitos e grupos sociais. Partindo de tal pressuposto, este texto tem como mote pensar a violência articulada das contribuições da Saúde Coletiva e da Saúde Mental Coletiva. Tal problema/discussão nos surgiu desde alguns acontecimentos experienciados ainda neste ano, dentre os quais destacamos: o alarmante número de mortes violentas que assolam a cidade de Rio Grande/RS, especialmente nos seis primeiros meses deste ano; a fala-provocação feita pelo professor Dr. José Geraldo Soares Damico, durante o evento do Pré – IV Saúde Mental e Direitos Humanos, realizado

* Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

** Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

*** Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

**** Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

dia 18/05/2022, na Universidade Federal do Rio Grande (FURG); e as discussões realizadas na disciplina de Saúde Coletiva, ministrada no Programa de Pós-graduação Psicologia (PPGpsi-FURG), no primeiro semestre de 2022, quando das discussões sobre os diversos atravessamentos e intersecções nas condições de saúde e bem-estar de nossas comunidades.

Na construção social e material do Brasil, historicamente, o colonialismo e o escravagismo foram instrumentos de expropriação, de modo que, estrategicamente, o “racismo sempre se estruturou como forma de eleger os inimigos para guerras de dominação, controle e exploração.” (ROCHA, LIMA & FERRUGEM, 2021). As reflexões de Damico (2022), sobre como as políticas de “guerra às drogas”, que respaldam o encarceramento em massa, principalmente através da Lei nº 11.343/2006, atual Lei de Drogas, dão-nos pistas de como tais políticas são alicerçadas, ao mesmo tempo em que potencializa, o racismo, uma vez que são articulações do estado burguês que tem como projeto a repressão estatal, a invisibilidade e o aniquilamento do povo pobre e preto. Assim, o combate às substâncias ilícitas acaba se tornando um combate contra as pessoas, de modo que a política nacional de drogas é uma das principais expressões da necropolítica, entendida como racionalidade do Estado neoliberal de se arvorar do direito de definir quais vidas verdadeiramente importam para o modo de produção (MBEMBE, 2018), em terras brasileiras (BARROS, 2021).

Nessa mesma linha, Gomes-Medeiros *et al.* (2019) destacam como políticas proibicionistas, como a supracitada pelo professor Damico (2022), estão associadas ao aumento da violência e mortes provocadas por homicídio, especialmente, na periferia, delimitada como território alvo.

Como veremos, a violência vertiginosa e ascendente, vivenciada na cidade do Rio Grande/RS, pode se configurar como um delicado determinante para a saúde coletiva das comunidades. Sendo assim, tais questões necessitam ser consideradas como determinantes sociais no âmbito da saúde, conceito entendido como os fatores sociais, econômicos, psicológicos, comportamentais, culturais étnicos/raciais que influenciam

os problemas de saúde e dos riscos das populações (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Deste modo, o objetivo do texto é traçar linhas entre as discussões teóricas e a realidade vivenciada pelos rio-grandinos.

Metodologia

Este trabalho trata-se de um estudo de caráter teórico-conceitual que toma como eixo de base empírica a análise de dados disponibilizados pela Secretaria Estadual de Segurança Pública do Estado do Rio Grande do Sul (SSP-RS). De nossa base empírica, trabalhamos com as informações apresentadas no período de janeiro a junho de 2022, com foco de atenção nas informações referentes aos homicídios perpetrados na cidade de Rio Grande/RS.

Resultados e discussão

A violência é parte constituinte e estruturante da história do próprio Brasil e dos países da América Latina. Minayo (2006) aponta um aumento mais significativo da violência desde a década de 1980, imbricado a problemas sociais e econômicos, atrelados ao processo de pauperização de um imenso contingente da população brasileira. Martín-Baró (2017), em seus estudos psicossociais sobre a violência, distingue três níveis que devem ser levados em consideração durante nossas análises: violência criminal, bélica e repressiva. Tais categorias foram pensadas e desenvolvidas em um contexto de guerra civil salvadorenha, mas podem muito bem ser operacionalizadas e transpassadas, com algumas modificações contextuais, para o atual cenário brasileiro. Ainda sobre a violência, Martín-Baró (2017), destaca suas três dimensões básicas: primeiro, de que há múltiplas formas de violência e que entre elas existem diferenças importantes; a violência possui um caráter histórico que deve ser compreendida dentro de um determinado contexto social em que é produzida; e, terceiro, a violência é dinâmica e conhecer suas raízes muitas vezes não é suficiente para contê-la.

Rio Grande/RS é um município portuário que, segundo as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tem uma população estimada, em 2021, de 212.881 habitantes. Em todo o ano de 2021, a cidade contou com 31 homicídios. Entre os dias 1º/01/2022 e 30/06/2022 a cidade já contava com 66 homicídios, de acordo com a SSP, ou seja, média de uma morte a cada 2,72 dias, ficando atrás, em números absolutos, somente de Porto Alegre. Esses dados apontam a taxa de 31 homicídios por 100 mil habitantes, tornando a cidade com a maior taxa de homicídios do Rio Grande do Sul. A onda de violência está associada à disputa pelo domínio do tráfico de drogas, muito possivelmente porque a cidade contém o maior porto do RS e um dos maiores do Brasil.

Conforme destacou Damico (2022), o tráfico assume no capitalismo o ideal colonial de exploração, majoritariamente, de jovens pobres e negros, com total ausência de direitos trabalhistas. Cria um inimigo a ser combatido: o traficante, “que se torna uma espécie de antena que coloca toda população pobre como um tipo de para-raios”. Torna, assim, as favelas e periferias espaços de não direito e repressão, de abandono do estado, conforme consta na literatura:

“o Estado autoritário e racista é o responsável por essas mortes, primeiro por desregular a questão das drogas a partir dos princípios proibicionistas, fazendo com que essas substâncias sejam mercantilizadas pela ilegalidade e cujos trabalhadores, normalmente, jovens com baixa escolaridade e negros, sejam alvos e autores da violência armada. A guerra às drogas faculta nos aproximar de uma das configurações mais violentas do Estado, oprimindo comunidades inteiras, legalizando prisões seletivas e naturalizando mortes de pessoas que têm classe e raça determinada.” (ROCHA, LIMA & FERRUGEM, 2021, p. 162).

Considerações finais

O cenário necropolítico de violência vertiginosa e ascendente vivenciado na cidade de Rio Grande/RS se configura como um delicado determinante para a saúde coletiva das comunidades, sobretudo as periféricas, destituídas de infraestrutura básica. É urgente que agenciemos estratégias multilíneas e multiprofissionais junto à comunidade, as quais possam intervir efetivamente nesse cenário. Não podemos continuar como espectadores inertes e alienados, naturalizando números. Por trás de cada número existem narrativas polifônicas de exclusões, ausências e desamparo. Damico (2022) em sua fala, nos viceja uma pista potente ao enfrentamento da necropolítica, indicando que, se esta se ancora nas políticas da inimizade, que fazemos e sejamos amigos.

REFERÊNCIAS

- BARROS, Matheus Guimarães de. (Necro)Política de drogas: uma guerra abjeta contra pobres e negros no Brasil. **Mosaico**, v. 13, n. 20, 2021. p. 504-524.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, 2007. p. 77-93.
- Palestra proferida por ocasião do Pré – IV Saúde Mental e Direitos Humanos – 30 anos da Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica. DAMICO, J. G. S. Rio Grande, RS: Universidade Federal do Rio Grande, 2022. *Online*. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ipT2tzpGBU>. Acessado em: 19 jun. 2022.
- GOMES-MEDEIROS, D. *et al.* Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 7, 2019.
- MARTÍN-BARÓ, I. **Crítica e Libertação na Psicologia**. Petrópolis: Vozes, 2017.
- MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo, SP: N-1, 2018
- MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2006.
- ROCHA, A. P., LIMA, R. de C. C. & FERRUGEM, D. Autoritarismo e guerra às drogas: violência do racismo estrutural e religioso. **Revista Katálisis**, v. 24, n. 1, 2021. pp. 157-167.

SAÚDE MENTAL PRIVADA: FAMÍLIAS DO PROGRAMA CRIANÇA FELIZ DESATENDIDAS PELA REDE

Bruna Medeiros Molina*

Palavras-chave: Psicologia Comunitária; Pobreza; Acesso a Saúde Mental; Programa Criança Feliz.

Introdução

Foi com o “O papel do psicólogo” de Martin-Baró, que descobri a possibilidade de fazer uma psicologia, que se movimenta através da historicidade dos sujeitos e que impulsiona a sua autonomia. Ao refletir sobre intervenções possíveis do psicólogo, principalmente relacionadas às condições de vulnerabilidade social do indivíduo, pude construir cada vez mais minhas percepções direcionando para as demandas sociais.

Considero importante trazer a vulnerabilidade social da população para refletir, visto que “o fator econômico e a configuração social da realidade influenciarem na forma como as pessoas relacionam-se umas com as outras e desenvolvem seu psiquismo” (MOURA, XIMENES E SARRIERA 2014, p. 86). A pobreza interfere nos modos de ser e estar no mundo do indivíduo, pois interfere na “qualidade do acesso à saúde, à educação, à habitação, às práticas culturais e de lazer.” (STELLA, 2014, p. 90).

Sendo estagiária visitadora do Programa Criança Feliz (PCF), não só presencio essa complexa realidade, como também ouço das famílias que visito, essas dificuldades interferirem nas suas vidas. O PCF acompanha gestantes e crianças na primeira infância, que estão inseridas no Cadastro Único (CadÚnico), ou seja, famílias em vulnerabilidade social

* Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

que recebem transferência de renda do governo. Segundo o Ministério da Cidadania (BRASIL, 2022b), pouco mais de 89 milhões de pessoas estão cadastradas no CadÚnico, sendo que 54% (48.369.266) dessas famílias estão definidas como “famílias em situação de extrema pobreza”. Também para o Ministério da Cidadania (BRASIL, 2022a), a situação de extrema pobreza é definida por famílias que recebem renda per capita menor igual a 89 reais.

Pensando nesse contexto, o PCF foi instituído em 2016 com o objetivo de promover o desenvolvimento integral na primeira infância, atuando em conjunto com o Sistema Único de Assistência Social. Os acompanhamentos se dão através de visitas domiciliares semanais pela visitadora para promoção do desenvolvimento humano nos primeiros anos de vida. Também é papel da visitadora incentivar o exercício da parentalidade, fortalecendo o vínculo entre os integrantes da família, e, principalmente, integrar essa população às políticas públicas da cidade.

Cada família possui suas particularidades, mas os seus dilemas são similares, pois ainda que o objetivo principal da visita seja o desenvolvimento do bebê, os seus contextos sociais e econômicos prevalecem sobre as narrativas durante a visita. Quando visito as famílias e escuto suas narrativas semanais, que são compostas de sintomas profundos de tristeza e ansiedade, o que presencio são “dilemas sociais que chegam fantasiados de sofrimento psíquico” (CINTRA E BERNARDO, 2017, p. 890).

Ao direcionar as famílias à rede de saúde mental, me deparo com inúmeros entraves, que dificultam o acesso aos atendimentos, como a falta de equipe em suas localidades, a territorialização das instituições e renda insuficiente das famílias para prover o deslocamento. Assim, tenho como objetivo deste relato de experiência refletir sobre as dificuldades das famílias em vulnerabilidade social acessarem a rede de saúde mental da cidade de Rio Grande. Considerando que o fazer psicológico deve ter uma relação ativa e comprometida com os problemas da sociedade, refletindo em maneiras de inclusão social é de extrema

importância trazer a reflexão da inacessibilidade desses atendimentos, já que por suas condições socioeconômicas, necessitam de acolhimento, percorrendo em possíveis intervenções.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, refletindo sobre situações de visitas semanais do Programa Criança Feliz em um ano e seis meses de duração do estágio. Além disso, foram realizadas pesquisas bibliográficas relacionadas à Psicologia Social e Psicologia Comunitária, como Martin Baró (1997) e Claudia Stella (2014). Assim, interseccionando a teoria com as situações descritas.

Discussão

Quando comecei como visitadora no PCF, estava no terceiro semestre na faculdade de Psicologia. Portanto, ainda que eu tivesse consciência da situação sócio econômica brasileira, era difícil imaginar a proximidade que esta realidade tem da gente. Quando iniciei as visitas senti um grande mal-estar. Durante o caminho de volta para casa, pensava em desistir, que não daria conta de presenciar essas realidades. Pensava muito nas famílias, achando que o trabalho que eu estava fazendo, de levar a atividade para o bebê eram supérfluas, pois eles tinham outras necessidades maiores.

A maioria das famílias são numerosas, compostas por mães jovens e várias crianças pequenas. Entre as dificuldades enfrentadas estão falta de alimentação, acesso a saúde e desemprego. Suas casas, são compostas de madeira reaproveitada ou latas óleo, sem divisão de cômodos, e utensílios básicos, como um fogão. São famílias que recebiam apenas 400 reais do Bolsa Família para o sustento do mês inteiro. Assim, me indignava a gravidade de suas situações e o tipo de trabalho que eu estava fazendo, pois percebia que “a pobreza impossibilitava que os sujeitos emergem na história como donos de seu próprio destino” (STELLA, 2014, p. 89).

Depois de muito estudo e orientação, percebi que estávamos possibilitando uma realidade diferente para aquelas famílias. Primeiro que, além da atividade para o bebê, eu levo as demandas das famílias para minha supervisora, que encaminha para o CRAS e que direciona para outros setores competentes. Assim, o meu vínculo com a família permite que vinculemos a família a rede de atendimento tanto do SUAS como do SUS. Em segundo, precisei entender que o brincar e se desenvolver também é um direito fundamental de crianças, o que eu, de algum modo, posso estar auxiliando.

O vínculo com as famílias se constrói e consolida a cada visita. Ao mostrar atenção em suas demandas, percebem um certo acolhimento. A partir desses relatos e do que percebo quando visito, incentivo para que procurem o atendimento da rede de saúde mental. Quando retorno na próxima visita, compreendo que elas não conseguem ter acesso a rede, pois suas vidas são marcadas pela “pobreza coletiva, fenômeno este que se ratifica ao longo do tempo mediante estratégias de opressão e acentuação da desigualdade social, o que contribui para a perpetuação de redes ideológicas de submissão e resignação.” (STELLA, 2014, p. 89).

As instituições de atendimento de saúde próximas de suas casas não tem psicólogo e nem psiquiatra. As famílias me contavam de suas idas ao posto de saúde, sempre detalhando como se sentiram desprezadas ao serem desconsideradas, pois como dizem: “não tem nada lá pra gente”. Pela falta de atendimento em seu bairro, as famílias recorrem a outros dispositivos, principalmente de emergência, que é onde tem atendimento médico 24 horas. Dessa forma, uma das cuidadoras me contou: “Outro dia quase desmaiei de cansada na rua. Andei até o postinho e eles me falaram que não tem psicólogo, daí eu andei até a UPA do Cassino e lá o doutor viu que eu tava ansiosa e me deu a receita azul.”.

Para algumas famílias acompanhadas pelo PCF, o serviço especializado está a quase 20 km de distância, como o Centro de Atendimento Psicológico (CAP) da FURG, CAPS e o CRAS (quase 20 km de distância). Ao sugerir que fossem

até lá, ouço de uma das cuidadoras que: “Não vou conseguir ir no CAPS porque é muito longe e eu tenho medo de me perder sozinha na cidade, vou com dinheiro contado e já pensou se eu pego ônibus errado? Como que eu volto depois?.” Outra cuidadora, que também relatou “Para eu ir pra fora tenho que ter dinheiro pro ônibus e pro almoço e não tenho tudo isso pra toda semana. Tenho que comprar leite e fralda para menina.” Dessa forma, além da territorialidade, temos outra dificuldade, a sua renda, que não é suficiente para o transporte semanal e para a sua alimentação durante essa viagem, o que mostra uma privação da cidade e dos atendimentos de saúde a sua própria população.

Ao tentar encaminhar essas famílias através do nosso trabalho do PCF, é notável a culpabilização que recebem, pois algumas pessoas da equipe acreditam que quando não comparecem, é apenas má vontade. Quando a família é conhecida pela rede, por exemplo, já ouvimos de uma profissional: “De que adianta a gente se movimentar se a pessoa não vai aderir o tratamento? Tem que fazer direitinho e ela não quer.”. E também: “Conseguimos um psicólogo pra Fulana e ela não veio. Então a gente não pode fazer nada, não dá pra dar tudo de mão beijada.”. Sendo, que é necessário refletir que condições de pobreza promovem estresse crônico, que desorganiza sua estrutura de vida, pois além disso tudo, tem problemas psicossomáticos para lidar. Além disso, questionar a urgência de intervenções possíveis na qual a rede de saúde mental chegue à população, seja qualificando os atendimentos próximos aos seus territórios seja levando profissionais até suas casas.

Conclusão

Sendo esta uma intervenção comunitária em contextos de pobreza com o compromisso com a transformação social, que propicie afetividade com a comunidade (GÓIS, 2005) devemos levar em consideração a aproximação dessa vertente para as redes de saúde mental da cidade de Rio Grande. Ainda que saibamos que existem equipes

deste viés, o necessário é que se fortifique os objetivos dessas intervenções pelas ideias da Psicologia Comunitária. Como mencionado, a aproximação das equipes nos territórios e nas famílias é de extrema importância, já que isso geraria uma rede de apoio social. Assim, impulsionando que esse sujeito tenha autonomia sobre a própria vida.

Referências

GÓIS, C. **Saúde Comunitária: pensar e fazer**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MARTIN-BARÓ, I. O papel do Psicólogo. **Estudos de Psicologia**, 2(1), 7-27, jun de 1997.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Portal Brasileiro de Dados Abertos: Cadastro Único – Famílias/Pessoas por faixas de renda per capita**. [S.l]. 2022a. Disponível em: <https://dados.gov.br/dataset/cadastro-unico-familias-pessoas-cadastradas-por-faixas-de-renda>. Acesso em: 21 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania. **Cadastro Único**. [S.l], 2022b. Disponível em: <https://cecad.cidadania.gov.br/painel03.php>. Acesso em: 21 out. 2022.

MOURA, J.; XIMENES, V.; SARRIERA, J. A construção opressora da pobreza no Brasil e suas consequências no psiquismo. **Quaderns de Psicologia**, 16(2), 2014. p. 85-93.

STELLA, C. (Org.). **Psicologia Comunitária: Contribuições teóricas, encontros e experiências**. 1ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. 252p.

EIXO 2

MOVIMENTO SOCIAL E USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL

A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO CUIDADO À PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Sandy Gonçalves Garcia*
Ana Luisa da Silveira Abreu**
Luma Costa da Silva Oliveira***
Iara Porto Severo****

Palavras-chave: Redes de apoio em saúde mental; Família; Cuidado em rede; Grupos de ajuda.

Introdução

No Brasil, com a chegada da corte portuguesa, no ano de 1808, começaram as melhorias urbanas – calçamento e iluminação. Isso exigia a retirada dos indivíduos excluídos socialmente – prostitutas, epiléticos, devassos, ladrões, alcoólatras e os loucos – das ruas, essas pessoas foram levadas para os porões da Santa Casa da Misericórdia, sendo que os loucos, em 1852, foram enviados para o recém-inaugurado

* Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

** Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

*** Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

**** Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Hospital de Alienados Pedro II. Assim, se deu início à exclusão da pessoa com sofrimento mental no Brasil e também se iniciou o estigma sobre esses indivíduos (BRAZ, 2013).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), aproximadamente 450 milhões de pessoas, no mundo todo, apresentam transtornos mentais ou neurobiológicos e, problemas relacionados com abuso de álcool e outras drogas (10%). Esses sofrimentos psíquicos causam um sentimento de incapacidade e vergonha não apenas nos indivíduos que o apresentam, mas também em familiares e pessoas próximas (Figueiredo, Delevatti & Tavares, 2014). Por esse motivo, a família precisa entender seu papel e sua importância dentro da rede de apoio ao tratamento de seu ente querido que está precisando de ajuda no momento e, além disso, auxiliá-lo a lidar com o estigma colocado sobre ele.

Assim que os primeiros sintomas começam a aparecer, a família apresenta um certo receio e procura ajuda primeiro com amigos ou na religião, por exemplo. Somente depois aceitam buscar ajuda profissional, justamente por conta do estigma que já começa dentro do ambiente familiar. Após o diagnóstico, os familiares costumam esconder a informação das pessoas próximas, por se sentirem culpados e com vergonha, o que acaba dificultando o tratamento e trazendo ainda mais problemas, diferente das famílias que aprendem a lidar com esse processo de uma forma mais saudável (BRAZ, 2013).

O presente trabalho possui o objetivo de descrever a importância da família na rede de apoio ao tratamento do sujeito com sofrimento psíquico e seu papel durante esse processo tão delicado tanto para o indivíduo, quanto para o familiar, através de uma revisão de literatura sobre o tema abordado.

Metodologia

Este trabalho é resultado de uma avaliação da disciplina de Psicologia e Saúde Mental Coletiva, do curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande, realizado

no segundo semestre de 2020. Foi realizada uma revisão de literatura a fim de levantar informações sobre as redes de apoio e a importância da família no tratamento de transtornos psicológicos, a partir dessa revisão foi utilizado como base o texto “Manual de Ajuda e Suporte Mútuo em Saúde Mental”, publicado no ano de 2013, bem como outros textos buscados dentro de plataformas como a Scielo e o Google Acadêmico.

Resultados

A loucura pode ser definida, de uma forma geral, como um sofrimento de origem biopsicossocial que se especifica por surtos psicóticos e dissociação do ser, não sendo aceito socialmente tais comportamentos pelas formas que se manifestam (BRAZ, 2013). Segundo Braz (2013), a família no início do processo das crises agudas até o diagnóstico do paciente se torna imprescindível, além do mais, o tratamento requer apoio permanente do usuário através da sua família e sua rede extensiva. Por isso, é relevante pensar nessa família também como sofredora, que por muitas vezes abrem mão, abruptamente, de seus projetos de vida, mas também uma rede de apoio que sofre estigma social, se vendo obrigada a tratar o transtorno e o sofrimento como segredo.

Primeiramente, em relação a esse sofrimento, destaca-se, a sobrecarga em alguns membros femininos da família, “o que aumenta o risco de estresse, quando uma profunda tristeza vai se enraizando na vida destes familiares-cuidadores” (BRAZ, 2013, p. 153). A autora ainda traz que anular a si mesma agregado com a exaustão física colabora para trazer à tona um sentimento de impotência e uma crença de não se sentir apoiada. Ademais, o estigma social, que faz com que famílias e usuários sejam excluídos de ambientes sociais, tem como consequência a culpabilização dos cuidadores através de “adjetivos negativos (esquizofrenizante, omissa [...])” (BRAZ, 2013, p. 152), e isso pode causar uma consciência de falha em educar ou gerar.

Tendo isso em vista, os grupos de ajuda e suporte mútuos têm se apresentado eficazes para um novo entendimento

de cuidado, apresentando o diagnóstico de forma libertária, proporcionando uma visão de bem-estar que através dele pode ser alcançada. Por meio de relatos de pais mais experientes nos grupos, a família inexperiente pode aprender a administrar sua rotina de forma mais saudável, podendo ver a vida para além da doença. Bem como, mediante os grupos os desesperos podem ser ouvidos e acolhidos. Braz (2013, p. 157) relata que:

“é unânime a busca por uma luz no fim do túnel, o brotar da esperança de que dias melhores virão. E por estarmos inseridos numa cultura em que é praticamente proibido falar do sofrimento e expor fragilidades, é importante que os vínculos afetivos e de confiança sejam cultivados e fortalecidos dentro do grupo”.

Dessa forma, a família gera um ambiente de cuidado sem estresse, e, conseqüentemente, um maior bem-estar ao usuário.

Discussão

Segundo a literatura, entende-se rede de apoio como “a soma das relações que o indivíduo percebe como significativas, nas quais podem estar incluídas família, amigos, colegas de trabalho, companheiros de escola e pessoas da comunidade.” (BRUSAMARELLO *et al.*, 2011). Trata-se, portanto, de uma relação ativa e de confiança entre a pessoa com transtorno mental e que está passando por um momento de sofrimento psíquico e o seu entorno, onde as fronteiras do indivíduo são ilimitadas e incluem diversos vínculos interpessoais. A rede além de trazer apoio como o próprio nome sugere, traz autonomia, auto estima e a possibilidade da vivência do tratamento de forma mais acolhedora e tranquila. (idem, *ibidem* p. 34) Quando o enfoque se torna a rede de apoio familiar, encontramos estudos que mostram sua preeminência como a principal rede

de acolhimento e suporte do usuário (BORBA *et al.*, 2011), sendo esta fundamental para a promoção da saúde e da qualidade de vida do usuário.

As redes de apoio em saúde mental surgem conjuntamente com diversos serviços que buscam a extinção do método asilar de tratamento dos transtornos mentais, que ainda é utilizado dentro dos hospitais psiquiátricos. Tal método além de afastar o usuário do contato com o mundo ao seu redor, o impedia quase que totalmente a manter-se vinculado a sua família e entes queridos. (BRAZ, 2013). Assim, tais redes de apoio surgem como uma forma de cuidado em liberdade, onde o usuário possa permanecer em seu território, convivendo com as pessoas que lhe são importantes e mantendo sua rotina cotidiana. Quanto a importância da família, Brusamarello (2011) diz que:

“Diferentemente do que ocorria três décadas atrás, quando a família era mantida afastada, como simples observadora dos acontecimentos, hoje ela deve tornar-se aliada no processo terapêutico do seu membro portador de transtorno mental, de modo a contribuir com a reabilitação psicossocial do usuário.” (p. 38).

Desta forma, mostra-se como um dos desafios do tratamento não asilar a criação de um território que promova saúde ao usuário, onde ele possa continuar estabelecendo seus laços sociais e tornando-o mais seguro de si. Esse cuidado deve partir principalmente dos membros do conjunto familiar, que são fundamentais para o tratamento devido aos fortes vínculos que ali se constituem. (BORBA *et al.*, 2011; MINOZZO *et al.*, 2012). Segundo Minozzo *et al.*, (2012):

“O trabalho em saúde mental que leva em consideração as trocas e construções em equipe, que conta com uma rede de saúde de apoio, bem como investe nos recursos comunitários e sociais, tende a culminar

na oferta de um cuidado ampliado em saúde mental. Isso permite a ressignificação do sujeito para além de um lugar de doente e de louco, possibilitando a construção de novos contratos sociais e que apontem para o resgate da singularidade”. (MINOZZO *et al.*, 2012, p. 335).

Considerações finais

A expectativa ao se construir esse trabalho está na importância de se pensar na família como mecanismo de luta antimanicomial. A partir do momento que se coloca o sujeito com sofrimento psíquico como constituído de escolhas, se expõe também um indivíduo que necessita de acolhimento, se tornando então a família, como rede de apoio, um aspecto indispensável para o tratamento humanitário. Todavia, também se torna fundamental refletir sobre a sobrecarga psíquica e física que alguns cuidadores, majoritariamente femininas, carregam que podem ser reduzidas através de grupos de apoio, os quais possibilitam um intercâmbio de informações entre famílias em diferentes condições. Com base em tais fatos, torna-se relevante pensar nas duas vias (família e indivíduo) e como possibilitar bem-estar na relação entre estes dois e o mundo.

REFERÊNCIAS

- MINOZZO, Fabiane *et al.* Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, maio/ago. 2012. p. 323-340.
- BRUSAMARELLO, Tatiana *et al.* Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 1, jan/mar. 2011. p. 30-40.
- BORBA, Letícia de Oliveira *et al.* A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, Apr. 2011. p. 442-449.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva: OMS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRAZ, R. M. A família e os grupos de ajuda e suporte mútuos em saúde mental. *In*: VASCONCELOS, E. M. (coord.). **Manual e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental**. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional da Saúde, 2013. p. 149- 168.

ESCUA NA RUA E A FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA: A CONSTRUÇÃO DE UMA CLÍNICA PSICANALÍTICA IMPLICADA

Jessica Isis Faria*
Daniela Delias de Sousa**

Palavras-chave: Escuta Psicanalítica; Espaço Público; Clínica Ético-Estético-Política; Formação em Psicologia; Escuta na Rua.

Introdução

As ruas carregam o peso invisível do desamparo e do mal-estar perpetuados pela desigualdade social. As pessoas que vivem, trabalham e transitam pelas ruas, afetadas sobretudo pelas desigualdades étnico-raciais, veem-se atropeladas por pressões que geram uma complexa relação entre tempo e cuidado. Ao discutir a psicanálise, Freud (1930/2010), atentou para a necessidade de que a escuta psicanalítica fosse amplamente oferecida à população, considerando-se o sofrimento que emana da luta pelo cumprimento das exigências civilizatórias. Para o autor, desde o começo, a psicologia individual é simultaneamente uma psicologia social (1921/2011). Porém, de acordo com Broide (1992), o colonialismo produzido pela economia capitalista impede a muitos estudantes e profissionais da área da saúde mental uma práxis mais abrangente. Se, de um lado, considera que a psicanálise se direcionou, na maior parte dos casos, ao modo de vida uniforme das camadas médias e altas dos grandes centros dos países centrais e das metrópoles do terceiro mundo, considera, de outro, que há, na América Latina, tentativas concretas de busca de soluções e ampliação do campo de aplicação da psicanálise de forma condizente com nossa realidade (BROIDE, 1992).

* Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

** Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Nessa direção, diversos coletivos formados por psicanalistas têm organizado e conduzido intervenções nas ruas, em diferentes locais do país, visando fornecer uma escuta acessível a todos que transitam pelas vias públicas. Na cidade de Rio Grande, o *Coletivo Escuta na Rua*, uma ação de extensão do curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) reuniu na Praça Xavier Ferreira, de abril a dezembro de 2019, dez alunos, seus supervisores de estágio em Psicologia Clínica e um psicólogo voluntário. Nesse período, o grupo realizou cerca de 80 escutas, algumas em grupo e outras na modalidade individual. O público atendido representava diferentes grupos em termos de situação econômica e social, sobretudo pessoas em situação de vulnerabilidade. Os atendimentos foram suspensos entre os anos de 2020 e 2021, por conta da pandemia de Coronavírus (COVID-19).

O presente trabalho tem como objetivo apresentar o processo incipiente de retomada, no ano de 2022, do projeto de extensão *Coletivo Escuta na Rua*, a partir da perspectiva de uma graduanda de psicologia da FURG. Seu desenvolvimento justifica-se como uma contribuição ao debate sobre a importância, na formação em psicologia, da construção de uma clínica psicanalítica implicada com a dimensão sociopolítica do sofrimento.

Metodologia

No presente estudo, utiliza-se o método da cartografia. De acordo com Barros e Kastrup (2010), “cartografar é acompanhar processos” (p. 52). Para as autoras, a ciência possui um caráter inventivo que a coloca em um movimento constante de transformação.

A cartografia, nesse contexto, apresenta-se como um método original e inventivo, no qual o pesquisador “mantém um contato direto com as pessoas e com seu território existencial” (p. 56). Os dados produzidos para este estudo são advindos do diário de campo utilizado pela primeira autora, empregado para registrar e mapear percursos trilhados durante o último ano letivo do curso de Psicologia.

Resultados e discussão

O desejo de escutar a cidade riograndina percorreu vários caminhos até chegar na Praça Xavier Ferreira. Me recordo de uma fala na aula de Fundamentos de Psicanálise: *Quando se escuta uma pessoa, se escuta a cidade e o território que a mesma habita!*. Porém, sempre me questioneei sobre o processo inverso: *O que ocorre quando nos colocamos em movimento para fazer a escuta de uma cidade?*. Para Miranda e Félix-Silva (2022), o coletivo e o comum podem emergir de uma relação em que a escuta se dá *com* outrem. O *Coletivo Escuta na Rua* surgiu quando eu estava no início da graduação. Lembro das repercussões do primeiro encontro na praça: algumas pessoas apoiaram a perspectiva altruísta do projeto e outras criticaram a desconstrução do *setting* terapêutico.

De acordo com a literatura, a prática psicanalítica clínico-política exige intervenções não convencionais e uma posição de invenção em direção a epistemologias e práticas acolhedoras de subjetividades periféricas (ROSA; ESTÊVÃO; BRAGA, 2017). Contudo, o acesso aos serviços de saúde mental no Brasil ainda é precário para quem possui alguma vulnerabilidade socioeconômica. Sou estudante cotista, uma pessoa pobre que resiste no contexto acadêmico elitizado. Ingressei e permaneço no âmbito universitário por meio de Políticas de Assistência e Permanência Estudantil. Percebo, por meio da minha vivência, que a produção e promoção de cuidado é muito deficitária para pessoas marginalizadas, até mesmo no ensino e na formação em psicologia. Há uma imensa dificuldade em se deslocar de eixos do “*saber-fazer*” psicológico hegemônico e de possibilidades de atuação em psicologia. E, além de compreender o distanciamento entre a “*ciência psicológica*” e as comunidades à margem, percebo a necessidade de promover o retorno à população que não compõe o corpo acadêmico, visto que cursar ensino superior é um privilégio que poucas pessoas pobres conseguem acessar. Motivada por essas circunstâncias que conformam meu percurso na graduação em Psicologia e minha atuação

política, a primeira reunião (online) do *Coletivo Escuta na Rua*, em 2022, ocorreu no Dia Internacional de Saúde Mental (10 de Outubro). A professora-coordenadora apresentou a proposta de atuação-experimentação do grupo, bem como algumas dificuldades de ir pra rua. Combinamos, nesse dia, que iríamos pensar sobre a viabilidade de operacionalizar esse movimento. Acionados os desejos, decidimos ir à rua de outubro a dezembro deste ano.

A primeira experiência que tive como parte do *Coletivo Escuta na Rua* foi no dia 18 de Outubro de 2022. As anotações e expectativas para o dia circundavam o questionamento: “*Que clínica é possível em meio à praça?*”. Além disso, havia o desejo de não estar chovendo, e verificar se o projeto de extensão teria adesão da comunidade. Tais considerações se perfazem fundamentais, inicialmente. Assim, o deslocamento (físico), que é um longo caminho para mim, mobiliza tais pensamentos: “*Que desejo me move na escuta? Que relação temos com o território que vivemos?*”. A primeira escuta que realizamos na praça foi a de um homem idoso que nos deu *bom dia* e perguntou ao grupo: *Quem domina o mundo?*, afirmando, a seguir, que são as mulheres. Após a sua retirada, olhamos umas às outras, percebendo que, até o momento, nosso coletivo estava sendo constituído apenas por mulheres.

Ao nos acomodarmos nas cadeiras de praia, um símbolo do coletivo-território, agenciamos várias perspectivas, tais como: “*Qual o uso das praças pelas pessoas da cidade? O que as pessoas fazem quando pisam por elas?*”. As primeiras aproximações se deram com a leitura da placa que utilizamos para divulgar o espaço: algumas pessoas, apressadas pelo cotidiano, liam e retornavam os olhos, muitas olhavam para nós após ler a placa, outras liam sobre o atendimento psicológico gratuito e sorriam abertamente.

Imagem 1 – Registro de retorno à Praça Xavier Ferreira:



Fonte: Acervo Coletivo Escuta na Rua.

Além da escuta inicial destacada e outros breves encontros, realizamos 5 escutas no retorno à praça. Uma das escutas que mais nos marcou neste momento foi a de uma mulher, negra, que aparentava ter em torno de 40 anos. Ela estava tomando café e comendo pão. Apareceu detrás de mim e, inicialmente, ouvi duas vezes dizendo, como um sussurro ao pé do ouvido: *O que vocês fazem?* – *A gente escuta*. Após a resposta, que foi articulada por uma colega do grupo, ela elencou a narrativa de invisibilidade na qual é submetida diariamente, e disse algo como: *Hoje vocês estão aqui ouvindo, mas se estão na rua passam por mim e não me dão nem bom dia, ninguém respeita o pobre!* A escuta dela não atingiu mais do que 5 minutos, mas foi tão intensa e voraz que nos deixou sem palavras, colocando o narcisismo do grupo em deslocamento. Ali estávamos, escutando um pessoa vulnerável dizendo de si, sobre sua dor em ser uma pessoa invisível, e tais considerações reverberaram, essencialmente, pois precisamos que a práxis da clínica psicanalítica seja implicada na escuta sensível de subjetividades marginalizadas e, fundamentalmente, nos convoca a pensar sobre o compromisso ético-político em psicologia, que não se faz somente quando estamos adornadas como “*psicólogas*”, mas, também, no cotidiano.

Considerações finais

Compreender a perspectiva delineadora da formação em psicologia no Brasil, como ciência e profissão, que, por sua vez, preconiza a manutenção de desigualdades, é fundamental para a análise do contexto sócio-histórico em que a produção e promoção de saúde mental se articula. Desta forma, o presente relato de experiência corrobora a perspectiva de que a prática de uma psicanálise clínico-política exige a criação de novas formas de intervenção que dialoguem com epistemologias e ações que acolham as subjetividades periféricas.

Nos munimos de afetos e desejos de continuar a jornada de dar espaço e visibilidade para pessoas à margem se fazerem validadas, com a perspectiva de uma clínica na qual de uma relação em que a escuta se dá *com* o outro pode surgir o coletivo e o comum. Os ritmos da periferia pulsam, formando um ecossistema de pessoas que transitam pelo centro da cidade de Rio Grande/RS. A poética do *Coletivo Escuta na Rua* se configura como um organismo vivo, no *setting* da escuta que performamos nos encontramos localizadas em meio à fluidez de narrativas. Somos o coração ou os ouvidos da praça?

REFERÊNCIAS

BARROS, Laura Pozzana; KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. *In*: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 52-75.

BROIDE, Jorge. A psicoterapia psicanalítica na rua realizada através de grupo operativo: A rua enquanto instituição das populações marginalizadas. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 12, 1992. p. 24-33.

FREUD, Sigmund. Prefácio e textos breves. *In*: FREUD, S. **O Eu e o Id, “Autobiografia” e outros textos** (1923), Tradução e notas: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. **Psicologia das massas e análise do eu** (1920-1923), Tradução e notas: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

MIRANDA, Deivison Warlla; FÉLIX-SILVA, Antônio Vladimir. As Subjetividades Periféricas e os Impasses para a Descolonização da Clínica Psicológica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, 2022.

ROSA, Miriam Debieux; ESTÊVÃO, Ivan Ramos; BRAGA, Ana Paula Musatti. Clínica psicanalítica implicada: conexões com a cultura, a sociedade e a política. **Psicologia em estudo**, v. 22, n. 3, 2017. p. 359-369.

AFETAR E SER AFETADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA CAPS INFANTO-JUVENIL

Daiana Piazer Piazer*

Palavras-chave: Relato de Experiência; Psicologia Social Crítica; CAPS Infanto-Juvenil.

Introdução

Este estudo trata de um relato de experiência construído por uma estudante do curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, inserida no estágio obrigatório com ênfase em Psicologia Social. Desse modo, segundo Pereira *et al.* (2018) o estágio é a vivência que relaciona teoria e prática construindo um espaço de emoções, reflexões e oportunidade para se elaborar caminhos de uma atividade laboral comprometida com as questões sociais vigentes, ancoradas nos conhecimentos acadêmicos adquiridos (PEREIRA *et al.* 2018, p. 222).

Assim, as atuações percorridas durante o período de estágio, ocorreram no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil – CAPSI/Serelepe, situado no Município de Rio Grande – RS, caracterizado enquanto um dispositivo de saúde pertencente às diferentes modalidades de Atenção Psicossocial em saúde mental. Constitui-se enquanto Política Pública em consonância com a Lei 8.080/90 – Sistema Único de Saúde – SUS – e integra como ponto estratégico a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O mesmo funciona com atendimento a crianças e adolescentes, bem como suas famílias. Desse modo, o serviço segue uma perspectiva de integralidade do sujeito, que contraria as perspectivas manicomialis, refutadas pela Lei 10.216/01, funcionando

* Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

através das diferentes formas de atendimento, valorizando o caráter comunitário multi e interdisciplinar (CAPS I SERELEPE PROJETO, 2016, p. 2).

Nesse sentido, a inserção no dispositivo foi promotor de inúmeras análises, que contribuíram para o presente estudo, assim como, para o Trabalho de Conclusão de Curso – TCC. Sendo assim esta produção é um recorte da bagagem do estágio, e tem como objetivo relatar experiências e reflexões proporcionadas através da atuação no estágio, além de perceber as contribuições para a produção do conhecimento e formação profissional em Psicologia para além da clínica tradicional.

Metodologia

A proposta deste trabalho surgiu a partir das disciplinas do Curso de Psicologia, especificamente, o Estágio Obrigatório com ênfase em Psicologia Social, assim como, o Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso. Com base nessas matérias, foi possível traçar discussões e questionamentos a respeito do dispositivo mencionado, usuários do serviço e funcionário.

Deste modo, este resumo conta com o relato de experiência descritos em método etnográfico – diário de campo – caracterizado enquanto uma ferramenta que promove um processo ativo por parte do pesquisador, pois a medida que há um diálogo com esse diário, constroem-se relatos, questões, sentimentos e impressões, o que não torna apenas um registro de informações, mas sim um processo de pesquisa (MEDRADO, SPINK e MÉLLO, 2014).

Além disso, há também o embasamento teórico construído ao longo da graduação, bem como, para o TCC. Dessa maneira a metodologia deste estudo, conta com análises de pesquisas qualitativas, encontrados nos sites de busca da Scientific Electronic Library Online – SCIELO e Periódicos Eletrônicos em Psicologia – PePSIC, tendo como descritores as palavras chaves que trouxessem como temática, o papel social do Psicólogo, perspectivas contra-hegemônicas

da atuação do Psicólogo, e que fossem firmados nas epistemologias teórico-metodológicas da Psicologia Social Comunitária.

Resultados e discussão

De acordo com os fatos observados dentro do Dispositivo de Saúde Mental e utilizando-se como base os referenciais teóricos alicerçados pelo guarda-chuva da Psicologia Social, denota-se a respeito da atuação psicológica, que inúmeras vezes, os efeitos sintomáticos latentes nos usuários, são decorrentes da realidade vivenciada por esse indivíduo, nesse sentido, após visitas domiciliares junto a equipe multiprofissional, foi constatado que tais atuações *in loco*, são capazes de compreender o sujeito imbricado em seu contexto social e histórico, e assim, buscar uma *práxis* que amplie a consciência e potencialize o sujeito para assumir uma posição ativa, longe da passividade decorrente do contexto em que a sociedade capitalista o coloca (KAHHALE, COSTA e MONTREOZOL 2020 p. 704). Compreendendo dessa forma, que além de abarcar os processos psicossociais, a Psicologia não deve ser descolada da realidade.

Ao encontro disso, a partir das aproximações teóricas realizadas ao longo da graduação, é possível perceber, como bem pontua Silvia Lane et al. (1997), que a Psicologia Social Comunitária, propõe a organização da população para ações com emancipação/autonomia que levem à solução de problemas concretos oriundos da contradição fundamental entre o capital e trabalho. Nesse sentido, atuar em comunidade é estar fundamentalmente executando as linguagens e representações, com relações grupais que são perpassadas por emoções e afetos próprios da subjetividade, para exercer sua ação a nível da consciência (LANE *et al.*, 1997, p. 31).

Dessa forma, para elucidar tais práticas referentes ao papel social do Psicólogo, acima mencionadas não se pode deixar de compreender a formação em Psicologia,

que infelizmente, ocupou-se (e ocupa) de problemas e abordagens clínicas que individualizam o sofrimento dos sujeitos, seguindo lógicas que focam em diagnósticos e sintomas e, além disso, são deslocada da realidade, principalmente referente às questões brasileiras, fora isso, a Psicologia enquanto ciência, pretende-se neutra, ora, nenhuma ciência é neutra, ainda mais as Ciências Sociais, que são intrínsecas e extrínsecamente ideológicas (MINAYO, DESLANDES e GOMES, p. 13, 2011).

Considerações finais

Por isso, através desta revisão de literatura, é possível perceber que alicerçada pelo aporte da Psicologia Social, as experiências e atuações dentro do dispositivo, sempre foram embasadas quanto ao método crítico político, social e coletivo de atuar, além disso, ocupar o lugar de estagiária dentro de um dispositivo que integra a RAPS, ampliou reflexões contundentes sobre o saber Psicológico a ser desempenhado, buscando uma visão integrativa de saberes, e percebendo o sujeito como ativo dentro dos processos psicossociais, além disso, o contato com a equipe multiprofissional, oficinas, e sobretudo, os usuários do dispositivo, foram requisitos importantes para aspirações futuras e entendimento de qual Psicologia queria, e para QUEM.

Dessa forma, a caminhada para tornar-se Psicóloga ainda está em (eterna) construção, contudo, sabe-se que é preciso convergir os olhares e juntar os saberes, buscando uma visão completa da criança e do adolescente que considere as dimensões biopsicossociais. Além disso, é necessário um olhar integral, o que requer romper com as tradições de fragmentação entre o olhar profissional e o fazer político. E da mesma forma que as observações vivenciadas no dispositivo, é fundamental conhecer e valorizar a trajetória de vida desse sujeito, assegurando seus direitos e interpondo as práticas em redes.

REFERÊNCIAS

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL – CAPSi. **Projeto Terapêutico**. Rio Grande, 2016.

KAHHALE, Edna Maria Severino Peters; DA COSTA, Cléa Maria Alonso; MONTREOZOL, Jeferson Renato. A clínica psicológica: da tradição alienante à potência sócio-histórica do sujeito. **Revista Psicologia Política**, v. 20, n. 49, 2020. p. 702-718.

LANE, Sílvia TM *et al.* Histórico e fundamentos da psicologia comunitária no Brasil. **Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia**, v. 11, 1996. p. 17-34.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. *In*: DE SOUZA MINAYO, Maria Cecília; O desafio da Pesquisa Social. Editora Vozes Limitada, 2011.

MEDRADO, B.; SPINK, M. J. P.; MÉLLO, R. P.. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. *In*: SPINK, M. J. P.; BRIGAGÃO, J. I. M. NASCIMENTO, V. L. V. do; CORDEIRO, M. P. (Orgs.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 274-294.

PEREIRA, Maristela de Souza *et al.* Estágio Profissionalizante e Formação em Psicologia: o Trabalho com Grupos como Dispositivo Formativo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 2, 2018. p. 218-232.

CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM UM HOSPITAL GERAL: A IMPORTÂNCIA DA REDE DE APOIO DE PACIENTES EM ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PARA A CONTINUIDADE DE TRATAMENTOS DE SAÚDE

Tássia Victória Rodrigues Matos*
Suzan L. Mariano Veiga**

Palavras-chave: rede de apoio; dependência de substância; saúde, hospital geral.

Introdução

A reflexão que sustenta este trabalho teve início a partir de uma experiência de estágio obrigatório em Psicologia Social realizado no Hospital Municipal de São José do Norte, instituição gerida pelo Instituto Brasileiro de Saúde (IBSAÚDE). Inserida na Equipe Multidisciplinar, a estagiária acompanhou a rotina dos setores de internação Clínica Médica e Saúde Mental, dentre outras práticas. Ao longo dos 5 meses em que se deu a experiência, foi-se notando cada vez mais a importância que a rede de apoio (ou rede social) e afetiva, familiar ou não, possui no prosseguimento adequado de tratamentos de saúde de pacientes internados. Em outras palavras, uma reflexão sobre como o amparo dos familiares, amigos e pessoas próximas é decisivo para que o paciente tenha melhora de seu quadro de saúde e aumento do bem-estar. Essa observação ocorre tanto em pacientes com demandas clínicas quanto psíquicas, mas a falta de uma rede de apoio pode ser comumente observada em pacientes que buscam tratamento de desintoxicação de abuso e dependência

* Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

** Instituto Brasileiro de Saúde, Ensino, Pesquisa e Extensão para o Desenvolvimento Humano (IBSAÚDE)

de substâncias, no setor de Saúde Mental. Assim, este trabalho objetiva apresentar uma reflexão acerca da importância dos vínculos e da rede de apoio de pacientes usuários de substâncias para a continuidade de tratamentos de saúde a partir da experiência de estágio – contextualizando brevemente aspectos em relação ao município, à instituição e aos pacientes a esse respeito.

Metodologia

O trabalho é de cunho qualitativo, descritivo e baseado na experiência de estágio em Psicologia Social no Hospital Municipal de São José do Norte. A prática teve início em 7 de junho de 2022 e a frequência da estagiária foi de quatro dias semanais. Os principais procedimentos empregados foram de observação, reflexão e trocas entre integrantes da Equipe Multidisciplinar do Hospital. Ademais, foram utilizados materiais como o diário de campo da estagiária e artigos encontrados nas bases de dados Scielo, Pepsic e Google Scholar, utilizando os descritores “dependência química”, “rede de apoio” e “saúde mental”.

Resultados e discussão

São José do Norte é um município litorâneo do extremo-sul do Brasil que possui uma população de 27.866 pessoas (IBGE, 2021) e tem o Hospital Municipal de São José do Norte como o serviço de saúde de maior complexidade. A instituição também é referência para os municípios de Tavares e Mostardas. Sendo um hospital geral de pequeno porte, dispõe de até 51 leitos de internação; destes, 8 leitos correspondem ao setor de Saúde Mental. Neste setor, praticamente em equidade, parte das pessoas interna por demandas psiquiátricas e outra parte para realizar o tratamento de desintoxicação do uso abusivo de substâncias – podendo ocorrer quadros em que há também um transtorno mental presente de forma concomitante.

No cotidiano do Hospital Municipal, as internações em Saúde Mental em geral são providas de encaminhamentos

do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou por busca espontânea por parte dos pacientes, após consulta e avaliação para que haja indicação clínica. Embora não existam dados oficiais sobre a prevalência do uso abusivo e dependência de substâncias em São José do Norte, pode-se sugerir que a população de pessoas em abuso e dependência de substâncias no município pode ser relativamente numerosa. A partir das vivências como estagiária do Hospital nos últimos meses, incluindo observações, consideração de determinados padrões de aspectos de vida entre os pacientes, perguntas e trocas com a Equipe Multidisciplinar, pode-se pensar seriamente sobre essa realidade.

Frequentemente, as pessoas que internam para realizar o tratamento de desintoxicação no Hospital são homens e possuem entre 25 e 45 anos, em média. Observou-se que as principais drogas outrora consumidas dentre os pacientes internados são álcool, cocaína e crack, de forma simultânea ou não. Muitas vezes, parte das pessoas internadas que faziam uso abusivo de substâncias, além de estar em vulnerabilidade socioeconômica, possui uma rede de apoio fragilizada ou até inexistente. A maioria destes pacientes não têm acompanhantes durante a internação e não costumam receber visitas regulares.

Para pensarmos a rede de apoio/rede social, considera-se o conceito de Lins & Scarparo (2010), sendo todos os vínculos interpessoais afetivos e significativos para uma pessoa, “sua família nuclear, sua família extensa, as relações de trabalho, de estudo, de vínculos com serviço de saúde, de alguma inserção comunitária e práticas sociais”. Assim, as redes de apoio não são necessariamente constituídas por laços sanguíneos ou por apenas um ou outro grupo. Especificamos que os vínculos e a rede de apoio favoráveis à continuidade dos tratamentos de saúde e melhora do bem-estar geral do paciente refere-se às pessoas que não fazem uso abusivo de substâncias e/ou não são dependentes de substâncias. Como demonstrado de forma similar no estudo de Conzatti *et. al* (2016), acerca das percepções de usuários de cocaína/crack sobre sua rede

de apoio, por vezes alguns pacientes possuem familiares que também fazem uso abusivo de substâncias de forma costumeira – de modo que a família pode ser um fator de risco para a continuidade de tratamentos do paciente, incluindo a prevenção de recaídas, a manutenção da intervenção e sua recuperação.

Em relação ao serviço de internação oferecido pelo Hospital Municipal, o vínculo entre os familiares e o paciente são indispensáveis, uma vez que a chegada deste paciente ao dispositivo já pressupõe haver familiares e pessoas próximas dando suporte – seja na chegada propriamente dita, seja com visitas durante a internação e/ou com companhia para ir embora, após alta hospitalar. Até mesmo em fatores relativamente simples, como uma pessoa querida vir entregar-lhe frutas (bastante comum nas internações), fazem falta quando o paciente não tem a quem lhe fazer esse agrado – inclusive quando o colega de leito tem. Também, para além destes cenários, as equipes de saúde e Equipe Multidisciplinar do Hospital trabalham bastante junto à rede de apoio em relação a propor um cuidado integrado: além dos saberes do próprio paciente sobre si mesmo e suas narrativas, os conhecimentos da família e da rede de apoio são de grande relevância para que haja um maior entendimento sobre seu sofrimento psíquico, sua história de vida e os possíveis eventos e fatores desencadeadores de quadros mais severos, além de propor a abordagem mais adequada e personalizada a cada pessoa internada.

No que se refere à falta da rede de vínculos de pacientes em dependência de substâncias propriamente dita, uma das ocasiões em que esta rede mais se mostra essencial é no momento da alta hospitalar, em que os pacientes terão de deixar os cuidados do Hospital e ir embora. Nestes casos, a rede de apoio adquire a face e o significado de “ter para onde voltar, ter para onde ir”, extremamente importante. Nesse sentido, não nos referimos apenas ao suporte emocional que as pessoas dispõem, mas de suprimentos mais básicos, como moradia, alimentação e higiene adequadas. Como já dito, grande parte dos pacientes se encontra em vulnerabilidade

socioeconômica, e muitas vezes isso significa não ter onde morar e se estabilizar de forma mais tranquila; além da falta de suporte em relação à parte subjetiva, “à quem eles são como pessoas”, há a falta de recursos básicos para viver de forma adequada. Pode-se pensar, por exemplo, sobre o quão complicado pode ser uma pessoa em tratamento para dependência de substâncias, sem rede de apoio e em vulnerabilidade socioeconômica, frequentar o CAPS e seguir o tratamento de uma forma tranquila e efetiva, enfrentando diversas situações ao seu redor, agravados pela classe socioeconômica baixa que atualmente ocupam.

Considerações finais

A presente reflexão levantada se mostra pertinente por abordar os vínculos e a rede de apoio como fatores que se mostram muito importantes no favorecimento ao processo de desintoxicação de pessoas em dependência química e para além do contexto hospitalar, pensando por exemplo em sua vida familiar e comunitária. Se mostra importante também pensarmos sobre redes de apoio de uma forma integral, trazendo tanto os diversos sentidos e significados reais que esta dimensão ocupa na vida das pessoas, como a falta que esta faz e as lacunas não-resolvidas – e que acabam por gerar muito sofrimento. A partir das vivências no Hospital e especialmente com os pacientes em tratamento de desintoxicação, pôde-se ter uma visão muito mais sólida acerca do conceito de *saúde integral* preconizado pelo SUS e sobre o quanto os diversos acontecimentos e demandas de saúde extrapolam o cuidado do ambiente hospitalar, sendo atravessados por aspectos sociais, interpessoais, econômicos, comunitários, dentre outros. Junto do acompanhamento psicossocial e/ou psicofarmacológico, a afetividade social proveniente da rede de apoio de uma pessoa em recuperação de abuso de substâncias se mostra um fator fundamental para a prosperidade do processo – relações afetivas e interpessoais e suporte material, como fator de proteção, inclusiva em relação à recaídas.

Por fim, considera-se o quão benéfico seria a implementação de um Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPS-ad) (especialmente um CAPS-ad III com hospitalidade noturna) em São José do Norte. Além de possibilitar um alívio na sobrecarga de demandas do CAPS em vigor, poderia ser um serviço muito válido para auxiliar e acompanhar pessoas em tratamento de dependência química, sendo esta uma questão bastante cara para a saúde da população nortense.

REFERÊNCIAS

CONZATTI, Fernanda *et al.* Percepções de usuários de cocaína/crack sobre sua rede de apoio. **Aletheia**, Canoas, v. 49, n. 1, p. 48-59, jun. 2016.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Cidades: São José do Norte*. (2021). Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/sao-jose-do-norte>. Acesso em: 22 de outubro de 2022.

LINS, Mara R.S.W. & SCARPARO, Helena B. K. Drogadição na contemporaneidade: pessoas, famílias e serviços tecendo redes de complexidade. **Psicologia Argumento**, [S. l.], v. 28, n. 62, 2017.

NUTI: O CORPO COMO DISPOSITIVO DES(INSTITUINTE)

Anna Clara Ribeiro Lessa*
Denise Maria Maciel Leão**

Palavras-chave: Envelhecimento; Psicologia Institucional; Saúde Mental.

Introdução

A velhice, assim como as outras fases do desenvolvimento humano, não carrega apenas significados factuais referentes aos seus marcadores biológicos, visto que o ser-relacional interage com o meio enquanto se desenvolve celular e neurologicamente. O idoso, portanto, é um ser-cultural, que carrega consigo a simbologia e representação do que significa envelhecer em nossa sociedade. Desse modo, dinâmicas grupais que envolvem a relação entre idosos pertencem a um cenário datado, que segundo Lane (1989), só é percebido e compreendido através dessa contextualização histórica, visto que o grupo faz parte de um processo cultural que fomenta diversos determinantes sociais e individuais presentes nas esferas econômicas, institucionais e ideológicas.

Aos idosos a sociedade entrega asilos, oferta cuja intenção se assemelha à que designam aos loucos, às pessoas em conflito com a lei e crianças sem mãe nem pai: Instituições burocráticas e autoritárias cuja noção de liberdade se deturpa para caber nas restrições que o espaço delimitado e suas regras pressupostas proporcionam (GOFFMAN, 1961). Essa realidade manicomial aplicada às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) instituem o que Lane (1989) designa como relação dominado-dominador, onde o mundo interno dos moradores é proporcional às escassas

* Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

** Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

possibilidades de existir naquele ambiente e suas ações são pautadas na coação e imposição, fruto de um sistema cristalizado que só se mantém devido a existência dos papéis dominantes que atuam como regulamentadores e fiscais dos, até então, dominados.

Desse modo, as vivências individuais não atuam sob as vias do desejo, mas sim a partir da exploração de corpos à espera unicamente do fim de suas vidas. A partir do exposto, o presente trabalho tem como objetivo criticar os paradigmas que nos impõe visões cristalizadas acerca do que é ser idoso no mundo através de reflexões advindas da elaboração de um Diário de Campo para a disciplina de Processos Grupais, e se justifica pela necessidade de reivindicar espaços onde essas pessoas possam ser e estar de modo digno.

Metodologia

A proposta metodológica se utiliza da perspectiva cartográfica (PASSOS; KASTRUP; DA ESCÓSSIA, 2017), onde o aprendizado e conhecimento são produzidos no fazer. Para tanto, o presente texto se utiliza do Diário de Campo elaborado durante a disciplina de Processos Grupais no 1 Semestre/2022, este, foi feito com base nas observações das atividades do Núcleo Universitário Da Terceira Idade (NUTI); essas atividades são multidisciplinares, visto que perpassam os caminhos não só da Educação Física, mas também da Psicologia.

Resultados e discussão

A lógica que envolve crenças e estigmas acerca do idoso são estendidas para além do contexto asilar. Ou seja, mesmo que a pessoa não seja moradora de alguma Instituição de Longa Permanência para Idosos, certamente trará em sua personalidade marcadores que replicam a figura do 'incapaz' e 'inútil', pois o *modus operandi* das grandes Instituições regem comportamentos e crenças em toda sociedade devido a sua influência e impacto cultural.

Desse modo, grupos como o Núcleo Universitário da Terceira Idade (NUTI) são de uma utilidade sem precedentes, visto que possibilitam o resgate da dignidade e movimento de corpos até então negados e silenciados. Isso ocorre porque, segundo Lane (1989) o ambiente social é fator chave para a interiorização e concretização de aspectos relevantes para o indivíduo acerca do mundo que o cerca e da realidade externa e interna que o permeia. Assim o NUTI torna-se um dispositivo transversal que ressignifica a velhice traçando novas rotas e expandindo os territórios reconhecidos pelos seus participantes através de suas práticas.

Ao longo da observação e elaboração do diário de campo, pude ver que as práticas esportivas e rodas de conversa promoveram o estabelecimento de novos vínculos afetivos e restabelecimento do autoconceito e autoestima, bem como suscitaram temas importantes acerca do envelhecimento humano: morte, luto, solidão, déficits cognitivos etc. Percebo que é a partir do enriquecimento das dinâmicas grupais, quando vão além do propósito inicial do grupo e se cercam de subjetividades posteriormente suscitadas que o grupo-objeto se transforma em grupo-sujeito, conceito trazido por Lane (1989) onde a consciência grupal surge não da perfeição ética e coerente, mas da elaboração histórico-social acerca de contradições individuais e coletivas até então alocadas no âmbito institucional do não-dito.

Assim, durante as observações em campo, pude ver que mesmo os acontecimentos aparentemente excludentes e negativos ocorridos dentro do NUTI serviram de aparato e instrumento transformador, visto que não são frutos do propósito nem das intenções de seus partícipes, e sim, reproduções do modo como o idoso, e grupos operativos com idosos, são vistos e replicados na sociedade por influência do sistema opressor.

Como por exemplo, no momento em que Elza, Flora, Dilce e Elias falavam sobre enlouquecimento e aposentadoria:

C.O: Nesse momento, Elza e Flora assentiram com a cabeça de modo veemente, concordando com essa afirmação que inicialmente eu julguei simplória. É difícil não fazer juízo de valor a partir do que se observa. Não existe imparcialidade visto que sou o próprio objeto de estudo, e ter essa consciência é o que, de modo posterior, me faz reavaliar os pensamentos automáticos. O modo de produção e relação baseada no Capital nos conduz a contextos estressores, no qual as Instituições promovem espaços para criação de papéis sociais. Esses papéis se fundem com a identidade primária do ser humano, e se tornam parte de quem somos. O problema é que na maioria das vezes, esses papéis estão atrelados a atuações exaustivas, dependentes e limitadoras. A restrição de convívio que Dilce relata, se aproxima do discurso do Elias, no momento em que a confusão e falta de sentido advinda da aposentadoria trazida por ela está diretamente ligada com o “enlouquecimento” que ele relata. Não necessariamente há perda da sanidade, mas falta de sentido, dissociação, diluição da identidade. E tudo isso é fonte de sofrimento psíquico. Estamos tão instituídos, cristalizados que não notamos o quanto das regras, códigos e símbolos ditam nossos comportamentos, desejos e escolhas. Por que Dilce não enxerga o mundo de possibilidades que a esperam após a aposentadoria? Porque em seu mundo subjetivo, realmente, não existem tais possibilidades

Considerações finais

Desse modo, é evidente que há algo de terapêutico e analítico nos processos grupais, visto que é a partir do que é dito

ou feito que o grupo se reestrutura e se afeta, seja pelas histórias individuais, seja pelas realizações em grupo, criando novas conexões pautadas nos processos, descritos por Lane (1989), de oposição, negação, contradição e negação da negação, para assim, reestruturarem o modo como convivemos e tratamos o idoso, bem como ressignificarem o jeito que lidamos com o envelhecimento e as expectativas que criamos acerca da velhice.

REFERÊNCIAS

CIAMPA, A. DA C. Sílvia Lane: o homem em movimento. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. spe2, p. 17-18, 2007.

ERVING GOFFMAN; DANTE MOREIRA LEITE. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2007.

PASSOS, E.; VIRGÍNIA KASTRUP; TEDESCO, S. **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre Brasil: Editora Sulina, 2009.

EIXO 3

SUS E DEMOCRACIA EM TEMPOS DE ATAQUE

GRUPO DE CAMINHADA NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOB ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL

Sharon Lopes Carvalho*
Alicia de Moraes Muller**
Débora dos Santos Rodrigues***
Geruza Tavares D'ávila****

Palavras-chave: Relato de Experiência; Grupo Multiprofissional; Residência Multiprofissional; Atenção Básica;

Introdução

O presente trabalho trata da descrição de um grupo de caminhada, desenvolvido pela equipe de Residência Multiprofissional da FURG na Unidade Básica de Saúde da Família Dr. Romeu Selistre Sobrinho – UBSF CAIC, em Rio Grande/RS. Compõe a equipe da Residência Multiprofissional: 1 Psicóloga, 1 Professora de Educação Física e 2 Enfermeiras. Durante o trabalho desenvolvido na UBSF, tem-se além dos atendimentos individuais atividades coletivas,

* Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

** Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

*** Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

**** Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

voltadas para os princípios de prevenção e promoção de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Um exemplo dessas ações coletivas são os grupos executados de forma multidisciplinar na Atenção Básica, em que diferentes profissionais colaboram e constroem juntos planos terapêuticos e preventivos para ofertar a um coletivo. Pensando nisso, a professora de Educação Física criou um Grupo de Caminhada ofertado à comunidade, onde toda a equipe de residentes, agentes comunitárias e estagiários se envolvem e participam.

A importância desse trabalho se dá visto que o SUS está sob constantes ataques e alvo de um projeto político de desmonte diário. Posto isso, é importante narrar as ações e o trabalho que vem sendo desenvolvido todos os dias na Rede de Atenção à Saúde, mesmo com o baixo repasse de verbas para a saúde. Além do mais, o trabalho da Residência em Saúde da Família caracteriza-se por uma formação em serviço, isto é, tem caráter extensão e precisa ser compartilhado.

Este relato de experiência, então, objetiva relatar a criação e execução de um grupo de caminhada coordenado por uma equipe multiprofissional de residentes.

Metodologia

Este trabalho trata de um relato de experiência acerca da vivência das residentes ao desenvolver um grupo de caminhada focado no cuidado multiprofissional. O grupo de caminhada acontece todas às segundas-feiras, inicialmente começou no turno da tarde devido às baixas temperaturas do inverno no extremo sul do RS, chegada a primavera e com o aumento da temperatura passou-se o grupo para o horário das 9h. De caráter aberto, todas as pessoas, independente de gênero e idade são bem-vindas às caminhadas. Conduzido pela professora de Educação Física com o apoio e suporte das demais profissionais da residência multiprofissional e sempre acompanhado por uma, ou mais, agente comunitária de saúde.

As formas de divulgação do grupo foram realizadas através de convites físicos, convites verbais e divulgação

nas mídias sociais, *Facebook* e grupos de *Whatsapp* da Unidade. Os(as) praticantes do grupo de caminhada que desejam fazer a verificação de pressão arterial e índice glicêmico dirigem-se até a recepção da Unidade e informam ao atendente, o mesmo repassa essa demanda às enfermeiras residentes que chamam esses usuários e realizam esses procedimentos antes da prática de atividade física.

O acordo estabelecido com os(as) interessados(as) em participar do grupo é de o ponto de encontro entre os usuários e as profissionais de saúde ser em frente a Unidade, no dia e horário informados. Nesse local de partida a professora de Educação Física reúne a todos(as) em um grande círculo onde realizam uma série de alongamentos e exercícios de mobilidade antes de dar início a caminhada. Todos(as), profissionais e usuários, participam dessa etapa, colocando, assim, usuários e profissionais unidos(as) para a mesma atividade.

Após as duas etapas iniciais, dá-se início à caminhada guiada pela professora de Educação Física, sem um percurso e quilometragem predefinida, a profissional conduz de acordo com os limites do grupo naquele momento, as caminhadas só ocorrem por entre os muros da Universidade. Considera-se que este é um ambiente propício, pois já possui uma pista de caminhada tornando-se seguro, sem expor os usuários a possíveis riscos externos.

Resultados e discussão

A atividade física é de suma importância para o desenvolvimento e promoção de saúde em todas as idades (BRASIL, 2021). Com isso, foi planejado o grupo de caminhada que consegue englobar diversos níveis de aptidão física em diferentes gerações e gêneros.

O grupo tem como objetivo incentivar o hábito da prática de atividade física, conscientizar sobre os benefícios dessa prática além de promover um ambiente social e de interação entre moradores da área.

A prática corporal escolhida para o grupo foi pensada para retomar os grupos de forma presencial após a pandemia

de COVID-19 tendo o cuidado para que qualquer usuário da UBSF CAIC pudesse participar e(ou) iniciar uma atividade física sem que houvesse dificuldades pelas sequelas do vírus entre outras. Sendo assim, a caminhada, praticada com frequência, se encaixa com tais demandas além de promover diversos benefícios como o controle do peso, diminuição da chance de desenvolvimento de alguns tipos de cânceres, diminuição da chance de desenvolvimento de doenças crônicas (diabetes, pressão alta e doenças do coração), melhora da disposição, e promoção da interação social (BRASIL, 2021).

Considera-se também a importância do papel da atividade física no manejo do transtorno de ansiedade e um aliado no tratamento ao transtorno depressivo maior, demandas de saúde mental frequentes entre pacientes atendidos na Unidade, tal como descrito no estudo de Costa *et al.*(2008). Além disso, tal atividade física, em geral, é recomendada para todos(as) como uma forma de produzir uma sensação de bem estar.

O papel da enfermagem no acolhimento dos pacientes do grupo é extremamente necessário dado que o índice de doenças crônicas como hipertensão e diabetes são recorrentes nos usuários atendidos nesta Unidade, e a verificação dos níveis de ambas patologias além de uma forma de controle da condição de saúde é um dos indicadores a serem atingidos pela equipe de saúde da atenção básica.

Ademais, pensando nesse momento 'pós-pandemia', o vínculo com a comunidade encontra-se fragilizado devido ao rompimento das atividades coletivas, preventivas e de educação em saúde desenvolvidas pela unidade que, por não serem considerados serviços essenciais acabaram sendo prejudicadas por todo período do isolamento social. O retorno a atividades coletivas como essa retoma e fortalece o vínculo com a comunidade e propõe um ambiente de interação social entre os próprios moradores da comunidade durante o encontro. Possibilita também que as residentes possam conhecer mais os moradores do território, mesmo que eles não sejam pacientes sob sua responsabilidade, mas consultem

com a colega de outra área. Por fim, entende-se o grupo de caminhada como um exercício prático da clínica ampliada prevista pela Política Nacional de Motivação e uma clínica itinerante dada essa condição de existir fora dos muros da UBSF (BRASIL, 2008).

Imagem 1 – Foto de um encontro do grupo.



Fonte: Página Facebook UBSF CAIC

Considerações finais

Entende-se que este trabalho contribui para a prática de futuros(as) residentes, podendo servir de embasamento e referência para atuação em diferentes lugares. Além disso, essas atividades coletivas permitem que possamos olhar os usuários enquanto equipe multiprofissional e pessoas em sua totalidade, sem limitar somente dentro de um núcleo de conhecimento específico, proporcionando um aprendizado enquanto profissional de saúde e um melhor atendimento aos pacientes. Por fim, deseja-se que este trabalho proponha diferentes níveis de discussão englobando as três áreas de conhecimento, sendo elas a psicologia, a educação física e a enfermagem.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da **Política Nacional de Humanização. Humaniza/SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Costa, Rudy Alves, Soares, Hugo Leonardo Rodrigues e Teixeira, José Antônio Caldas. **Benefícios da atividade física e do exercício físico na depressão**. Revista do Departamento de Psicologia, UFF, v. 19, n. 1, 2007. pp. 273-274.

A ATUAÇÃO DO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA EMERGENCIA PSIQUIATRA

Kássiano de Kássio Rosa da Silva*
Vera Solange Pires Gomes de Sousa**

Palavras-chaves: Educação Física; Sistema Único de Saúde; Saúde Mental.

Introdução

Os Direitos Humanos têm como base a “Declaração Universal dos Direitos Humanos” (DUDH), proclamada em 1948. Surge no fim da segunda guerra e isto é refletido no documento: “Considerando que o desprezo e o desrespeito pelos direitos humanos resultaram em atos bárbaros que ultrajaram a consciência da Humanidade [...]”. Contém 30 artigos e coloca: todos nascem livre e em igualdade de direitos, ninguém deve ser submetido a castigos desumano, devem ter acesso a liberdade, educação, trabalho, segurança social e padrões de vida afim de garantir saúde. Apesar de não ter caráter de lei os Estados-Membros se comprometem em promover o respeito ao proposto.

No Brasil os reflexos estão na Constituição Federal de 1988, apresentando em seus escritos a universalidade e indizibilidade desses direitos (CAMARA, 2013). Logo no artigo 1º fica como princípios fundamentais cidadania e dignidade da pessoa humana, no artigo 5º que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se [...]”

* Mestrando no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

** Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Artes Cênicas da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...] (BRASIL, 1988).

Ficando a saúde, educação, lazer, moradia, o trabalho, entre outros, no artigo 6º como direitos sociais, portanto essas passam a ser os objetivos do Estado. Entretanto, toda e qualquer conquista de direitos é fruto de lutas da classe trabalhadora e a saúde pública não foge a isso. Essa temática estava em discussão desde o período de ditadura cívico-militar e durante a abertura política tomou ênfase (SCARCELLI; ALENCAR, 2009).

A Lei 8.080/1990 que criou o Sistema Único de Saúde (SUS) fruto dessas lutas estabeleceu no “Art. 2º A saúde é um direito fundamental [...], devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. [...] (BRASIL, 1990, p. 01). A mesma lei coloca as atuais concepções de saúde em discussão, compreendido como processo multifatorial e outros elementos são condicionantes e determinantes como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, atividade física e lazer (BRASIL, 1990). O sujeito nesta visão é multifacetado e a saúde deixa de ser somente a ausência de doença. Neste prisma de promoção de saúde há a mental, compreendida como meio de recuperação da questão da subjetividade, de caráter interdisciplinar e de interesse de várias áreas (SCARCELLI; ALENCAR, 2009).

Neste contexto de saúde pública e saúde mental o Estado organiza um aparato que o paciente psiquiátrico faça seu acompanhamento em ambiente extra-hospitalar, fazem parte disso os serviços de internação parcial e de emergência (BARROS; TUNG; MARI, 2010). No Pará a Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV) é voltado os usuários do SUS, a instituição é também um hospital-escola que recebe alunos para estágio. Dito isso, este estudo tem o objetivo de apresentar o relato de experiência do estágio curricular de Educação Física (EF) na emergência psiquiatra na FHCGV.

Metodologia

A pesquisa se caracteriza uma pesquisa qualitativa haja vista que o objetivo não é testar e sim, em relacionar a(s) descoberta(s) com teorias já bem fundamentadas, além de que “os métodos qualitativos consideram a comunicação como parte explícita da produção do conhecimento, em vez de simplesmente encará-la como uma variável” (FLICK, 2009, p. 25).

Tem maior caráter descritivo. Para coleta de dados foi realizado a observação e registro em diário de bordo e imagens durante os meses de abril a junho de 2019, posteriormente foi feito um levantamento bibliográfico para o embasamento e por fim a escrita do relatório de estágio e este estudo.

Resultados e discussão

O hospital foi inaugurado em fevereiro de 1987, em 2001 foi transformada em fundação pública estadual, deixando de atender apenas clínicas básicas e psiquiatria. Em 2013, foi certificado como Hospital de Ensino, através da Portaria 167/2013 do Ministério da Educação. Sua estrutura atualmente é de 22.000 metros quadrados, tornando-se um dos mais completos do Brasil.

As residências têm seleção anual, a multiprofissional atende as áreas de psicologia, EF, serviço social, enfermagem e nutrição nas seguintes concentrações: nefrologia, atenção à saúde cardiovascular e atenção à saúde mental que a EF está incluída. São dois residentes de EF que atuam junta nos espaços, ambos os residentes presentes na época eram egressos da UEPA.

Completando a equipe de EF havia o professor formado que atuava por meio de contrato temporário e a professora concursada que não teve contato, pois estava afastada de licença médica. As atividades eram realizadas principalmente na área aberta do hospital que era amplo, aberto, com muros altos, cercado com arames, era gramado e tinham traves de futebol e mesas e bancos em concretos (Imagem 1).

Imagem 1 – Registro de atividade com pacientes



Fonte: acervo do autor

Esse espaço era usado entre 8 e 9h e se realizava diversas atividades, destacamos os jogos que envolvem deslocamentos, os cooperativos e quais envolviam bolas, então os diferentes jogos é a formas de (re)descobrir possibilidades de encontros e experimentações sobre o corpo e os cuidados dele (CARVALHO; CARVALHO, 2018). A música era comum entre aqueles que não se envolviam nas atividades físicas ou não permaneciam durante sua realização, eram as mais diversas e escolhidas pelos pacientes, se destacava as músicas regionais, marcantes e carimbo.

Esta era um momento de descontração e socialização entre os presentes onde eles conversavam, brincavam e dançavam, cada um dentro de suas especificidades. Essas formas de expressão estão na perspectiva das novas abordagens de atuação em saúde mental, como propostos inicialmente por Nice da Silveira, médica psiquiatra que atuou no antigo Centro Psiquiátrico Dom Pedro II no Rio de Janeiro onde revolucionou os tratamentos ao propor iniciativas ligadas a arte e a livre expressão artística (SCHEFFER, 2016).

No período de realização do Estágio era comum o pedido dos pacientes pelo Futebol, reflexo da própria cultura hegemônica do Brasil, isto é, deste ser o esporte favorito de muitos. Essa prática era ainda mais favorecida pois a estrutura era apta a isso, como mostra a imagem abaixo.

Imagem 2 – Registro de atividade com pacientes



Fonte: acervo do autor

A academia era outro lugar para a realização das atividades da EF, tinha: duas esteiras, bolas suíças, colchonetes e halter. Este espaço era fechado e havia a permanência somente dos pacientes autorizados que eram selecionados previamente pelo professor ou residentes. Eram de 3 a 4 pacientes, cada um fazia 10-15 minutos na esteira e um breve treinamento resistido (musculação), que se refere mais as consequências do treino que seria o aumento da massa muscular, tendo como objetivo o trabalho sistematizado da contração muscular (SANTARÉM, 1999).

Este tipo de treinamento podia ser estendido em alguns casos para pacientes com pouca mobilidade ou não estavam dispostos a sair da cama por algum motivo. Entre as orientações para a realização deste tipo de atividade estava: trabalhar os principais grupamentos musculares e ser realizada por dois profissionais.

Era rotina do professor e residentes a realização da evolução dos pacientes que estavam envolvidos nas atividades da EF. A evolução era feita no prontuário, era um único por paciente e usado por todos os profissionais de diferentes áreas, caracterizando a busca pelo atendimento multidisciplinar e multiprofissional, visível isto em alguns atendimentos que eram feitos com vários profissionais.

Considerações finais

O estágio no FHCGV apesar de curto proporcionou uma boa aprendizagem sobre a atuação do professor de EF na saúde e em especial na saúde mental. Teve a mudança de paradigmas sobre os locais de intervenção deste profissional, os quais são comumente escolas e academias, além de exemplificar a atuação numa equipe multidisciplinar.

A experiência proporcionou o aprofundamento das possibilidades práticas da EF que neste local devem ultrapassar o treinamento de habilidade/capacidades físicas e, para isso, são necessárias as diversas áreas do conhecimento propostas na formação inicial de EF, tais como antropologia e filosofia que historicamente são colocadas em segundo planos em detrimento das disciplinas biomédicas e desportivas.

REFERÊNCIAS

CAMARA, Luciana Borella. A Educação na Constituição Federal de 1988 como um Direito Social. **Direito em Debate** – Revista do Departamento de Ciências Jurídica e Sociais da Unijuí. ano XXII nº 40, jul.-dez. 2013.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de; CARVALHO, Yara Maria de. Outros... Lugares e Modos de “Ocupação” da Educação Física na Saúde Coletiva/Saúde Pública. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 21, n. 4, out./dez. 2018.

DIAS, João Vinícius dos Santos; Paulo AMARANTE, Duarte de Carvalho. Educação popular e saúde mental: aproximando saberes e ampliando o cuidado. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p. 188-199, jan-mar 2022.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa** / Uwe Flick; tradução Joice Elias Costa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SANTARÉM, José Maria. **Aptidão Física, Saúde e Qualidade de Vida**. www.saudetotal.com.br, 1999.

SCARCELLI, Ianni Regia; ALENCAR; Sandra Luzia de Souza. Saúde Mental e Saúde Coletiva: Intersetorialidade e Participação em Debate. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Vol 1, no 1, jan-abr. 2009.

SCHEFFER, Graziela. Serviço Social e Dona Ivone Lara: o lado negro e laico da nossa história profissional. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 127, p. 476-495, set./dez. 2016.

ORÇAMENTO PÚBLICO E DIREITO À SAÚDE: BREVE ANÁLISE SOBRE SUA RELAÇÃO COM O ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO

Dandara Trentin de Miranda*
Vitor Prestes Olinto**
José Ricardo Caetano Costa***

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; direito à saúde; democracia.

Introdução

O direito a proteção da saúde é consagrado como um direito fundamental, sendo previsto na Constituição Federal, e visa permitir que a população goze de saúde física, mental e social. No Brasil, a população pode buscar atendimento médico e hospitalar junto ao Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, que engloba desde a atenção primária até atendimentos de alta complexidade, serviços de urgência e emergência, bem como fornecimento de vacinas e medicamentos.

O presente trabalho visa discutir a importância do SUS para a população brasileira, fazendo apontamentos sobre o financiamento do sistema e seu papel no contexto democrático atual. O tema foi escolhido em razão da relevância da temática da saúde, que é reconhecida como um direito fundamental dos cidadãos.

* Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

** Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

*** Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Metodologia

Trata-se de pesquisa teórica, em que foram empregadas técnicas de pesquisa bibliográfica e documental.

Resultados e discussão

Durante muitos anos, a população brasileira ficou praticamente desassistida nas demandas envolvendo a saúde. Apenas indivíduos mais abastados conseguiam acesso a serviços médicos e medicamentos, haja vista que as ações de saúde eram desenvolvidas sem significativa organização institucional. Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, que teve seu nome alterado com o passar dos anos. No entanto, permaneciam ausentes políticas públicas de saúde de relevância.

Durante o período da Ditadura Militar (1964-1985), houve diminuição da verba já escassa disponível para a área da saúde e a população foi afetada por diversas doenças, como poliomielite e meningite. Na mesma época, foram criados o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que ofereciam serviços de saúde apenas para os trabalhadores formais, de modo que o restante da população seguia desassistida (ESCOREL *et al.*, 2005).

Nas décadas de 1970 e 1980 surgiu o movimento que ficou conhecido como Reforma Sanitária, e caracterizou-se pela luta pela democratização da saúde. Esse movimento contou com a participação de atores dos mais diversos setores, em meio a discussões sobre a implementação de um sistema público que pudesse atender toda a população brasileira (DIOGO, 2021).

Com o advento da Constituição Federal de 1988, a saúde recebeu *status* de direito fundamental e o debate sobre um serviço de saúde público, integral e universal ganhou força. No ano de 1990 foi aprovada a lei nº 8.080, que criou o SUS.

O SUS foi essencial para promover o acesso de parcela significativa da população aos serviços de saúde,

através da realização de consultas, cirurgias, exames médicos e campanhas de vacinação. Problemas orçamentários e de gestão sempre existiram, mas isso não diminuiu a importância do serviço prestado. Durante a pandemia de Covid-19, o SUS foi essencial para evitar que o número de óbitos – já elevado no Brasil – fosse ainda maior.

O financiamento adequado é importante para qualquer setor, mas torna-se imprescindível quando falamos sobre saúde. Nos primeiros anos após sua criação, o SUS enfrentou sérios problemas de financiamento, obrigando o Ministério da Saúde a recorrer a empréstimos no Fundo de Amparo ao Trabalhador (SERVO *et al.*, 2020). A partir da Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000, foi determinado o aumento dos gastos públicos em saúde como proporção do Produto Interno Bruto. Em função disso, a verba destinada para a saúde em relação ao PIB foi de 8,0% em 2010, 7,8% em 2011, 9,3% em 2016 e 9,2% em 2017 (SERVO *et al.*, 2020).

O orçamento do SUS sofreu um grande revés em 2016 com a aprovação da EC nº 95, que estabeleceu um teto de gastos para o Governo Federal. Como consequência direta da medida, haverá a redução crescente da participação do Estado na manutenção do SUS em razão do congelamento das despesas, de modo que os gastos ficarão abaixo do crescimento da renda e da população (DIOGO, 2021). Segundo Servo *et al.* (2020, p. 117), “a perda de recursos federais foi estimada em R\$ 22,5 bilhões entre 2018 e 2020, sendo R\$ 13,6 bilhões somente em 2019”.

No ano de 2020, ano em que a Covid-19 se espalhou pelo mundo, o orçamento do Ministério da Saúde, que inicialmente era de R\$ 124,20 bilhões, recebeu um incremento de R\$ 64,12 bilhões em créditos extraordinários, que foram autorizados em função do reconhecimento do estado de calamidade pública (FALEIROS; PEREIRA, 2021). No mesmo ano, as despesas primárias atingiram R\$ 199,1 bilhões (BRASIL, 2022). Apesar do robusto orçamento, faltou planejamento ao Governo Federal para utilizá-lo com a celeridade necessária em um momento de emergência em saúde pública, prejudicando as ações de combate à pandemia.

Em 2021, ainda em um contexto pandêmico, as despesas primárias do Ministério da Saúde atingiram R\$ 203,8 bilhões. Para o ano de 2022, a dotação orçamentária foi de R\$ 162,9 bilhões, demonstrando que houve redução significativa dos recursos destinados para a saúde – o contingenciamento foi de 20% em relação ao ano anterior. Quando analisamos o gasto proposto para 2023, a situação mostra-se extremamente preocupante, pois é o menor da série histórica em termos reais. O montante, de R\$ 146,4 bilhões, representa uma redução de 10% em relação ao ano anterior (BRASIL, 2022).

Passado o período de calamidade pública, resta evidente pela análise dos números oficiais a existência de novo contingenciamento na área da saúde. Inobstante o número de usuários do SUS venha aumentando nos últimos anos, os recursos destinados ao setor não têm acompanhado a demanda; pelo contrário, a verba prevista para 2023 é a menor dos últimos anos, em nítido descompasso com as demandas da população brasileira.

O contingenciamento na área da saúde chama a atenção não apenas pelos possíveis impactos para os usuários do SUS, mas também diante da previsão de R\$ 19,4 bilhões em emendas de relator-geral (BRASIL, 2022). O chamado “orçamento secreto”, que recebe vultuosos recursos e carece de transparência, é utilizado para conseguir apoio político em detrimento das necessidades da população. Diante de tal cenário, fica o questionamento se as verbas públicas estão sendo usadas em favor do bem-estar dos brasileiros ou se visam deturpar o processo democrático.

Considerações finais

Como já mencionado, o SUS é de extrema importância para a população brasileira, motivo pelo qual deve receber maior atenção dos gestores públicos e financiamento adequado. A saúde de um indivíduo não depende apenas da ausência de doença, mas do acesso a outras políticas públicas que possam, em conjunto, permitir uma vida digna e decente, garantindo bem-estar físico, mental e social.

Inobstante a saúde seja sempre citada como uma preocupação dos brasileiros, essa prioridade não se reflete no debate político. Nesse sentido, percebe-se que saúde está intimamente relacionado a democracia, pois não é possível melhorar a saúde das pessoas se não houver melhora na qualidade geral de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Congresso Nacional. Senado Federal. Consultoria de Orçamentos, Fiscalização e Controle – SF; Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira – CD. **NOTA TÉCNICA CONJUNTA N° 5/2022. SUBSÍDIOS À APRECIÇÃO DO PROJETO DE LEI ORÇAMENTÁRIA (PLOA) PARA 2023 PL N° 32/2022-CN.** Brasília: Congresso Nacional, 2022. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/documentos/estudos/tipos-de-estudos/notas-tecnicas-e-informativos/nota-tecnica-conjunta-5-2022-subsidios-a-apreciacao-do-ploa-para-2023-pl-no-32-2022-cn>. Acesso em 24 out. 2022.

DIOGO, Hélen Rejane Silva Maciel. O novo regime fiscal e os impactos na gestão do SUS: do estado de direito à saúde ao estado de quase morte do sistema. *In*: COSTA, José Ricardo Caetano; ZANARDO, Ariani Maidana; COSTA, Lucas Moran (Org). **DOSSIÊ CIDIJUS Pandemia.** Rio Grande: IBRAJU Edições, 2021.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FALEIROS, Daniel Resende; PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. Saldos dos repasses federais no SUS: o que temos e o que esperar do incremento para a COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 11, 2021.

SERVO, Luciana Mendes Santos; SANTOS, Maria Angelica Borges dos; VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá e. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate**, 2020, v. 44, n. spe4, pp. 114-129.

DISTRIBUIÇÃO DE PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE ENTRE OS ANOS DE 2007 E 2021

Rinelly Pazinato Dutra*
Alan Goularte Knuth**
Vanise dos Santos Ferreira Viero***

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Atividade Física; Sistema de Registros.

Introdução

A área da Educação Física (EF) e o campo da saúde apresentam entrelaçamentos ao longo da história, com distintas perspectivas acerca da corporeidade e do conceito de saúde. Em termos de políticas públicas, essas relações são mais recentes e associadas aos avanços concernentes à construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Alguns acontecimentos balizam esta aproximação da EF com a saúde pública, como por exemplo, a regulamentação dos profissionais de educação física (PEF) na área da saúde em 1997 (BRASIL, 1997). Já no ano de 2006 foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que representa um grande avanço nas discussões acerca dos determinantes e condicionantes do processo saúde, doença e cuidado. A PNPS também estabelece uma demarcação importante para a área da EF no campo da saúde, ao incorporar o eixo das práticas corporais e atividades físicas

* Mestranda no Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

** Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

*** Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Rio Grande (FURG)

(PCAF) como uma das suas oito ações prioritárias na rede básica e na comunidade (BRASIL, 2006).

No contexto do SUS surgiram outras políticas relacionadas às PCAF com o propósito de fomentar a inserção de profissionais, ampliar o conceito de saúde e a oferta de serviços, assim como aumentar a resolutividade e a abrangência dessas ações. Nesse sentido, destacam-se a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008 e o Programa Academia da Saúde (PAS) no ano de 2011, que articulado aos preceitos da PNPS, é o maior programa voltado à promoção da saúde no Brasil (CARVALHO, NOGUEIRA, 2016; ALMEIDA, MEDINA, 2021). Ao passar dos anos, a área da EF foi conquistando outros espaços importantes, como a inserção de PEF nas Residências Multiprofissionais em Saúde, nos Centros de Atenção Psicossocial, nos hospitais, dentre outras possibilidades de inserção em programas de PCAF específicos pelo país (XAVIER, KNUTH, 2016; WACHS, FRAGA, 2009; BRASIL, 2020a).

Para compreender a relação entre o desenvolvimento das políticas públicas com a inserção dos PEF no SUS é preciso avaliar como ocorreu este processo ao longo dos anos. Diante disso, o objetivo deste estudo foi analisar a distribuição dos PEF no SUS no período de 2007 a 2021 no país e nos estados brasileiros.

Metodologia

Este estudo, de caráter descritivo, foi realizado através da utilização de dados secundários do sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Para tanto, foram coletadas em outubro de 2021 as informações referentes ao número de PEF cadastrados no CNES nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, em cada ano no período de 2007 a 2021. Para fins de comparação, todos os dados extraídos foram referentes ao mês de setembro de cada ano consultado, uma vez que esta era a última competência disponível para extração no momento da coleta.

Já o espaço de tempo escolhido para análise, de 2007 a 2021, corresponde ao período em que o CNES passou a disponibilizar os dados em sua plataforma.

Para apresentar dados específicos do SUS, após o processo de extração, todos os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel© e procedeu-se com a exclusão das atuações em estabelecimentos privados. Também foi utilizado como filtro, o código 2241, que se refere a família de PEF, de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), do Ministério do Trabalho. A partir da utilização do código 2241, foram incluídos todos os PEF atuantes no SUS, cadastrados no CNES e pertencentes a esta família.

Após a organização do banco de dados realizou-se a análise descritiva, apresentando as frequências absolutas e relativas do número de PEF no SUS cadastrados em cada ano do período estabelecido. De modo a facilitar a compreensão dos achados, optamos por ilustrar os dados com um gráfico de linhas dos PEF cadastrados em cada ano em todo o país, e com um mapa para ilustrar a distribuição dos profissionais nos estados brasileiros no último ano analisado, construídos através dos softwares Microsoft Excel© e QGIS®, respectivamente.

Uma vez que este estudo se destina a analisar dados de domínio público e amplamente disponíveis, não houve a necessidade de encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e discussão

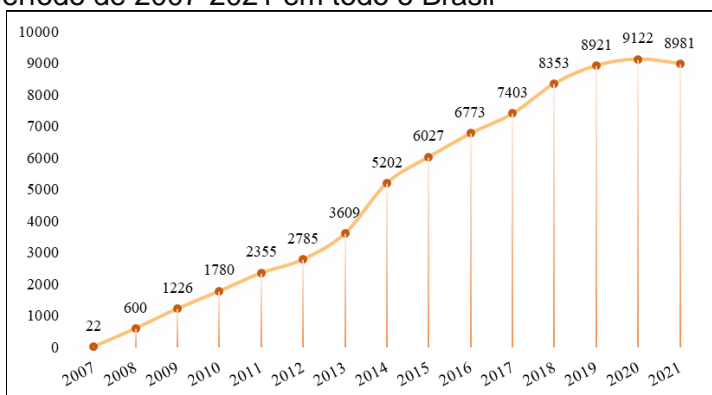
Os dados ilustrados na Figura 1 nos permitem analisar o quantitativo de PEF no SUS cadastrados no CNES entre os anos de 2007 e 2021 em todo o país. No ano de 2007, um ano após a publicação da PNPS, apenas 22 PEF no SUS estavam cadastrados na base de dados do CNES no país. Ao passar dos anos houve um crescimento acentuado desses profissionais chegando a 9.122 no ano de 2020. Contudo, no ano de 2021 observou-se uma queda de 1,6% no quantitativo dos PEF cadastrados nesse sistema, passando para 8.981.

O Brasil fomentou, entre os anos de 2005 e 2018, diversas ações do SUS que inseriram as PCAF em políticas

e programas (CARVALHO, *et al.*, 2022). Tais políticas públicas foram impulsionadas pela PNPS de 2006 e constituídas nos três níveis de gestão do SUS, e refletem a crescente inserção dos PEF neste cenário de atuação. Entretanto, essa proporção além de ser insuficiente para atender às demandas da população atendida nos serviços de saúde, apresentou queda no ano de 2021 e pode ser ainda mais reduzida nos próximos anos, haja vista que as medidas neoliberais adotadas pelo governo federal vêm afetando severamente os programas e ações vinculadas às políticas de saúde existentes. A exemplo, temos o congelamento orçamentário instituído pela publicação da Emenda Constitucional nº 95/2016, o novo financiamento da Atenção Básica (AB) e a revogação do NASF.

Todos esses aspectos relacionam-se diretamente com as constantes ameaças e ataques relacionados ao desmonte do SUS e à fragilização da democracia. Somado a estas questões, presume-se que a pandemia da COVID-19 possa também ter favorecido na redução do número de PEF no SUS nesse período, uma vez que para lidar com a severidade da situação pandêmica, os serviços de saúde centraram suas ações em práticas curativistas em detrimento daquelas consideradas promotoras de saúde.

Imagem 1 – Evolução do número de Profissionais de Educação Física no SUS cadastrados no CNES no período de 2007-2021 em todo o Brasil

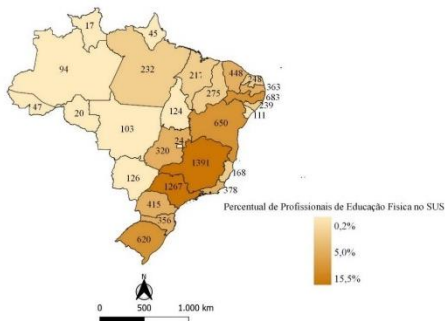


Fonte: Elaborado pelos autores com dados do CNES (2007-2021).

Os resultados ilustrados na Figura 2 apontam que a distribuição dos PEF é demasiadamente desigual, uma vez que os cadastros estão predominantemente concentrados nas regiões Nordeste e Sudeste. Além disso, no ano de 2021, o estado que apresentou o maior número de PEF no SUS cadastrados foi Minas Gerais (n=1391) seguido dos estados de São Paulo (n=1267), Pernambuco (n=683), Bahia (n=650) e Rio Grande do Sul (n=620). Pesquisas realizadas em períodos anteriores também demonstram maior concentração de PEF nessas localidades, o que denota disparidades persistentes na distribuição dessa categoria profissional (SILVA, 2018; VASCONCELOS, 2019).

Uma possível explicação para esses achados é o histórico de programas de promoção da atividade física já consolidados em âmbito municipal nestes locais. Por exemplo, o Programa Academia da Cidade está presente nas cidades de Recife (PE), Aracaju (SE) e Belo Horizonte (MG), o Serviço de Orientação ao Exercício em Vitória (ES) e o Agita São Paulo (SP), o Saúde Ativa Rio Claro (SP). Esses programas têm mostrado experiências exitosas no quesito das PCAF, em termos de aumento no acesso da população aos espaços e na prática de atividades físicas (SKOWRONSKI, 2014; BECKER, GONÇALVES, REIS, 2016).

Imagem 2 – Mapeamento da distribuição de Profissionais de Educação Física no SUS cadastrados no CNES nos Estados brasileiros no ano de 2021.



Fonte: Elaborado pelos autores com dados do CNES (2007-2021).

Considerações finais

Nossos achados demonstram que o quantitativo de PEF atuantes no SUS e cadastrados no CNES teve um crescimento expressivo durante o período analisado, possivelmente associado às políticas públicas e programas voltados à promoção da saúde e da atividade física implementados ao longo dos anos. Observa-se, contudo, que existem importantes disparidades regionais e estaduais, bem como a quantidade de profissionais ainda é incipiente para atender a demanda dos serviços de saúde, o que fere o princípio da universalidade no acesso aos serviços. Os aspectos aqui elencados, reforçam a necessidade de manutenção e fortalecimento das políticas públicas existentes e do SUS como um todo, bem como a formulação de novas estratégias que fomentem a inserção dos PEF na RAS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.R; MEDINA, M.G.. The genesis of the Family Health Support Center (NASF) in the primary healthcare agenda in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021.

BECKER, L.; GONÇALVES, P.; REIS, R.. Programas de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde brasileiro: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 21, n. 2, p. 110-122, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218, de 06 de março de 1997**. Reconhecer como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias. Diário Oficial da União, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais/Conselho Federal de Educação Física. **Resolução nº 391, de 26 de agosto de 2020**. Brasília, 2020.

CARVALHO, F.F.B; *et al.* As práticas corporais e atividades físicas na gestão tripartite do SUS: estrutura organizacional, financiamento e oferta. **Cien Saúde Colet**, v. 27, p. 2163-2174, 2022.

CARVALHO, F.F.B; NOGUEIRA, J.A.D. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. **Cien Saúde Colet**, v. 21, p. 1829-1838, 2016.

SKOWRONSKI, M. **Do Programa Agita São Paulo ao Programa Academia da Saúde: programas públicos envolvendo práticas corporais/atividade física para a promoção da saúde**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

SILVA, P.S.C. Physical Education Professionals in the Unified Health System: an analysis of the brazilian registry of health institutions between 2013 and 2017. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 23, p. 1-8, 2018.

VASCONCELOS, K. L.E. **Perfil e distribuição dos postos de trabalho dos profissionais de Educação Física nos serviços públicos de saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Educação Física) – Núcleo de Educação Física e ciências do esporte, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 2019.

WACHS, F.; FRAGA, A.B. Educação física em centros de atenção psicossocial. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 31, n. 1, 2009.

XAVIER, D.; KNUTH, A. Mapeamento da Educação Física em programas de Residência Multiprofissional em Saúde no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 21, n. 6, p. 551-560, 2016.

O CUIDADO SUFICIENTEMENTE BOM: CONSTRUINDO CUIDADO PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Lara Irene Leite da Costa*
Rita de Cássia Maciazeki-Gomes**

Palavras-chave: Política Nacional de Humanização; Psicanálise; Saúde do Trabalhador; Saúde Pública.

Introdução

O trabalho, sendo parcela consideravelmente importante na vida dos sujeitos e, sendo o trabalho dimensão tão importante, as condições de trabalho ao qual esses profissionais estão submetidos têm relação direta com sua saúde. A sobrecarga, as más condições de trabalho, jornada de trabalho exaustiva e baixa remuneração são fatores que podem enquadrar a classe dos profissionais de saúde como população vulnerável para adoecimentos físicos e psíquicos (FERREIRA; ANDERSON, 2020). Para pensar a humanização do cuidado é imprescindível não ignorar o cuidado com o trabalhador.

Na Política Nacional de Humanização (PNH), propõe-se a humanização do atendimento, de forma que ele seja acolhedor e resolutivo para o usuário, reduzindo filas, fornecendo informação aos usuários, uma constante escuta da comunidade, educação permanente dos profissionais de saúde e a prática das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), resguardando os direitos dos usuários (BRASIL, 2003).

Para a PNH o ambiente é central na humanização. Na política há uma diretriz denominada ambiência, na qual

* Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

** Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

entende-se o espaço físico como também sendo um espaço social, profissional e onde ocorrem as relações interpessoais, devendo haver acolhimento, resolutividade e humanização, propondo uma visão mais ampla sobre os espaços físicos dos serviços (BRASIL, 2017). O ambiente dos serviços de saúde é composto pelos trabalhadores e pelos usuários em constante interação e, por isso, deve ser um ambiente que seja capaz de ofertar condições para que isso de fato ocorra. Pensando em Donald Woods Winnicott, esse seria o exemplo de um ambiente facilitador. Entretanto, pensando que o trabalhador da saúde é quem ofertará esse cuidado, deveríamos pensar em primeira instância quais condições estão sendo ofertadas para que esses trabalhadores consigam ofertá-lo de maneira satisfatória – ou suficientemente boa.

O trabalho busca, através de um diálogo entre a PNH e a teoria winnicottiana, pensar o cuidado com o trabalhador de saúde.

Metodologia

O presente trabalho se trata de um ensaio teórico que busca, a partir da leitura da PNH e da teoria winnicottiana, pensar o cuidado do trabalhador de saúde do SUS.

Resultados e discussão

Na estrutura da PNH encontramos algumas diretrizes como acolhimento e ambiência e valorização do trabalhador, por exemplo. O acolhimento diz respeito à criação de vínculo entre equipe e comunidade, reconhecendo o que o outro traz de singular em suas necessidades de saúde, através de uma escuta qualificada; a ambiência busca a criação de espaços que são saudáveis, acolhedores, confortáveis, que garantam a privacidade, propicie mudanças e possam se tornar locais de encontro. A valorização do trabalhador se traduz na valorização da experiência desses sujeitos e sua participação nas tomadas de decisão (BRASIL, 2015).

Pensando nas diretrizes da ambiência e do acolhimento, podemos notar que ambas pressupõe a identificação e as trocas

entre trabalhadores e usuários, além de no caso da ambiência também se levar em consideração a construção de um bom ambiente para o trabalhador. Nesse aspecto, as contribuições de Winnicott podem auxiliar a pensar esse processo de cuidado do trabalhador.

Segundo Winnicott (1983), é no momento da dependência absoluta que exerce o *holding*, que em sua obra é descrito como aquilo que nomeia o ato de segurar, sustentar e cuidar. O *holding* é fundamental no início da vida, mas também pode ser exercido ao longo dela, sustentando o indivíduo com o que necessita em determinado momento da caminhada maturacional (FORLENZA NETO, 2008).

A capacidade do profissional em conseguir identificar as necessidades do paciente, buscando ofertar-lhe aquilo que necessita no momento, assemelha-se à diretriz da PNH que fala sobre acolhimento.

Cervini (1998) relembra que o colo materno é nosso ambiente inicial. Nossos espaços físicos também podem cumprir esse papel. Na política, a diretriz ambiência é diretamente ligada ao espaço físico buscando uma melhor experiência ao usuário e ao profissional, propiciando condições para trocas e cuidado.

Assim como no *holding* e acolhimento, para que esse ambiente seja suficientemente bom, é necessário que os profissionais estejam sensíveis às necessidades dos pacientes. Araújo (2007) conta que Winnicott sentia que o trabalho na enfermaria o perturbava e que para trabalhar nesse setor, teria de desenvolver a capacidade de não se deixar perturbar pelo sofrimento dos pacientes.

Por vezes, em meio à tantas das demandas de trabalho nas unidades de saúde, podemos não estarmos disponíveis para proporcionar um *holding* e um ambiente adequados ao paciente, colocando em primeiro lugar outras demandas que não as do usuário. Nos defendermos certamente nos livra de algum incômodo, mas também nos livra da possibilidade da realização de um bom atendimento ao usuário do serviço (ARAÚJO, 2007).

Considerações finais

O presente trabalho busca provocar profissionais e usuários do SUS, entendendo que o sistema é construído por todos, a refletirem sobre o cuidado dos profissionais. Não é possível estabelecer bons atendimentos e serviços de saúde, sem que os profissionais que atuam nesses dispositivos não encontram um ambiente adequado para suas práticas, ou ainda, não se sentem seguros ou emocionalmente preparados e seguros/sustentados para realizarem seu trabalho.

Um trabalhador que se sente sustentado se sentirá com maiores condições de sustentar o usuário do SUS que chega até ele com demandas em saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. A. S. O ambiente na teoria do desenvolvimento emocional. In: ARAÚJO, C. A. S. **Uma abordagem teórica e clínica do ambiente a partir de Winnicott**. 2007. 193 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/15641/1/Conceicao%20A%20Serralha%20de%20Araujo.pdf>. Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: política nacional de humanização**, Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>. Acesso em: 21 out. 2022.

_____. **A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização**. Secretaria de Atenção à Saúde, 2017. Disponível em: https://redehumanizasus.net/wp-content/uploads/2017/09/experiencia_diretriz_ambiencia_humanizacao_pnh.pdf. Acesso em 20 out. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Folheto sobre a Política nacional de humanização – PNH**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf. Acesso em: 21 out. 2022.

CERVINI, E. A casa-ambiente. Anotações sobre arquitetura e psicanálise de Winnicott. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 63-88, 1988.

FERREIRA, M. S. G.; ANDERSON, M. I. P. Sobrecarga de trabalho e estresse: relato sobre um grupo de apoio à saúde do trabalhador em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2188, 2020.

FORLENZA NETO, O. As principais contribuições de Winnicott à prática clínica. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v.42, n. 1, p. 82-88, 2008.

WINNICOTT, D. W. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo (1963). *In*: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 1983, 79-87.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO EM PSICOLOGIA SOCIAL NO GESCEM: COMPONDO ESTRATÉGIAS DE CUIDADO

Camila Sutili Capelesso*
Iara Severo Porto**

Palavras-chave: Psicologia social; estágio; relato de experiência; saúde mental coletiva

Introdução

Este relato de experiência objetiva compartilhar as vivências de duas estudantes do curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) com relação ao estágio curricular em Psicologia Social. Parte das reflexões, desafios e inquietações que se fizeram presentes nas distintas atividades que compõem o estágio junto ao Grupo de Estudos em Saúde Coletiva dos Ecossistemas Costeiros e Marítimos (GESCEM). O GESCEM é um laboratório vinculado à FURG que promove ações de pesquisa, ensino e extensão, atuando de forma compartilhada e interdisciplinar com os cursos de Psicologia, Educação Física e Enfermagem. As ações desenvolvidas buscam intervir coletivamente nos diferentes níveis de atenção à saúde, interseccionando direitos humanos e saúde coletiva. Dentre as atividades propostas pelo laboratório, estão articulações de ações integradas intersetoriais ligadas ao Grupo Espaço de Expressão, a Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas (AUSSMPE), a Unidade Básica de Saúde da Família UBSF CAIC e ao Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), bem como demais ações

* Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

** Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

vinculadas à comunidade. É a partir dos diferentes serviços articulados ao local de estágio que o conhecimento e as vivências das estagiárias vão sendo construídos a depender da demanda de cada um dos espaços. Dessa maneira, realizar o estágio de Psicologia Social em vários espaços é desafiador, pois ao mesmo tempo que nos desassossega, nos instiga e coloca em constante movimento.

Partindo de uma perspectiva psicossocial para sustentar as práticas de cuidado realizadas no estágio, tem-se o entendimento que o cuidado não é restrito a especialidades profissionais, mas que os saberes devem ser compartilhados. Atuar no modelo de cuidado humanizado significa construir intervenções baseadas no acolhimento, na emancipação do sujeito, na autonomia e na distribuição dos saberes, com o objetivo de “aparecerem os sujeitos que estavam neutralizados, invisíveis, opacos, reduzidos a meros sintomas de uma doença abstrata” (AMARANTE, 2007, p. 67).

Metodologia

O estágio obrigatório em Psicologia Social no GESCEM, no momento da escrita deste relato, ainda está sendo realizado. Ele faz parte da grade curricular do 4º ano e tem duração de dois semestres letivos, com início em 04/06/2022 e término em 31/01/2023. Realizando, em média, doze horas semanais, a carga horária é dividida entre as duas estagiárias a depender dos horários de cada um dos espaços de estágio. São realizadas também reuniões semanais de planejamento de equipe, assim como reuniões de supervisão acadêmica com a professora orientadora. Também é utilizado o instrumento de diário de campo. A partir da Psicologia Social, em diálogo com Saúde Coletiva e Saúde Mental Coletiva, buscamos refletir sobre o que pode a Psicologia Social nos distintos espaços em que realizamos nosso estágio.

Resultados e discussão

As intervenções propostas pelo Espaço de Expressão enquanto dispositivo grupal vinculado ao GESCEM acontecem de acordo com a demanda da comunidade acadêmica ou de outros dispositivos da Rede de Atenção à Saúde, de Assistência Social e de Educação. A reflexão, organização e construção das estratégias utilizadas nas intervenções são discutidas na reunião de planejamento da equipe. Nessas reuniões, são analisadas as demandas tanto da comunidade acadêmica da FURG quanto de outros espaços que procuram o dispositivo a fim de que se constituírem processos de acolhimento, escuta e cuidado. Como experiência do Espaço de Expressão, as estagiárias e a equipe da Psicologia do GESCEM realizam atividades buscando aliar Arte e Psicologia, ao passo que também se conectam a outros dispositivos. Nesse sentido, grande parte das ações do Espaço de Expressão acontecem por meio de intervenções grupais breves.

Outras atividades relacionadas ao estágio ocorrem em conjunto com a Associação de Usuários de Serviços de Saúde Mental de Pelotas (AUSSMPE), a qual é composta e coordenada por pessoas que têm sua história atravessada por atendimentos em instituições de saúde mental, seja na perspectiva psicossocial ou manicomial. Criada e gerida por usuários, a AUSSMPE, de modo autogestionário, preconiza os princípios da luta antimanicomial, da desinstitucionalização e da desospitalização em prol de um cuidado em liberdade (DUARTE, 2017). Junto à Associação ocorrem as reuniões da Gestão Autônoma da Medicação (Grupo GAM). Os encontros são pautados na troca de experiências, na perspectiva do cuidado em liberdade e na discussão dos sete passos práticos que englobam a Gestão Autônoma da Medicação. O Grupo GAM, na AUSSMPE, mantém parte de seus encontros de forma remota e conta com membros de diversas localidades, vindos do Rio de Janeiro, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Por se tratar de um grupo contínuo, optou-se por manter encontros quinzenais por plataformas de videoconferência.

A Gestão Autônoma da Medicação atua na perspectiva da saída do modelo biomédico hegemônico, passando a reconhecer os saberes e as experiências dos usuários, principalmente com relação ao seu próprio tratamento medicamentoso (SILVEIRA, 2014). Dessa maneira, o Guia GAM envolve uma discussão crítica abarcando usuários e profissionais da saúde a respeito da medicação, bem como busca refletir junto ao usuário sobre seu próprio processo de conhecimento acerca das prescrições, dos efeitos colaterais, de seus direitos enquanto usuário das políticas públicas do SUS e demais questões relacionadas à autonomia com relação aos serviços.

Uma parcela das atividades do estágio é realizada na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF CAIC). As estagiárias atuam junto a equipe multidisciplinar, acompanhando a psicóloga residente da Unidade. A UBSF CAIC atua elaborando e gerindo projetos tendo como objetivo a gestão compartilhada da atenção integral em saúde e a relação horizontal, contínua, integrada e com viés participativo, ao passo que reconhece as necessidades de saúde da população do seu território (CFP, 2019). As ações realizadas na Unidade ocorrem de maneira regular de acordo com a rotina diária do local, permitindo que as estagiárias vivenciem e acompanhem a realidade do território ao se integrarem aos grupos (caminhada, gestantes, adolescentes, crônicos etc), aos atendimentos de pré-natal, as atividades ligadas ao Programa Saúde na Escola (PSE), as visitas domiciliares, aos atendimentos individuais e aos demais serviços articulados à comunidade.

Também como parte do estágio em Psicologia Social, foram realizadas intervenções junto ao Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP). O Centro POP faz parte de uma política socioassistencial voltada para o atendimento especializado à população em situação de rua, a qual oferece acesso a comida, higiene pessoal, emissão de documentos e desenvolve atividades que promovam a autonomia, o protagonismo e a participação social dos usuários através de oficinas e atividades grupais

(BRASIL, 2009). Os encontros objetivaram auxiliar na implementação de oficinas de produção e expressão artísticas, bem como em rodas de conversa, de música e em trocas de saberes entre os usuários do serviço, a equipe e a comunidade.

Os princípios norteadores na redefinição de ações voltadas à saúde são pensados a partir de uma ética de trabalho que coloca em primeiro plano as pessoas, seus interesses, seus desejos e suas necessidades, incluindo vivências pessoais e coletivas nos processos de diálogo e criação de vínculo, buscando a corresponsabilidade do cuidado nas práticas em saúde (BRASIL, 2004). A partir disso, a Política Nacional de Humanização visa colocar em prática esse modo de pensar, utilizando os princípios norteadores do SUS no cotidiano dos serviços de saúde para construir uma prática transversal e estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários a fim de produzir processos coletivos de cuidado que rompem as barreiras de saber e poder comuns aos espaços que se ocupam da produção em saúde (BRASIL, 2004). Para isso, prioriza práticas que valorizam a dimensão subjetiva e social dos sujeitos, contribui com o fortalecimento da autonomia e protagonismo dos coletivos e atua em rede no trabalho em equipe multiprofissional, ao passo que entende a construção da autonomia e o protagonismo através do apoio coletivo (VASCONCELOS, 2013). Assim, o conceito de autonomia ultrapassa a capacidade individual da pessoa em lidar com os próprios processos e passa a ser relacionada a uma rede compartilhada e fortalecida de cuidado (SILVEIRA, 2014), horizontalizada e pautada na troca de experiências e saberes.

Considerações finais

O estágio em Psicologia Social está sendo desafiador e satisfatório para nós, estagiárias. A inserção em diferentes locais possibilita refletir sobre as Políticas Públicas em nosso país bem como o paralelo entre PP e Saúde Mental Coletiva. Nossa vivência nesses diferentes espaços está sendo muito rica

e importante, abrindo caminhos para práticas que não seriam possíveis em outros locais. Além disso, o vínculo criado nesses espaços é o incentivo que recebemos a cada dia para continuar pensando, estudando e construindo estratégias em cada uma das realidades do nosso estágio.

Referências

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1834.pdf>. Acesso em: 23 out. 2022.

BRASIL. Decreto nº 7053, de 23 de dez. de 2009. **Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (BRASIL). **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) nos Serviços Hospitalares do SUS**. Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 1. ed. Brasília, nov. 2019. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf.

DUARTE, Rosi Marrero. **Lembrar é resistir: Uma etnografia com a AUSSMPE – Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Pelotas**. 2017. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.

SILVEIRA, M. **“Eu sou uma pessoa não uma doença” – O Guia da Gestão Autônoma da Medicação**. 2014. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=BXyYa72AW9s&ab_channel=Telessa%C3%BAdeRS-UFRGS.

VASCONCELOS, E. M. (coords). **Cartilha [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para participantes de grupos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

EDITORA E GRÁFICA DA FURG
CAMPUS CARREIROS
CEP 96203 900
editora@furg.br

ISBN 978-65-5754-156-2



9 786557 541562