

Psicologia USP

Volume 13 - Número 1 - 2002
ISSN 0103-6564



Psicologia e Saúde

RACHEL RODRIGUES KERBAUY
Editora Convidada

A revista

PSICOLOGIA - USP

é uma publicação semestral
do Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo

ADMINISTRAÇÃO E REDAÇÃO

Instituto de Psicologia
Av. Prof. Lúcio Martins Rodrigues,
Travessa 4, 399 Bloco 23
Cidade Universitária - Butantã
CEP - 05508.900 - São Paulo - SP
Tel (11) 3091-4452
Fax (11) 3091-4462
<http://www.usp.br/ip/revpsico/>
E-mail: revpsico@edu.usp.br
http://www.scielo.br/psicologia_usp

Psicologia USP

Volume 13 - Número 1 - 2002
ISSN 0103-6564



Psicologia e Saúde

RACHEL RODRIGUES KERBAUY
Editora Convidada

Psicologia USP / Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.-
Vol.1, n.1 (1990).- São Paulo, USP-IP, 1990-

Semestral

ISSN 0103-6564

1. Psicologia. I.Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia.

CDD 150

INDEXAÇÃO:

LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (BIREME).

INDEX PSI (Conselho Federal de Psicologia).

Psicologia USP está disponível eletronicamente na SciELO (Scientific Electronic Library OnLine).

http://www.scielo.br/psicologia_usp

PSICOLOGIA USP
Volume 13 - Número 1 - 2002

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REITOR

Jacques Marcovitch

VICE-REITOR

Adolpho José Melfi

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DIRETOR

César Ades

VICE-DIRETOR

Lino de Macedo

COMISSÃO EXECUTIVA

Ana Maria Loffredo

César Ades

Helena Maria Sampaio Bicalho

Maria Inês Assumpção Fernandes

Niêlsy Helena Puglia Bergamasco

Sylvia Leser de Mello

CONSELHO EDITORIAL

Carolina Martuscelli Bori - Instituto de Psicologia USP

Celso de Rui Beisiegel - Faculdade de Educação USP

Franklin Leopoldo e Silva - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas USP

Gabriel Cohn - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas USP

Jacques Leenhardt - École des Hautes Études en Sciences Sociales - Paris

João Augusto Frayne-Pereira - Instituto de Psicologia - USP

Norberto Abreu e Silva Neto - Universidade de Brasília

Maria Helena Souza Patto - Instituto de Psicologia - USP

Maria Izabel Patrício de Carvalho Pedrosa - Universidade Federal de Pernambuco

Marie-Jean Sauret - Université de Toulouse-2 - Le Mirail, Toulouse, France

Oswaldo H. Yamamoto - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Tania Mara Galli Fonseca - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

EQUIPE TÉCNICA

Bibliotecária: Aparecida Angélica Z. P. Sabadini

Secretaria Geral: Gerson da Silva Mercês

CAPA

Gravura em metal de Marcelo Grassmann (1980)

PSICOLOGIA USP

Volume 13 - Número 1 - 2002

Revista editada pelo Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

EDITORIAL	09
 ARTIGOS ORIGINAIS	
RACHEL RODRIGUES KERBAUY <i>Comportamento e Saúde: Doenças e Desafios</i>	11
M. CRISTINA O.S. MIYAZAKI, NEIDE AP. MICELLI DOMINGOS, NELSON I. VALERIO, ANA RITA RIBEIRO DOS SANTOS E LUCIANA TOLEDO BERNARDES DA ROSA <i>Psicologia da Saúde: Extensão de Serviços à Comunidade, Ensino e Pesquisa</i>	29
VERA PAIVA, CAMILA PERES E CELY BLESSA <i>Jovens e Adolescentes em Tempos de Aids Reflexões Sobre uma Década de Trabalho de Prevenção</i>	55
MARY JANE P. SPINK E JOSÉ DA ROCHA CARVALHEIRO <i>Os Múltiplos Sentidos das Vacinas Para a Aids.</i>	79
SÔNIA REGINA FIORIM ENUMO E ZEIDI ARAUJO TRINDADE <i>Ações de Prevenção da Deficiência Mental, Dirigidas a Gestantes e Recém-Nascidos, no Âmbito da Saúde Pública da Grande Vitória-ES</i>	107

ANA TERESA DE ABREU RAMOS CERQUEIRA E NAIR ISABEL LAPENTA DE OLIVEIRA <i>Programa de Apoio a Cuidadores: uma Ação Terapêutica e Preventiva na Atenção à Saúde dos Idosos</i>	133
MARIA MARGARIDA CARVALHO <i>Psico-Oncologia: História, Características e Desafios</i>	151
ANENCY GIANNOTTI <i>Prevenção da Doença Coronária: Perspectiva Psicológica em um Programa Multiprofissional</i>	167
LIA ADES E RACHEL RODRIGUES KERBAUY <i>Obesidade: Realidades e Indagações</i>	197
OSWALDO H. YAMAMOTO, LUCIANA C. B. DE OLIVEIRA TRINDADE E ISABEL FERNANDES DE OLIVEIRA <i>O Psicólogo em Hospitais no Rio Grande do Norte</i>	217

PSICOLOGIA USP

Volume 13 - Número 1 - 2002

Journal edited by the Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo

CONTENTS

EDITORIAL	09
ORIGINAL ARTICLES	
RACHEL RODRIGUES KERBAUY	
<i>Behavior and Health: Disease and Challenges</i>	11
M. CRISTINA O.S. MIYAZAKI, NEIDE AP. MICELLI DOMINGOS, NELSON I. VALERIO, ANA RITA RIBEIRO DOS SANTOS E LUCIANA TOLEDO BERNARDES DA ROSA	
<i>Health Psychology: Extended Community Services, Education and Research</i>	29
VERA PAIVA, CAMILA PERES E CELY BLESSA	
<i>Youths and Adolescents in the Age of AIDS: Reflections About a Decade of Work in HIV Prevention</i>	55
MARY JANE P. SPINK E JOSÉ DA ROCHA CARVALHEIRO	
<i>The Multiple Meanings of HIV/AIDS Vaccines</i>	79
SÔNIA REGINA FIORIM ENUMO E ZEIDI ARAUJO TRINDADE	
<i>Mental Deficiency Preventive Actions Directed to Pregnant Women and Newborn Children in the Public Health System</i>	107

ANA TERESA DE ABREU RAMOS CERQUEIRA E NAIR ISABEL LAPENTA DE OLIVEIRA <i>A Support Program for Caregivers: A Therapeutic and Preventive Action in the Health Care of the Elderly</i>	133
MARIA MARGARIDA CARVALHO <i>Psycho-oncology: History, Characteristics and Challenge</i>	151
ANENCY GIANNOTTI <i>Coronary Heart Disease Prevention: A Psychological Perspective in a Multidisciplinary Program</i>	167
LIA ADES E RACHEL RODRIGUES KERBAUY <i>Obesity: Reality and Questions</i>	197
OSWALDO H. YAMAMOTO, LUCIANA C. B. DE OLIVEIRA TRINDADE E ISABEL FERNANDES DE OLIVEIRA <i>Psychologists in Rio Grande do Norte Hospitals</i>	217

EDITORIAL

Temos presenciado avanços espetaculares na área da medicina e do manejo do corpo. Procedimentos eficazes restabelecem a saúde do corpo e, mais do que isso, restauram até mesmo partes da juventude perdida, corrigem a natureza. Mas há também, o que parece ser mais fundamental para uma grande parcela da humanidade sofredora que não tem acesso àqueles procedimentos custosos, notáveis progressos na compreensão do que é saúde. As ações e intervenções propriamente médicas não podem, muitas vezes, apesar de sua sofisticação tecnológica e da precisão de seus instrumentos, promover a saúde. O avanço deu-se na compreensão de que um sujeito humano não é uma mônada biológica, sem janelas para o mundo, e que além das doenças derivadas de agentes patogênicos internos e externos, outros agentes, notadamente sociais, econômicos e políticos, podem estar atuando e causando danos graves aos indivíduos e às coletividades envolvidas. A organização Mundial da Saúde tem insistido na idéia de qualidade de vida, englobando conceitos e estratégias que transcendem muito o limite da saúde definido pela presença ou não da doença. Por esses motivos a Psicologia, e outras ciências sociais, têm sido chamadas a ocupar um importante lugar no mundo da saúde. Os artigos contidos neste número da revista representam um amplo e crescente espectro de pesquisa e de intervenções, dentro da diversidade que caracteriza o campo de articulações entre a Psicologia e a Saúde.

COMPORTAMENTO E SAÚDE: DOENÇAS E DESAFIOS

Rachel Rodrigues Kerbauy¹

Instituto de Psicologia - USP

A área comportamento e saúde se desenvolveu como de pesquisa e aplicação, sendo conceituada e nomeada de formas diversas. Nota-se que, atualmente, há quase um consenso de que esta área deve enfocar prevenção, tratamento e ser multidisciplinar. Continua, no entanto, em desenvolvimento o favorecer pesquisas em modelos parcimoniosos testados que permitam estabelecer os mecanismos e a avaliação de intervenções eficazes.

Descriptores: Comportamento. Saúde. Psicologia da saúde. Conceitos. Avaliação.

Comportamento e saúde talvez seja a área que mais se desenvolveu nos últimos vinte anos. Como área nova, está centrada nos problemas recorrentes da Psicologia e buscando soluções teóricas ou técnicas para problemas de saúde.

Atualmente, na Psicologia, assistimos a fundação de sociedades que aglutinam psicólogos interessados em pesquisa e profissão. O interesse nessas associações é pela área de especialização, metodologia e interpretação teórica dos dados. Considero que a separação entre ciência e profissão, que às vezes parece ser objeto de discussões entre facções, seria prejudicial à Psicologia. Seria traição à herança das associações que, em sua maioria, foram fundadas para desenvolver a Psicologia como ciência e discutir os pro-

¹ Endereço para correspondência: Rua Feliciano Maia, 189 – CEP: 04503-070, São Paulo, SP. Endereço eletrônico: rkerbauy.usp.br

blemas principais da área. Também impediria ou dificultaria a possibilidade da Psicologia ter representatividade e conseguir fazer contribuições reconhecidas pela sociedade e políticas científicas.

Em 1990, um grupo de psicólogos representativos de 69 sociedades psicológicas americanas comportamentais e cognitivas, reuniu-se e publicou um documento, em 1992, que estabelecia as prioridades para a psicologia e ciências relacionadas. Foram seis os objetivos destacados: produtividade no local de trabalho, escolaridade e competência em leitura compreensiva, a sociedade idosa, o abuso do álcool e drogas, saúde e violência.

Esses problemas e seu enfrentamento e solução pela Psicologia estão irrevogavelmente ligados a questões éticas e morais, e especialmente, a como a Psicologia é definida, e em decorrência, quais seriam seus métodos e as questões formuladas.

Examinando a história curta da Psicologia, verificamos que a discussão da possibilidade de uma ciência da mente e como estabelecer suas operações e seu conteúdo, determinou os tipos de investigação e respostas e gerou polêmicas. Watson (1913), exagerando talvez, determinou o abandono da mente e a ênfase no estudo do comportamento e deu origem ao behaviorismo que influenciou a psicologia americana e mundial. Originaram-se desse conceito básico, divergências, questões e métodos propostos pelos neo-behavioristas cujas idéias imperaram até os anos oitenta. Hoje, observa-se como sempre na História, uma reação, e o estudo da mente retornando com a psicologia cognitiva, independente de grupos behavioristas continuarem seu trabalho, como o caso do behaviorismo radical, demonstrando como estudar a consciência e a cognição através da fundamentação de suas afirmações em pesquisas controladas.

Outra questão recorrente na Psicologia é onde se localiza a mente. Hoje, o possível local considerado é o cérebro e florescem as neurociências com psicólogos, neurólogos e psicobiólogos investigando problemas correlatos. Claro que com 100 bilhões de células nervosas e as suas inúmeras conexões, as relações entre cérebro e comportamento ou consciência estão ainda em fase inicial de explicação.

Esses problemas, bem como a eterna questão filosófica e psicológica da relação mente – corpo, e qual o modelo dessa relação, correm em paralelo. É também recorrente a questão sobre a natureza (genética) e o ambiente, embora nem sempre discutidas com essas denominações. Quanto os estudos sobre o DNA e os projetos de decodificação genética esclarecerão os problemas, ainda está em aberto.

Essas questões, que têm merecido estudo detalhado dos psicólogos e estudantes de psicologia, são relevantes para compreender cada momento do debate e soluções ou falhas que existiram em diversas épocas e no enfoque dos problemas tratados. Os erros e acertos nem sempre são evidentes, estão permeados pelo *Zeitgeist*, ou espírito do tempo, como denominou Boring (1957). De fato, compartilhamos crenças e afirmações de um momento específico, de um período de tempo. Para entender esse fato, Hothersall (1995) ilustra com a pesquisa de Pierre-Paul Broca, que estudou a localização da fala no cérebro humano, existindo a área de Broca, onde demonstrou a lesão responsável pela afasia. Seus estudos ainda hoje são relevantes. Suas pesquisas mudaram o debate sobre localizações cerebrais. Foram apresentados, no século XIX, 3000 estudos sobre afasia e seu nome é reverenciado com a área de Broca. No entanto, esse pesquisador estava convencido de que a mulher é um produto inferior da evolução e seu cérebro menos desenvolvido que o dos homens. Afirmava que essa diferença se acentuava a cada geração. Sabemos hoje que essa conclusão é errada e baseada em controle experimental insuficiente, mas harmonizou-se com as crenças do período, meados do século XIX.

A questão da denominação e conteúdo da área

Essa introdução pareceu necessária para analisarmos o que ocorre na Psicologia em relação à saúde. Podemos dividir a área psicologia e saúde, baseando no conjunto de pesquisas com doenças e seu tratamento ou enfocando a prevenção, estilo de vida, adesão a tratamento, colocando mais ênfase no processo de aprender os comportamentos necessários, analisando-se

as condições existentes. Kerbauy (1999) afirma que, para estudar saúde e doença, é necessário detalhar o processo para avaliar os resultados: “como processo é necessário especificar as variáveis biológicas do organismo e como estas são afetadas pelas contingências ambientais” (p. 20).

Na realidade os livros publicados em diversas partes do mundo (Burish & Bradley, 1993; Holroyd & Creer, 1986; Matarazzo, Weiss, Herd, Miller, & Weiss, 1982; Ogden, 1996), além da definição da área de pesquisa e profissão, procuraram determinar variáveis relevantes para explicar os tratamentos de saúde e sua manutenção.

No caso da Psicologia da Saúde, até a denominação é ainda problemática e baseada em referenciais teóricos e discussão de como se denominar uma área que aplica os princípios de psicologia a problemas de saúde e doença: medicina psicosomática, medicina comportamental, psicologia da saúde, psicologia hospitalar.

Continuamos a ter teorias (resquício da filosofia?) vinculados a interesses ou *Zeitgeist* do momento. Há 250 teorias em psicologia e várias outras teorias alternativas, tão em moda atualmente, que trazem problemas que dados experimentais já resolveram ou que escapam à área da ciência e seriam para outro tipo de indagação e investigação.

Mesmo sem considerar a experimentação em laboratório, os achados de Darwin demonstravam que, além da introspecção, era possível empregar outras técnicas de coleta de dados, especialmente a observação. Através dos anos e pesquisando problemas diversos, psicólogos inovaram as maneiras de coletar dados e a definição clara de problemas e áreas de estudo.

Neste contexto, antigo e novo, o que acontece com a Psicologia e a Saúde e quais influências a marcaram, seria a pergunta. Mesmo separando a pesquisa da aplicação, nota-se que objetivos, maneiras de trabalhar, formação profissional, definição de problemas e da área, necessitam ser especificados, com urgência.

Psicologia da Saúde é definida por Matarazzo (1980) como:

Comportamento e Saúde: Doenças e Desafios

Um conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais da disciplina da Psicologia para promoção e manutenção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças, a identificação da etiologia e diagnóstico dos correlatos de saúde, doença e funções relacionadas, e a análise e aprimoramento do sistema e regulamentação da saúde. (p. 815)

Dessa forma a área se distingue da Psicologia Clínica por compreender o comportamento no contexto da saúde e doença. Embora possa ser importante distinguir saúde mental e física, a psicologia da saúde focaliza principalmente os aspectos físicos da saúde e doença e os modelos empregados em saúde mental nem sempre são os mais indicados. Para difundir os conhecimentos da área foi criado o *Journal of Health Psychology* cujas publicações são predominantemente de psicólogos.

Historicamente, a psicologia da saúde começou com um grupo de trabalho em 1970, na *American Psychological Association* (APA), e tornou-se uma divisão em 1979. Também em 1978 foi definido pelos participantes da Yale Conference, o campo de Medicina Comportamental que procurava integrar as ciências comportamentais e biomédicas. Houve a seguir, no mesmo ano, uma redefinição pela *Academy of Behavioral Medicine Research*, com ênfase na integração das ciências médicas e comportamentais. A definição é de Schwartz e Weiss (1978),

Medicina Comportamental é um campo interdisciplinar preocupado com o desenvolvimento e integração dos conhecimentos e técnicas das ciências comportamentais e biomédicas, relevantes para a compreensão da saúde e doença e a aplicação desse conhecimento e dessas técnicas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. (p. 250)

Uma revista também surgiu, o *Journal of Behavioral Medicine*, que tem a interdisciplinaridade como característica.

O importante nas definições é conceituar mais que uma simples disciplina. É ser uma concepção que procura salientar o processo de organização e contribuição de vários profissionais com o objetivo de esclarecer problemas comuns de saúde e doença, propondo intervenções adequadas.

Neste trabalho não pretendemos enumerar problemas decorrentes das diferenças entre as disciplinas que pesquisam e atuam na área da saúde com a terminologia, o conhecimento, difícil de ser totalmente dominado e os problemas de comunicação existentes. Todos eles podem ter soluções com formação profissional entendida como definição dos objetivos da atuação, limitações, conhecimento das técnicas empregadas, avaliação dos resultados, estudo constante e aprendizagem de como observar o trabalho avaliando o efeito que produz.

Apesar da denominação Psicologia da Saúde ser a mais empregada atualmente, há de se considerar que a denominação Medicina Psicossomática foi o primeiro desafio ao modelo médico. Decorria da análise da relação doença física e mente feita por Freud e pela Psicanálise e sugere que as doenças são causadas por fatores psicológicos. Também é denominada de Psicologia Médica, e nesse caso procura englobar a análise da interação médico-paciente e as condições biopsicossociais. Esse conceito parece mais recente e provavelmente sofreu o impacto das definições dos autores citados anteriormente e especialmente da literatura na área. Publicou-se também uma revista antiga, a *Psychosomatic Medicine*.

Embora a psicossomática tenha se desenvolvido na Europa e com a Psicanálise, é o referencial psicodinâmico o empregado por profissionais em diversos países, como Jeammet, Reynand, e Consoli (1982).

No entanto ao pensar em saúde o importante parece ser a pergunta: quais as intervenções que salvam vidas? Quais as intervenções que têm impacto na saúde?

Essas perguntas parecem conduzir à prevenção e adesão a tratamento. No caso da prevenção, medidas simples como atendimento materno-infantil, atendimento ambulatorial, nutrição, água e esgoto, atendimento de moléstias infecciosas e especialmente sua prevenção pode ser a quase solução.

Ao colocarmos a ênfase em prevenção e adesão a tratamento e em medidas simples, apontadas pelas pesquisas epidemiológicas e pelos estudos econômicos que demonstram a relação, não se descaracteriza o tratamento do Psicólogo.

Ramos Cerqueira (1997) uma das pioneiras de trabalho em Psicologia Médica afirma:

Salientamos ainda que se é necessária a imersão no contexto das instituições de saúde para compreender o seu funcionamento, sua influência sobre o processo saúde-doença, sobre a relação médico e paciente, se é necessária a compreensão do modelo biológico para se atuar junto ao doente, para se prevenir doenças, é um desafio no momento atual o desenvolvimento de modelos de atuação e pesquisa que privilegiem a consideração do fenômeno psicológico em sua totalidade. (p. 532)

Marteau e Johnston (1987) advertem para o risco de se negligenciar modelos psicológicos, privilegiando o modelo médico, na compreensão do campo da saúde e doença.

É importante lembrar o risco de, atuando sob a perspectiva do modelo médico, tentar adequar o paciente às exigências da instituição, assumir o modelo cartesiano, do dualismo mente-corpo, e assim enfraquecer, mais que contribuir para essa nova área da Psicologia. (p. 538)

Há temas, no entanto, recorrentes em vários autores. Davidson e Davidson (1980) salientam que um movimento se iniciou por trabalhos com a teoria de análise do comportamento e deslocou-se mais para o emprego da aprendizagem social de Bandura (1977). Como consequência, houve mudanças no planejamento de programas de estilo de vida e na importância da automanipulação (atualmente denominada auto-gerenciamento) e de habilidade de manter um comportamento quando iniciado. Prochaska, Narcross, e Diclemente (1994) demonstram estágios de mudança identificados em pesquisa e propõem um modelo transteórico para compreender os diversos estágios. Portanto, explicar a mudança e demonstrar que podemos exercer algum controle no decorrer de vida é peça chave para construir novos estilos de vida que a saúde ou a doença exigem e consequentemente os programas de prevenção, tratamento e manutenção.

É fato que a medicina avança com velocidade, especialmente as pesquisas epidemiológicas, podendo predizer com segurança quais coisas facilitarão um estilo de vida saudável e como resultado a saúde, desde que as pes-

soas sejam informadas das possibilidades existentes e executem os comportamentos necessários.

No entanto, para que essa informação resulte em ações eficazes, a terapia comportamental e cognitiva vem construindo técnicas práticas e eficazes, e demonstrando como estes estilos de vida saudáveis podem ser construídos. Possivelmente, a preocupação em produzir teorias do porque ou como as pessoas mudam ou desempenham padrões destrutivos têm mantido as pesquisas e a recorrente busca de descrever tipos de personalidade que seriam condições facilitadoras para a ocorrência de certas doenças.

Novamente nos colocamos diante das reais descobertas da psicologia como ciência, e dos modelos explicativos para a psicologia da saúde mas lamentavelmente, também do emprego de técnicas e explicações sem fundamentação teórica ou experimental suficiente, baseando-se em pressupostos de outras áreas de conhecimento.

Enfoques para explicar a saúde e doença

Sem pretender esgotar as maneiras de explicar a doença ou a saúde, convém retomar explicações utilizadas na literatura devido à consequência na atuação profissional e pesquisa, e também porque o leigo as emprega para explicar seus comportamentos.

Entre esses modelos, um dos mais conhecidos é o do stress, que não é considerado como um fator desencadeante de estados emocionais e fisiológicos, mas uma descrição da transação do indivíduo com o meio que, ao proceder à avaliação da situação, a percebe como ameaçadora ao seu bem estar. Da maneira como o stress às vezes é descrito parece ser a própria psicologia e não somente um dos fatores que poderiam predizer comportamentos saudáveis desde que bem definidos e com intervenções eficazes.

Considero que o fato mais importante que ocorreu nos últimos anos não é específico da psicologia da saúde, é o conceito de fator de risco para a saúde e qualidade de vida. Retirou o indivíduo de uma situação passiva di-

ante de bactérias, poluição, degenerência celular e o colocou como responsável pela saúde. Olhar o próprio corpo e onde ele está me parece descrever essa interação do homem com o meio e torná-lo responsável pela interação com o ambiente. De certa forma, obriga a repensar o problema de porque pessoas praticam comportamentos inadequados para a saúde e talvez aponte para a insensibilidade ao risco ou otimismo exagerado.

Entre os modelos que influíram na área de comportamento e saúde destacaremos o modelo psicossomático, o biopsicossocial e o epidemiológico. Originaram-se de concepções teóricas diversas e consequentemente atuam diferentemente e mantém o isolamento entre si. Aventarei as ações ou interpretações controversas e que estão talvez se permeando pelas condições de saúde e doença atual e pela necessidade e conscientização da importância da prevenção.

O modelo psicossomático

Talvez seja o modelo mais antigo, desde os anos cinqüenta, e que se caracteriza por considerar doenças como resultantes de conflitos emocionais específicos, não resolvidos pelo paciente e que aparecem como uma condição física identificada. Não importa no caso, o desconhecimento pelo paciente desses conflitos.

É uma concepção mentalista que procura explicar as doenças por fatores psicológicos. É uma ênfase na relação mente-corpo, baseada em orientação psicodinâmica, especialmente na psicanálise e suas várias correntes. Como essa forma de pensamento psicanalítico dominou nos cursos de psicologia, inúmeros psicólogos trabalham com essas concepções. São interpretações baseadas em teoria. Interpretam desde o aparecimento da doença até sua manutenção e os fatores psicológicos são considerados como consequência e também causa.

O modelo psicossomático existe paralelamente aos outros enfoques e aqui no Brasil parece que tem sido substituído ou utilizado em conjunto com outros modelos, especialmente técnicas comportamentais e cognitivas,

mesmo sem uma análise cuidadosa ou treinamento específico. É freqüente ouvir-se frases como: “*Sou ... (nomeação de linha teórica ou autor psicodinâmico), mas aqui no hospital trabalho com comportamental porque é o que é possível*”. Sem comentários ...

O modelo biopsicossocial, a meu ver, inclui inúmeras teorias, tendo perdido a conotação de social e incluindo as teorias cognitivas e as comportamentais. Examina os fatores comportamentais preditivos da doença ou saúde e examina como as pessoas se comprometem. Se inicialmente a teoria era de Bandura (1977) analisando as expectativas, os incentivos e as cognições sociais, hoje, incorpora um conjunto de técnicas e abordagens teóricas. Os livros de texto sobre Psicologia da Saúde, já citados, demonstram essa variedade, junto talvez da exigência de resultados nos programas de intervenção com implicações claras na formação profissional.

Um dos pontos importantes das implicações dos modelos são os estudos sobre representações sociais que apresentam problemas na aplicação, se, além das representações, não se especificar os comportamentos a serem treinados.

De qualquer forma a ênfase em identificar variáveis, e especialmente as culturais e sociais que influem nos programas de intervenção, é uma evolução nos modelos de psicologia da saúde tendo implicações diretas na adesão a tratamento.

Dentro desses enfoques, é necessário ressaltar a abordagem educacional resultante dos estudos de aprendizagem e a consequente ênfase na escolha pessoal de participar dos programas. Geralmente os objetivos dos programas são os de ensinar às pessoas o que é medicina preventiva e como é necessário um treino específico de procedimentos, de observação pessoal, identificação de fatores de risco e redução deles através de mudanças de comportamento conseguidas após tomada de decisão e escolhas específicas para a doença ou saúde.

As intervenções de autocontrole ou auto-gerenciamento implicam em registro de situações e comportamentos, estabelecer objetivos após o autoconhecimento e a informação sobre o problema (doença, comportamento saudável, etc), planejamento e identificação de estímulos controladores e

comportamentos alternativos, escolha de técnicas para serem utilizadas em momentos específicos (desejo de ser permissivo no caso de alimentação, fumo, etc), discussão sobre as ameaças de interrupção do programa e a recaída e como enfrentar esses períodos através de planejamentos de alternativas.

Os estudos de Marlatt e Gordon (1985/1988) sobre prevenção da recaída publicados em artigos e livros são clássicos, especialmente em droga-adiação. No Brasil temos identificado regras pessoais que dificultariam a prevenção e manutenção. Entre essas regras que interferem na adesão especialmente quanto a medicamentos indispensáveis para controle da doença, temos como exemplo as seguintes: “*Você tem que dar um descanso para seu corpo de tanto remédio*”, “*Tomar remédio muito tempo faz mal*”, “*Se você toma muito remédio quando precisar mesmo ele não dá resultado*”, “*Eu acho que o remédio não está adiantando nada*”.

Para alterar essas regras, prejudiciais especialmente em caso de hipertensão e diabetes, é necessária uma intervenção, muitas vezes a nível familiar para bons resultados de manutenção. O mesmo problema existe na prevenção. São regras perpetuadas por gerações e insensíveis a novos conceitos, tais como: “*Aqui no Brasil se come o que se pode*”, “*Comida sem gordura parece lavagem*”, “*O regime não pode ser para a família, as meninas precisam comer melhor*”, “*Meu avô comeu carne de porco, fumou, bebeu e viveu até 85 anos*”, “*Sem açúcar eu fico muito fraca*”, “*Eu não aguento viver sem fumar*”.

Discussão com exemplos e análise dos comportamentos envolvidos e das consequências demandam semanas ou meses.

Os manuais de informação e sugestões para tratamento: algumas considerações

Há vantagens claras em escrever manuais ou fazer programas de vídeo para serem utilizados por pessoas portadoras de doenças. Economiza tempo dos profissionais de saúde e garante informações corretas. No entanto, podem também favorecer uma análise estrutural do problema em detrimento

de uma análise funcional e seleção dos comportamentos-alvo para serem tratados, no caso daquele doente específico.

Muitas vezes, para adesão a tratamento, o psicólogo precisa tomar decisões idiográficas com seqüências de tratamento especiais. No atendimento profissional, não se trata de um protocolo de pesquisa que necessita ser padronizado. Como salienta Sielegman (1995), no caso de psicoterapia, a falta de observar diferenças individuais nas intervenções pode ser responsável por resultados desencorajadores baseados em resultados de tratamentos que demonstram mudanças entre grupos mas não diferenças entre tipos de tratamento. É o mesmo caso em psicologia da saúde agravado ainda pelo fato de que a população de hospitais e ambulatórios muitas vezes lê mas sem leitura compreensiva.

Como vimos pelas regras pessoais de adesão a tratamento ou prevenção expostas acima, muitas delas exigem a implementação de técnicas de intervenção para aquela pessoa ou família. Explicações prontas ou importadas muitas vezes estão distantes das pessoas e não têm respaldo em teorias e estudos que justifiquem aquela intervenção como psicológica.

É também necessário considerar que muitas intervenções com material escrito são realizadas em grupo. Embora se espere que o grupo auxilie no processo de adesão a tratamento, é necessário destacar a necessidade de verificar se isto realmente ocorre. Ou, se o resultado pouco satisfatório é explicado com frases como “*Está desmotivado*”, “*Muito doente*”, para participar.

Um cuidado especial precisa ser tomado com a descrição do material, bem redigido e em linguagem simples. Também as descrições precisam ser encaminhadas para as habilidades, instaladas passo a passo e continuamente orientadas para a tarefa esperada. Às vezes, a não aceitação do diagnóstico inicial e os problemas com sintomas ou mudanças no estilo de vida dificultam a compreensão do material distribuído. Isto demonstra novamente a necessidade de atendimento com análises funcionais cuidadosas que podem demonstrar a necessidade de menos informação e mais discussão sobre a esperança de cura e ações alternativas possíveis naquele momento.

Por exemplo, poderia ser solicitado falar sobre sentimentos quando a pessoa encontra-se em uma das fases iniciais dos cinco estágios descritos

por Klüber-Ross (1969). Quando há negação da doença, ou raiva, nem sempre esses sentimentos são relatados. Realmente nessas fases, as mudanças e perspectivas podem parecer sombrias. É só depois na fase de negociação ou finalmente de aceitação que novas possibilidades de atuação são possíveis. Provavelmente teremos que trabalhar identificando objetivos anteriormente atingidos e como fazia.

Contingências novas estão existindo e, portanto, ocasião para novas emoções e ações. Cada novo padrão de comportamento dará dicas ao psicólogo de quais emoções e reforçadores estão atuando.

Em Psicologia da Saúde continua válida a estratégia de análise funcional do comportamento para especificar as ocasiões, o comportamento a ser desenvolvido ou mantido e quais consequências sociais ou pessoais estão realmente existindo.

Avaliação do trabalho na área da psicologia da saúde

É um desafio avaliar a eficácia dos procedimentos empregados nos tratamentos de doenças que são consideradas como condição para depressão e ansiedade e mudanças na qualidade de vida, devido aos problemas metodológicos e éticos. Esses problemas existem em quase todas as doenças. Entre eles, destacaria: 1) as intervenções que empregam psicoterapia e aconselhamento são geralmente vagas, sem clareza sobre os critérios de avaliação; 2) medidas utilizadas como perda de peso, fadiga, perda de sono, depressão, são facilmente confundidas: são decorrentes da doença ou do estado psicológico? Afinal, não existem muitos Goldiamond (1973) que, pelo registro acurado durante sua hospitalização com fratura na coluna, pôde destrinchar o que sentia e esclarecer o efeito da medicação; 3) os grupos de controle, difíceis eticamente, pois deixar alguém sem medicação ou com placebo em certos casos implica em riscos. No entanto, há estudos respeitados como o de Spiegel (1991) realizado na Universidade de Stanford que dividiu 86 mulheres com câncer de mama metástatico em dois grupos. O grupo experimental, de apoio psicológico aprendeu a examinar seu medo de morte e organi-

zar sua vida. Este grupo viveu 18 meses mais e com menos dor. A metodologia é adequada pois os dois grupos tinham câncer e o grupo de controle continuava com o tratamento habitual nesses casos; 4) os estudos avaliam também, geralmente, o ambiente doméstico, as relações familiares, o ajustamento no trabalho, as orientações médicas e a adesão como fator de qualidade de vida e longevidade. A idade dos pacientes, no caso de sobrevida é fator preponderante, especialmente quando os doentes são considerados passivos ou desamparados sem grupos de sustentação. A idade, a cultura na qual a pessoa vive, as condições de cuidar e a concepção de família, e a disponibilidade econômica e pessoal do cuidador são difíceis de medir e qualificar.

Os cuidadores de pacientes com doenças degenerativas como Alzheimer, por exemplo, têm obtido atenção especial e procura de alternativas para trabalhar com eles, pois apresentam depressão, insônia e doenças físicas, segundo Rabins, Mace, e Lucas (1982).

Os programas apresentados em pesquisas incluem intervenções psicoeducacionais, psicoterapêuticas e de auto-gerenciamento ou automanipulação. Incluem conhecimento sobre a doença e sua evolução, treino em relaxamento, grupos de apoio e intervenções cognitivas e comportamentais com técnicas descritas e freqüentemente pesquisadas. No entanto, os resultados são contraditórios pois não se mantêm e nem sempre atingem significância clínica.

McCurry e Schmidt (1994) apresentam diferenças comportamentais e cognitivas entre resignação, tolerância e aceitação, colocando aceitação como um processo de interação em que é possível avaliar o contexto e as escolhas e consequências. As pesquisas precisariam esclarecer esses conceitos e distinguir entre aceitação e esquiva e o impacto na vida diária salientando algumas variáveis com a observação dos eventos externos, causas e progressão de doenças e expectativas para o futuro, podendo também identificar os antecedentes associados a problemas específicos do paciente. Os eventos internos que podem ser relatados, especialmente os pensamentos e emoções, relacionados com o passado e presente, podem facilitar um melhor nível de relacionamento com o paciente verificando que muitas reações são aceitáveis e normais.

Esses problemas são tratados em estudos, mas a meu ver faltaria estabelecer a ligação entre pesquisa aplicada e básica, como o artigo de Mijares e Araújo Silva (1999) sobre a lei da igualação e suas implicações e o de Ramos Cerqueira (2000) sobre a discussão de conceitos e das pesquisas que a embasam. Muitas vezes se presumiu que a aplicação de princípios básicos a uma série de problemas clínicos tornaria mais compreensível e poderosas as intervenções, fato que pode acontecer ou não.

Considero que se conhece pouco sobre as emoções eliciadas, os reforçadores, as funções da linguagem e os estímulos complexos. Entrar no organismo para explicar comportamento pode não ser a melhor alternativa. Estudos demonstram em fato e há polemicas. Um estudo elegante com 11 pacientes com síndrome de dor crônica, voluntários, com dor persistente em torno de 6 meses demonstrada por queixas, expressões faciais, movimentos ou posturas corporais, sem apresentarem invalidez física que impedisse a emissão de comportamentos saudáveis. Residiam com um co-participante. Ambos foram treinados a registrar a ocorrência de comportamentos específicos durante períodos de intervenção ou proximidade física, em sua rotina diária, pois o estudo era o mais possível em situação natural. Os registros não poderiam ser mostrados a ninguém antes do final das duas semanas do estudo. O registro abrangia comportamentos saudáveis de exercícios a afirmações positivas sem referência à dor e reforçadores variados de atenção a não reforçamento em resposta à dor ou comportamentos saudáveis. Como o estudo baseou-se na explicação pela hipérbole de Herrestein, verificaram que este explicava 86% da variância dos comportamentos de dor, e 76% da variância dos comportamentos saudáveis. Em ambos os casos, a freqüência de respostas estava relacionada à freqüência de reforços fornecidos por uma pessoa significativa do ambiente do doente. Os resultados mostram também que os comportamentos de dor eram mais freqüentes que os saudáveis a despeito da freqüência de reforçamento para respostas alternativas à dor, ou seja, reforçar respostas alternativas à dor não implica que comportamentos saudáveis sejam reforçados pois podem não estar incluídos nas categorias estudadas. No entanto, é incoerente com outras pesquisas sobre dor ao de-

monstrar que os sujeitos emitem menos comportamentos de dor quando se dedicam a comportamentos saudáveis.

Estudos como esse de observação e descrição de comportamentos são cruciais na área, para garantir resultados. Este é outro tópico fundamental: quais medidas transformarão pesquisas em dados que permitam sair de trivialidades e garantir progressos continuados.

Para encerrar, gostaria de salientar a necessidade do psicólogo ter um repertório verbal mínimo que permita cooperar com outros profissionais e pesquisadores e descrever fenômenos importantes da área, de forma a manter a psicologia como ciência e rejeitar intervenções questionáveis sem descrição detalhada e demonstração de um comprometimento autêntico com a Psicologia e suas descobertas e indagações.

Kerbauy, R. R. (2002). *Behavior and Health: Disease and Challenges*.
Psicologia USP, 13 (1), 11-28.

Abstract: The area of behavior and health has been developed in terms of research and application, and its terminology and concepts depend upon theoretical references. It seems that nowadays there is a consensus that the area must involve prevention, treatment and multidisciplinary work, organized according to parsimonious and experimental standards which continue to be developed, in order to define the mechanisms involved and appropriate interventions.

Index terms: Behavior. Health. Health psychology. Concepts. Evaluation.

Kerbauy, R. R. (2002). *Comportement et Santé: Maladies et Défis*.
Psicologia USP, 13 (1), 11-28.

Resume: Le secteur comportement et santé s'est développé comme de recherche et d'application, étant conceptualisé et désigné de diverses manières. On note qu'actuellement un consensus existe dans la pratique pour que ce secteur comprenne la prévention, le traitement, et soit

multidisciplinaire. Toutefois on poursuit le développement des recherches favorisant des modèles minutieusement testés qui permettent établir les mécanismes et l'évaluation d'interventions efficaces.

Mots clés: Comportement. Santé. Psychologie de la santé. Concepts. Évaluation.

Referências

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Boring, E. G. (1957). *A history of experimental psychology*. New York: Appleton – Century Crofts.
- Burish, T. G., & Bradley, L. A. (1983). *Coping with chronic disease: Research and applications*. New York: Academic Press.
- Davidson, P. O., & Davidson, S. M. (1980). *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*. New York: Brummer / Mazel.
- Goldiamond, I. (1973). A diary of self modification. *Psychology Today*, 7 (6), 95-102.
- Holroyd, K. A., & Creer, T. L. (1988). *Self-management of chronic disease: Handbook of clinical interventions and research*. New York: Academic Press.
- Hothersall, D. (1995). *History of experimental psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Jeammet, P., Reynard, M. E., & Consoli, S. (1982). *Manual de psicologia médica*. Rio de Janeiro: Masson.
- Kerbauy, R. R. (1999). O papel da universidade e a formação do psicólogo que trabalha com comportamento e saúde. In R. R. Kerbauy (Org.), *Comportamento e saúde: Exploração de alternativas* (pp. 10-21). Santo André, SP: ARBytes.
- Kluber-Ross, E. (1969). *Sobre a morte e o morrer* (P. Menezes, trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. G. (1988). *Prevenção da recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos* (D. Batista & P. Knapp, trads.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1985. Título original: *Relapse prevention: Maintenance in the treatment of addictive behaviors*)
- Marteau, T. M., & Johnston, M. (1987). Health psychology: The danger of neglecting psychological models. *Bulletin of the British Psychological Society*, 40, 82-85.

Rachel Rodrigues Kerbauy

- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist, 35*, 807-817.
- Matarazzo, J. D., Weiss, S. M., Herd, J. A., Miller, N. E., & Weiss, S. M. (Eds.). (1984). *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: John Wiley & Sons.
- McCurry, S. M., & Schmidt, A. (1994). Acceptance, serenity, and resignation in elderly caregivers. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. I. Dougher, *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*. Reno, NV: Context Press.
- Mijares, M. G., & Araújo Silva, M. T. (1999). Introdução à lei da igualdade. In R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska, *Sobre o comportamento e cognição: Psicologia comportamental e cognitiva da reflexão teórica à diversidade na aplicação*. Santo André, SP: ARBytes.
- Ogden, J. (1996). *Health psychology: A textbook*. Buckingham: University Press.
- Prochaska, J. O., Narcissus, J. C., & Diclement, C. C. (1994). *Changing for good*. New York: William Morrow.
- Rabins, P. V., Mace, N. L., & Lucas, M. S. (1982). The impact of denuncie in the family. *Journal of the American Medical Association, 248*, 333-335.
- Ramos-Cerqueira, A. (1997). O psicólogo na área de saúde: A formação necessária. In R. A. Banaco (Org.), *Sobre o comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista* (pp. 532-542). Santo André, SP: ARBytes.
- Ramos-Cerqueira, A. (2000). O conceito e metodologia de coping: Existe consenso e necessidade? In R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre o comportamento e cognição: Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* (pp. 279-289). Santo André, SP: SET.
- Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. (1978). Behavioral medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine, 1*, 249-251.
- Sielegman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist, 50*, 965-974.
- Spiegel, D. (1991). Psychosocial treatment and cancer survival. *The Harvard Mental Health Letter, 7*, 4-6.
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviourist views it. *Psychological Review, 20*, 158-177.

*Recebido em 17.12.2001
Aceito em 5.02.2002*

PSICOLOGIA DA SAÚDE: EXTENSÃO DE SERVIÇOS À COMUNIDADE, ENSINO E PESQUISA

**M. Cristina O. S. Miyazaki¹, Neide Ap. Micelli Domingos, Nelson I. Valerio,
Ana Rita Ribeiro dos Santos e Luciana Toledo Bernardes da Rosa**

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

O trabalho de psicólogos na área da saúde vem se desenvolvendo de forma crescente. O objetivo deste relato é descrever o desenvolvimento e estágio atual do Serviço de Psicologia do Hospital de Base da FAMERP, iniciado em 1981 com a contratação de uma psicóloga para atuar na enfermaria de Pediatria. Atualmente, o hospital conta com 40 psicólogos (docentes, contratados e aprimorados) desenvolvendo atividades de extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa em Psicologia da Saúde. A atuação abrange os níveis primário, secundário e terciário de atendimento e é realizada no ambulatório, no hospital, em Centro de Saúde Escola e na comunidade, principalmente em equipes interdisciplinares. O ensino envolve aulas para os cursos de graduação em medicina e enfermagem, estágio para alunos de psicologia, um Programa de Aprimoramento em Psicologia da Saúde, Cursos de Extensão, de Especialização e docência e orientação no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (mestrado e doutorado) da FAMERP. As pesquisas visam principalmente o estudo das relações entre comportamento e saúde, abordando temas como promoção da saúde, prevenção e auxílio no tratamento e manejo de doenças. Embora a área esteja em expansão, é preciso pensar que a manutenção da credibilidade e do espaço conquistado dependem de uma sólida formação profissional, de um desempenho ético e do desenvolvimento de pesquisas na área.

Descritores: Psicologia da saúde. Ensino. Pesquisa. Hospital. Serviços de saúde.

¹ Endereço para correspondência: Faculdade de Medicina do Rio Preto – FAMERP. Depto de Psiquiatria e Psicologia. Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416 - CEP: 15090-000, São José do Rio Preto, SP. Endereço eletrônico: micelli@terra.com.br

O Serviço de Psicologia do Hospital de Base da FAMERP²: breve histórico

Em 1981, os docentes do Departamento de Pediatria do Hospital de Base da FAMERP, preocupados com os problemas comportamentais apresentados por crianças que permaneciam internadas durante longos períodos, solicitaram a contratação de uma psicóloga para atuar na enfermaria pediátrica. A organização de locais de lazer para as crianças internadas, na enfermaria e no pátio do hospital, bem como a avaliação de crianças mediante solicitação de parecer feita pelos pediatras, constituíram o início da estruturação do atual Serviço de Psicologia da instituição.

As atividades inicialmente realizadas baseavam-se em um modelo clínico de atuação (ex.: diagnóstico, orientação de pais), compatível com a formação desta primeira psicóloga. O aprimoramento desta profissional por meio de supervisões, especialização (Terapia Comportamental), mestrado e doutorado, concomitantemente à contratação de novos profissionais e ampliação das áreas de atuação, combinando ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade, contribuíram para o crescimento do serviço, que foi constantemente modificado para adequar-se às necessidades da instituição.

Apesar de conhecimentos em psicologia clínica serem fundamentais para a atuação na saúde, estes são insuficientes para o desenvolvimento do trabalho na área (Belar & Deardorff, 1995; Miyazaki, 1999a; Miyazaki & Amaral, 1995). Como os psicólogos contratados por meio de concursos ao longo dos anos continuavam a utilizar um modelo essencialmente clínico em uma instituição que exigia ajustes e aprimoramento profissional contínuos, a formação de profissionais com habilidades para o trabalho na saúde começou a ser pensada e planejada, sendo implementada no início da década de 90 com o Programa de Aprimoramento Profissional (PAP), subsidiado pelo governo do estado de São Paulo. Este programa, denominado Programa de Aprimoramento em Psicologia da Saúde, atualmente com duração de dois

2 Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

anos, utiliza um modelo de formação baseado no treinamento em serviço, que combina prática e iniciação à pesquisa em Psicologia da Saúde.

Com as mudanças freqüentes no estilo de funcionamento do Serviço de Psicologia para adequar-se às demandas institucionais e evolução do conhecimento na área, permaneceram na instituição apenas os psicólogos interessados em um trabalho que envolvesse assistência, ensino e pesquisa em Psicologia da Saúde. Com a saída dos psicólogos com formação clínica, novos profissionais foram sendo contratados entre aqueles que concluíam o Programa de Aprimoramento em Psicologia da Saúde (PAP), contratações autorizadas pela administração do hospital mediante a apresentação da relação custos/benefícios das atividades a serem desenvolvidas. Atualmente, o serviço é constituído principalmente por egressos do Programa de Aprimoramento em Psicologia da Saúde da FAMERP. Estes são incentivados a continuar sua formação com cursos de mestrado e doutorado, dando portanto continuidade à política de aprimoramento constante dos profissionais do serviço.

O PAP, associado à política de aprimoramento constante dos supervisores, levou a um aumento gradual de pesquisas nas diversas áreas de atuação. Dissertações de mestrado e teses de doutorado dos supervisores foram elaboradas com base em questões de interesse do serviço e da instituição, como problemas associados ao manejo de doenças crônicas (Bernardes da Rosa, 1998; Miyazaki, 1993), relação entre comportamento e doenças específicas (Valério, 1996), preparo de pacientes para procedimentos médicos invasivos (Domingos, 1993), estresse em profissionais da saúde (Pucci, 1999), estruturação de programa de atendimento para alunos (Miyazaki, 1997), produção científica (Domingos, 1999). Estas teses e dissertações levantaram necessidades, auxiliaram a delinear programas de intervenção e avaliaram programas existentes.

A atual estrutura e o funcionamento do Serviço de Psicologia do Hospital de Base da FAMERP serão descritos a seguir.

Serviço de Psicologia: estrutura atual

Os psicólogos da instituição estão organizados em um único Serviço, atualmente ligado ao Departamento de Psiquiatria e Psicologia. Embora em muitas instituições os psicólogos estejam formalmente ligados aos diferentes departamentos ou serviços onde exercem suas atividades (ex: clínica médica, cirurgia), a união de todos em *um* serviço, ligado a *um* departamento favorece o estabelecimento de uma política para o desenvolvimento da área, fortalece o grupo e possibilita maior integração no desenvolvimento de atividades de extensão, ensino e pesquisa. Considerar constantemente as oportunidades e obstáculos presentes no estabelecimento, manutenção e expansão do trabalho do psicólogo em faculdades de medicina e contextos de saúde é uma questão séria, da qual depende o futuro da área (Sheridan, 1999).

A administração do serviço é realizada por uma chefe e uma sub-chefe, por coordenadores científicos, por supervisores de áreas e por coordenadores de ensino, estes últimos responsáveis pelos estágios, pelo Programa de Aprimoramento Profissional, pelos Cursos de Extensão (nove cursos em 2000), pelo Curso de Especialização em Terapia Comportamental e Cognitiva (ministrado pela primeira vez em 2000), pelas atividades desenvolvidas nos cursos de graduação em medicina e enfermagem e no Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (mestrado e doutorado).

Todos os psicólogos desenvolvem grande parte de suas atividades como membros de equipes interdisciplinares, em especialidades ou áreas médicas. As atividades destes profissionais incluem avaliação e acompanhamento de pacientes (individualmente ou em grupos), delineamento e implementação de programas de prevenção, ensino/supervisão e desenvolvimento de pesquisas.

O papel do psicólogo varia entre as equipes e sua atuação ocorre em diferentes contextos, como ambulatório, enfermarias, Serviço de Pronto Atendimento e Emergência, Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), centro cirúrgico, Centro de Saúde Escola, comunidade e faculdade. A Tabela 1 for-

nece uma amostra de atividades desenvolvidas pelos psicólogos da instituição.

1. Avaliação de pacientes candidatos a diferentes procedimentos cirúrgicos, como transplante de órgãos, cirurgias pediátricas eletivas, neurocirurgias (ex: cirurgia para epilepsia de difícil controle), laqueadura, transgenitalização.
2. Atendimento psicoeduacional em grupo para pacientes com diferentes tipos de doenças crônicas, como asma, diabetes, AIDS, hipertensão, hepatites, hanseníase.
3. Grupos para modificação de comportamentos de risco (ex: fumar).
4. Avaliação e delineamento de programa de intervenção para pacientes com dificuldades em aderir ao tratamento proposto pela equipe de saúde (ex: pacientes portadores de diabetes com dificuldades para aderir à dieta).
5. Avaliação neuropsicológica para diagnóstico e proposta de intervenção.
6. Grupo para profissionais da saúde que atuam em ambientes de risco aumentado para *burnout*, como Unidades de Terapia Intensiva.
7. Auxílio na reabilitação de pacientes com deficiências físicas após doenças ou acidentes.
8. Intervenções para o controle de sintomas (ex: vômito em paciente submetidos à Quimioterapia)
9. Supervisão de psicólogos bolsistas do Programa de Aprimoramento em Psicologia da Saúde.

Tabela 1: Exemplos de atividades desenvolvidas pelos psicólogos da FAMERP

Uma descrição das atividades desenvolvidas em algumas áreas será realizada a seguir e pode auxiliar a compreender exatamente “o que fazem” os psicólogos da instituição.

Atuação do Psicólogo na Pediatria

O atendimento em Psicologia Pediátrica constitui o marco inicial do trabalho do psicólogo na instituição. Duas psicólogas supervisoras, duas aprimorandas e duas estagiárias desenvolvem atualmente o trabalho da psicologia na pediatria.

Psicologia Pediátrica é uma sub-área da Psicologia da Saúde que integra o atendimento, o ensino e a pesquisa de questões relacionadas à saúde e aos problemas físicos, mentais e de desenvolvimento de crianças e seus familiares. Abrange

as relações entre o bem-estar físico e psicológico de crianças e adolescentes, inclusive: compreensão, avaliação e intervenção de transtornos do desenvolvimento; avaliação e tratamento de problemas comportamentais e emocionais concomitantes à doença; o papel da psicologia na medicina pediátrica; promoção da saúde e do desenvolvimento; e a prevenção de doenças e ferimentos entre crianças e jovens. (Roberts, LaGreca, & Harper, 1988, p. 2)

A Tabela 2 contém um resumo das atividades desenvolvidas pelos psicólogos do serviço junto à pediatria do Hospital de Base. O preparo de crianças submetidas a cirurgias eletivas e o trabalho realizado na unidade de oncologia pediátrica serão descritos com mais detalhes.

O procedimento de preparo para cirurgias eletivas é realizado no ambulatório de cirurgia pediátrica. Na véspera da cirurgia, paciente pediátrico e cuidador (geralmente a mãe) comparecem ao ambulatório para que o médico certifique-se de que a criança não apresenta nenhum problema que impeça a realização da cirurgia. Confirmada a cirurgia, cuidador e criança são encaminhados à psicologia. Utilizando um livro de história (Domingos, 1993), a psicóloga orienta e discute com os pais e criança os passos envolvidos no procedimento cirúrgico, desde o momento da internação até a alta hospitalar. Quando necessário (ex: intensa ansiedade por parte da criança ou cuidador), uma intervenção é delineada de acordo com as necessidades (ex: relaxamento), a psicóloga acompanha o paciente até o centro cirúrgico e atua como ligação entre equipe cirúrgica e pais.

1. Organização e realização de grupos de orientação para pais sobre questões relativas ao desenvolvimento e comportamento da criança em geral (ex: treino do toalete; ciúme de irmãos; birras).
2. Organização e realização de grupos de orientação para pais de crianças com problemas específicos de saúde (ex: asma, bexiga neurogênica).
3. Participação de equipe interdisciplinar para o atendimento de crianças com transtornos de aprendizagem.
4. Avaliação psicológica de crianças mediante solicitação de outro profissional (ex: pediatra, fonoaudióloga) por problemas associados ao desenvolvimento (ex: atraso no desenvolvimento; dificuldade de aprendizagem), associados à área de saúde mental (ex: depressão, comportamento negativista) ou associados à doenças (ex: dificuldade de adesão à dieta em crianças com diabetes).
5. Preparo de crianças para cirurgias eletivas e procedimentos invasivos.
6. Atuação em equipes interdisciplinares de especialidades médicas (ex: acompanhamento de crianças atendidas no ambulatório e enfermaria em áreas como cardiologia e pneumologia).
7. Discussão de casos com alunos e docentes de medicina, enfermagem e residentes destas áreas.
8. Participação em programas de extensão de serviços à comunidade (ex: casa de apoio a criança com câncer; prevenção de maus tratos na infância)

Tabela 2: Atividades desenvolvidas em Psicologia Pediátrica

O livro de história utilizado para orientação é do tipo brochura, em preto e branco, e é fornecido à criança para colorir. Foi elaborado por psicóloga do Serviço, comparado a outro método de preparo (filme) e considerado superior, principalmente porque permanece com a criança, que o leva para casa e tem oportunidade de manusear repetidamente o material antes do procedimento.

Além de atuar junto a pacientes com problemas cirúrgicos, o atendimento a pacientes portadores de doenças crônicas é também freqüentemente

realizado na pediatria e pode ser exemplificado com a atuação do psicólogo na equipe de oncologia.

A intervenção em oncologia pediátrica visa atender as necessidades da criança e de seus cuidadores, de acordo com as fases do tratamento. Os objetivos do atendimento realizado na área (e algumas estratégias utilizadas) são: 1) auxiliar a família a obter informações e a compreender o diagnóstico e tratamento (são utilizadas informações claras e objetivas com o uso de manuais, histórias e material lúdico, adequadas às necessidades individuais); 2) avaliar habilidades do cuidador para compreender e processar as informações necessárias para o tratamento; 3) ensinar estratégias para lidar com as necessidades básicas da criança (recreação, relaxamento, informações ou descanso); 4) preparar para procedimentos invasivos necessários para o tratamento; 5) utilizar técnicas psicoeducacionais para aumentar o conhecimento e fornecer habilidades para a resolução de problemas específicos do tratamento (ex: prevenir infecções); 6) eliminar crenças irrationais que possam prejudicar a adesão ao tratamento.

A criança e sua família são acompanhadas durante todas as internações, na sala de quimioterapia e no grupo de sala de espera do ambulatório, onde são realizados dois grupos simultaneamente, um com as mães e um com as crianças. A psicologia também atua na casa de apoio (AMICC - Associação dos Amigos da Criança com Câncer), onde permanecem hospedados crianças e familiares que não residem na cidade, durante o diagnóstico e tratamento. Na AMICC, o psicólogo é responsável pelo treinamento dos voluntários e participa ativamente de campanhas para arrecadar fundos para a manutenção da associação.

Psicólogos atuam também em equipes que atendem adultos, atividade exemplificada com o trabalho desenvolvido junto à equipe interdisciplinar de transplante de fígado, discutido a seguir.

Atuação em áreas cirúrgicas: o trabalho desenvolvido na equipe de transplante de fígado

Os resultados promissores dos transplantes de órgãos levaram a uma demanda crescente por estes procedimentos. Atualmente, critérios médicos e psicossociais são utilizados para avaliar candidatos a transplante de órgãos sólidos com os seguintes objetivos: identificar aqueles com maior probabilidade de se beneficiarem do procedimento, reduzir riscos, maximizar os benefícios da cirurgia e utilizar de forma consciente um escasso recurso de saúde (Lucey, 1994; Olbrish & Levenson, 1995).

A avaliação psicológica faz parte do protocolo de avaliação de candidatos a transplante da Unidade de Transplante de Fígado do Hospital de Base e é realizada por uma psicóloga supervisora e dois aprimorandos (Pagotto, 2000).

Quando um paciente atendido no ambulatório de transplante de fígado, após a avaliação médica inicial, é considerado possível candidato ao procedimento, é encaminhado para avaliação por todos os profissionais que integram a equipe: médicos (clínicos, cirurgiões, gastroenterologista, cardiologista, intensivista e anestesista), fisioterapeuta, psicólogos, assistente social e dentista. Semanalmente, há uma reunião da equipe para discutir as avaliações realizadas e definir acerca do encaminhamento (ou não) do paciente para lista de espera por um órgão (Miyazaki, 1999b).

A avaliação psicológica visa obter dados acerca do funcionamento global do paciente (funcionamento cognitivo, estilo interativo, presença de transtornos mentais, estratégias de enfrentamento e habilidades ou “pontos fortes”), da presença de suporte social e história anterior de adesão a tratamentos. Além disso, a avaliação psicológica identifica a compreensão que paciente e familiares têm acerca do procedimento (riscos e encargos envolvidos, prognóstico na ausência de cirurgia, limitações e necessidade de um extenso programa de reabilitação pós-transplante), das expectativas e estratégias para enfrentar períodos de intenso estresse e dos recursos disponíveis. Estes dados são obtidos junto ao paciente e familiares por meio de entrevis-

tas, questionários e inventários, a partir dos quais um relatório da avaliação psicológica é elaborado e anexado ao prontuário, sendo sua síntese apresentada na reunião semanal da equipe.

De acordo com a literatura na área, os critérios psicossociais que parecem contra-indicar o procedimento são esquizofrenia em fase ativa, demência, retardo mental grave e abuso atual de substâncias, embora os critérios e o peso atribuído a cada um variem entre os diferentes programas (Chacko, Harper, Kunik, & Young, 1996). Uma análise dos primeiros 53 pacientes (38 do sexo masculino e 15 do sexo feminino; IM:45,69; DP:11,16) avaliados pela equipe de transplante de fígado da FAMERP indicou que 29 tinham história de abuso de substâncias, principalmente álcool (Miyazaki et al., 2000a, 2000b). Este dado é compatível com a literatura sobre a associação entre abuso do álcool e necessidade de um transplante de fígado, levando a equipe a delinear um programa de prevenção do abuso do álcool (Longo Jr., Zanin, Da Silva, Silva, & Nasser, 1999). Assim, o atendimento, a formação profissional (aprimoramento em Psicologia da Saúde) e o desenvolvimento de pesquisas que avaliam e norteiam intervenções são realizados concomitantemente.

Ao expor os dados acerca da avaliação psicológica de candidatos ao transplante, o psicólogo aponta possíveis riscos e benefícios para cada paciente, sem concluir acerca de sua adequação ou não para o procedimento. Indicar ou contra-indicar o transplante é uma conclusão da equipe, após avaliar cuidadosamente prós e contras do procedimento para cada paciente. A equipe considera que cada paciente selecionado utilizará “enorme quantidade de recursos da instituição e irá requerer um compromisso definitivo em relação à monitorização e cuidados de saúde” (Riether & Mahler, 1994, p. 574). Uma seleção adequada auxilia portanto na redução de possíveis complicações, possibilita melhorar qualidade e quantidade de vida dos pacientes transplantados e reduz custos para a instituição e para o sistema de saúde (Robertson, 1999; Sette Jr., Lopes Neto, & Barros, 1997).

Além de avaliar, acompanhar e intervir individualmente junto aos pacientes e seus familiares, um grupo de sala de espera (Santos & Miyazaki,

1999) é realizado semanalmente antes da consulta médica do ambulatório de transplante de fígado. Este grupo, coordenado pela Psicologia, fornece oportunidade para pacientes em lista de espera, pacientes já transplantados e familiares, interagirem e trocarem informações acerca de suas experiências, dificuldades e estratégias de enfrentamento utilizadas.

Além da equipe de transplante de fígado, psicólogos da instituição participam também das equipes de transplante renal, transplante de medula óssea e transplante cardíaco. Pesquisas na área vêm sendo realizadas e poderão responder importantes questões sobre o impacto do trabalho do psicólogo na área, bem como sobre a adequação dos recursos utilizados na avaliação e intervenção junto aos pacientes e familiares.

Atuação da Psicologia junto à Clínica Médica: o trabalho na oncologia

A atuação da Psicologia junto à clínica médica está estruturada em equipes interdisciplinares como Oncologia, Nefrologia, Doenças Infecto-Parasitárias (DIP), Dermatologia, Gastroenterologia, Psiquiatria, Genética, Endocrinologia, UTI Geral, Cardiologia, Emergência e Clínica Médica Geral.

Na oncologia, o contato inicial do psicólogo com pacientes com diagnóstico de câncer é realizado no ambulatório de oncologia e hematologia durante a consulta médica, principalmente quando o paciente está recebendo o diagnóstico e iniciando o tratamento. O paciente participa de um programa educacional estruturado antes de iniciar o tratamento quimioterápico e é acompanhado pelo psicólogo durante a continuidade das sessões. Na central de quimioterapia ou no leito, os pacientes são orientados e acompanhados durante o diagnóstico e tratamento. A família também recebe orientações e atendimento individual ou em grupo, dependendo das necessidades de cada caso.

As intervenções implementadas pelo psicólogo junto a estes pacientes envolvem o preparo para procedimentos invasivos, como o mielograma (exame de punção realizado no diafragma), punção óssea (realizado no quadril), intratecal (coleta da medula realizada no centro cirúrgico) e as freqüentes punções venosas, necessárias para realizar a quimioterapia. Além disso,

estratégias para controle do vômito antecipado e da dor são também utilizadas junto a estes pacientes.

As orientações e intervenções realizadas pela psicologia junto a estes pacientes visam auxiliar no manejo e prevenção dos efeitos colaterais do tratamento, como controle alimentar para diminuir riscos de infecção e lesões bucais, hiperpigmentação da pele, etc. Um repertório comportamental que auxilie paciente e familiares a enfrentar de forma positiva o tratamento envolve, por exemplo, a participação ativa no processo de tratamento, a mudança de cognições prejudiciais e o desenvolvimento de estratégias adequadas de enfrentamento e manejo da dor.

Durante o tempo em que o paciente recebe a medicação são realizadas sessões de relaxamento com visualização (imaginação guiada), com o objetivo de ensinar a técnica, controlar a ansiedade e a estimulação aversiva associadas ao tratamento.

Na enfermaria, os pacientes são atendidos pelo psicólogo da Oncologia em parceria com o psicólogo da área ou enfermaria específica (ex: Ginecologia/Obstetrícia; Pediatria) onde o paciente encontra-se internado. Muitas vezes o paciente está ainda em processo de diagnóstico, realizando procedimentos cirúrgicos ou clínicos e este contato pode facilitar o vínculo com a equipe interdisciplinar e diminuir o número de dúvidas e crenças incorretas acerca da doença e seu tratamento.

O trabalho na área de oncologia também é realizado na Casa de Apoio aos Pacientes com Câncer (CAPAC), onde um psicólogo participa dos grupos de orientação e fornece atendimento psicoterápico individual, quando necessário.

A intervenção psicossocial para pacientes com câncer permite o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento frente às restrições relacionadas ao tratamento e visa auxiliar na reabilitação destes pacientes.

Ainda na área de Oncologia, o psicólogo faz parte da equipe interdisciplinar de transplante de medula óssea (TMO). Os pacientes candidatos ao procedimento e que posteriormente realizam o transplante de medula são

avaliados pela psicologia e acompanhados na unidade de TMO durante todo o procedimento, bem como nas consultas médicas subsequentes.

Além de atuar junto a pacientes e familiares, psicólogos da instituição desenvolvem atividades junto a funcionários, como será descrito a seguir.

Psicologia e a Saúde do Trabalhador

O interesse pela preservação da saúde do trabalhador tem aumentado em relação a outras épocas da história e a conversão do potencial humano de uma empresa em realizações é um dos principais desafios atuais.

A equipe interdisciplinar que integra o Centro de Atendimento ao Trabalhador (CEAT) é composta por engenheiro de segurança do trabalho, médicos do trabalho, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos.

O atendimento psicológico está disponível para os funcionários da instituição que apresentam problemas relacionados ao próprio trabalho ou de outra ordem (ex: diagnóstico de um transtorno mental). O atendimento é realizado em grupos ou individualmente, dependendo do problema e de uma avaliação individual realizada previamente. O atendimento individual é focado no problema e os grupos são organizados conforme as queixas mais freqüentes. Alguns dos grupos atualmente em funcionamento visam desenvolver estratégias adequadas de manejo dos seguintes problemas: depressão, estresse, hipertensão arterial e doenças ocupacionais.

Além do atendimento individual e em grupos, programas preventivos são extremamente importantes e vêm sendo delineados, implantados e avaliados pelos profissionais do CEAT. Um exemplo deste tipo de atividade é o Programa de Prevenção de Risco Ambiental, do qual participam todos os setores da Instituição. Este programa visa identificar a vulnerabilidade do trabalhador para doenças ocupacionais, contribuir para o controle da alta rotatividade nos setores, desenvolver e aprimorar a produtividade e a qualidade dos serviços de saúde prestados à comunidade.

Outra forma de prestar serviços à comunidade, principalmente em termos preventivos, ocorre no trabalho desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde.

Atuação em Unidade Básica de Saúde (UBS)

A formação de profissionais da saúde deve prever atividades ligadas à assistência primária, secundária e terciária. Para fornecer assistência primária e secundária de saúde, a FAMERP dispõe de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Centro de Saúde Escola, onde os alunos, sob a supervisão de profissionais, participam de programas preventivos. O atendimento psicológico nesta UBS é realizado por supervisores e aprimorandos e inclui atividades como orientação profissional, orientação de pais, de grupos de gestantes, de pacientes portadores de doenças crônicas (ex: diabetes e hipertensão) e o Programa de Saúde da Família. O atendimento integral ao hipertenso será descrito brevemente a seguir, como modelo de atuação do psicólogo em uma UBS.

Este programa visa diagnosticar, tratar e acompanhar indivíduos com hipertensão arterial, oferecendo orientações e esclarecimentos ao paciente e a sua família sobre a doença e seu tratamento. A equipe interdisciplinar é composta por clínico geral, psicóloga, enfermeira, assistente social e visitador sanitário.

Após o diagnóstico, o paciente é convidado para participar de um grupo educativo, concomitante ao início do tratamento. Neste grupo, composto de sete sessões e cujos participantes são os mesmos durante todo o programa, são desenvolvidas atividades voltadas à integração psicológica e acompanhamento clínico do quadro de hipertensão.

Todos os pacientes que participaram deste primeiro grupo são convidados a uma segunda fase do programa, concomitante aos retornos ambulatoriais para a consulta médica de rotina. Neste segundo momento, além dos procedimentos de controle clínico, os pacientes discutem a respeito da doença e da importância e necessidade do controle da hipertensão para a qualida-

de vida pessoal e profissional. As atividades são desenvolvidas em grupo e incluem trabalhos manuais, relaxamento, atividades lúdicas, exercícios respiratórios, informações sobre atividades físicas e outras, sugeridas pelos próprios membros do grupo.

Além do atendimento na UBS, visitas domiciliares são realizadas pela equipe, possibilitando um trabalho de orientação de toda a família.

A atuação da psicologia na UBS visa oferecer um atendimento abrangente e integrado à comunidade, uma vez que a qualidade de vida está relacionada a comportamentos saudáveis, adaptativos e ao estilo de vida, sendo a aquisição de habilidades de auto-cuidados um passo importante para o controle da hipertensão arterial.

Além de atuar junto a pacientes e funcionários, profissionais do Serviço de Psicologia dedicam-se ao atendimento e à prevenção de problemas em futuros profissionais da saúde, isto é, alunos dos cursos de medicina e enfermagem, residentes e aprimorandos.

Serviço de Orientação Psicopedagógica ao Aluno (SOPPA):

Embora projetos anteriores de atendimento ao aluno da FAMERP tenham existido, a atual estrutura do SOPPA funciona desde 1992 ligada ao Serviço de Psicologia do Hospital de Base e oficialmente sob coordenação do Serviço desde 1995. O SOPPA oferece psicoterapia e orientação para alunos de medicina e enfermagem, para aprimorandos e residentes, desenvolve programas preventivos e participa de atividades eventuais junto ao corpo discente (ex.: seleção e treinamento de alunos para o Projeto Universidade Solidária).

Além do atendimento clínico e fornecimento de orientações, os psicólogos do SOPPA participam da Semana de Integração de Calouros e de outras atividades que envolvem alunos. Programas de prevenção têm sido também delineados para o atendimento dos principais problemas identificados junto aos alunos da instituição (Miyazaki, 1997) e com a atual restruturação

curricular há uma proposta para incluir alguns destes programas (ex: desenvolvimento de hábitos adequados de estudo e manejo do tempo) nas atividades regularmente oferecidas aos alunos durante a graduação.

Durante os últimos quatro anos 93 alunos da instituição foram atendidos, a maioria dos cursos de graduação em medicina e enfermagem. O aluno pode procurar espontaneamente o serviço ou ser encaminhado ao SOPPA por outros alunos, professores e diretores (ex: Diretor de Alunos). Agenda a primeira entrevista com a secretaria do Serviço de Psicologia, é avaliado por um dos psicólogos envolvidos no atendimento a alunos, é orientado ou encaminhado para psicoterapia e/ou para outro profissional.

Dos 93 alunos atendidos pelo SOPPA nos últimos quatro anos, a maioria (n:62) era do sexo feminino, com idade entre 17 e 23 anos (n:73), principalmente do curso de medicina (n:54). Os problemas atendidos com maior freqüência foram depressão (25%), dificuldades de relacionamento (22%), ansiedade (15%), incerteza quanto à adequação da escolha profissional (13%) e dificuldades com hábitos de estudo e manejo do tempo (10%).

A maioria dos alunos procurou o Serviço encaminhada por colegas. Após uma avaliação inicial, foram encaminhados para psicoterapia cognitivo-comportamental (45%) ou receberam orientações (35%).

Nos últimos dois anos o SOPPA foi divulgado durante a Semana de Integração de Calouros, com uma palestra sobre o serviço e a apresentação de dados colhidos na instituição acerca dos principais problemas enfrentados no decorrer do curso (Miyazaki, 1997).

A literatura sobre problemas psicossociais em universitários, o número de atendimentos realizados e a avaliação do serviço pelos usuários indica a necessidade deste tipo de atendimento (Miyazaki, 1997). O trabalho clínico, entretanto, deve ser apenas uma parte do programa de atendimento ao aluno e programas preventivos devem prioritários e delineados de acordo com as necessidades identificadas na instituição.

Além das áreas descritas acima, outros exemplos de atividades desenvolvidas pelos psicólogos da instituição, encontram-se apresentados de forma resumida na Tabela 03.

Pediatria:

- Atendimento a crianças portadoras de doenças crônicas como asma (Miyazaki, Amaral, & Salomão Jr., 1999) e AIDS (Risso et al., 1999), vítimas de maus tratos (Barison, 1999), submetidas a cirurgias eletivas (Domingos, 1993), em aconselhamento genético (Valerio & Mazzi, 1997).

Cirurgia:

- Avaliação e acompanhamento de pacientes submetidos a diferentes procedimentos cirúrgicos como transplantes (Cardoso, 2000; Miyazaki et al. 2000a, 2000b), cirurgias de cabeça e pescoço (Zanin, Miyazaki, & Maniglia, 2000) e atendimento a pacientes vítimas de trauma (Salles, Miyazaki, Baitello, Yagi, & Palchetti, 2000).

Clínica Médica:

- Atendimento a pacientes portadores de doenças crônicas como AIDS (Bernardes-da-Rosa, 1998) e problemas cardiológicos (Waeteman et al., 1999), grupos de sala de espera (Santos & Miyazaki, 1999), atendimento em Unidade de Terapia Intensiva e Clínica da dor (Verona, Ribeiro dos Santos, Silva, Domingos, & Miyazaki, 1999).

Ginecologia e obstetrícia:

- Planejamento familiar, climatério (Fernandes & Domingos, 1999) e transgenitalização (Pinto, 1999).

Tabela 3: Exemplos de atividades desenvolvidas por psicólogos do Hospital de Base da FAMERP junto às diferentes áreas médicas.

A formação do psicólogo para atuar na saúde

Embora a Psicologia da Saúde venha apresentando desenvolvimento crescente no Brasil (Amaral, 1999; Conselho Regional de Psicologia, 1995; Kerbawy, 1999b; Miyazaki & Amaral, 1995; Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, 1997), os cursos de graduação ainda não desenvolvem no aluno um repertório profissional compatível com as necessidades da área. Co-

mo a competência profissional é fundamental para atender às necessidades dos usuários do sistema de saúde, para oferecer serviços efetivos de extensão à comunidade e para realizar pesquisas que possibilitem o desenvolvimento da área, a preocupação com a formação profissional é fundamental.

Profissionais brasileiros cujo trabalho na saúde é reconhecido como competente geralmente aprimoraram sua formação em cursos de pós-graduação (mestrado e doutorado) e desenvolvem atividades de ensino, pesquisa e extensão à comunidade, fato que ressalta o importante papel da universidade em relação à qualidade dos serviços de psicologia prestados na área da saúde (Kerbauy, 1999a).

O modelo de formação utilizado atualmente pelo Serviço de Psicologia da FAMERP inclui o oferecimento de cursos de extensão e estágio na instituição durante a graduação, seguidos pelo Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) em Psicologia da Saúde subsidiado pelo Estado de São Paulo (Fundação do Desenvolvimento Administrativo [FUNDAP], 1997), conforme mostra a Figura 01.

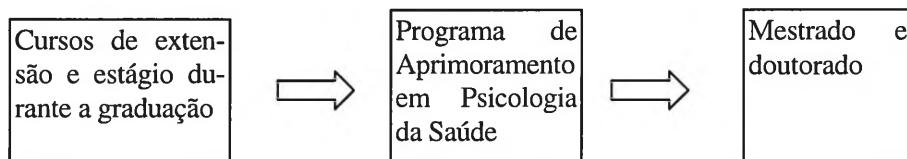


Figura 01: Modelo de formação atualmente utilizado no Serviço de Psicologia do Hospital de Base da FAMERP

O PAP em Psicologia da Saúde da FAMERP tem dois anos de duração. Visa abordar aspectos do repertório profissional não contemplados durante a graduação, desenvolver uma visão crítica e global do sistema de saúde e as competências necessárias para o atendimento em serviços de saúde. O programa foi delineado de acordo com diretrizes fornecidas pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP, 1997) mas têm características próprias, compatíveis com a instituição, com necessidades da comunidade e recursos disponíveis.

O PAP em Psicologia da Saúde da FAMERP associa prática e iniciação científica na área. O programa visa, principalmente, ensinar os aprimorados a: ler criticamente trabalhos científicos; identificar e descrever problemas; delinear intervenções com procedimentos apoiados em dados de pesquisa e avaliar continuamente as intervenções implementadas; desenvolver postura profissional adequada (ex: comportamento ético, clareza de expressão, postura orientada para a intervenção, reconhecimento de limites, habilidades para o trabalho interdisciplinar).

Observações do comportamento e da trajetória profissional dos membros do serviço têm indicado que conhecimentos e habilidades técnicas são imprescindíveis porém insuficientes para o sucesso na área. Além de conhecimentos, é necessário que o psicólogo compreenda também o funcionamento da instituição e do próprio sistema de saúde para adquirir credibilidade como profissional da área. Além disso, características pessoais têm sido consideradas importantes variáveis para o sucesso profissional na área. Belar e Deardorff (1995) utilizam os termos “ativo, engajado, aberto, direto, assertivo e dinâmico” para descrever profissionais bem sucedidos na área. Em uma pesquisa realizada junto a médicos, acerca de características vistas como qualidades em psicólogos, os seguintes adjetivos foram levantados: agradável, simpático, sensível, empático, interessado, disponível, cooperativo, inteligente, aberto, perceptivo e possuidor de bom senso (Schenkenberg, Peterson, & Wood, 1981, citados por Belar & Deardorff, 1995).

Perspectivas futuras

O futuro da Psicologia da Saúde depende de variáveis internas e externas à área.

Fatores externos, como as mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade, a evolução do conhecimento e da tecnologia na área médica e a administração do sistema de saúde criam novos desafios e possibilidades de atuação para o psicólogo. Entre os fatores internos encontra-se a capacidade da área para responder de forma adequada a estas possibilidades. Neste sen-

tido, é preciso destacar o papel da universidade na formação de profissionais que sejam capazes de associar atividades de extensão, pesquisa e ensino. O PAP da FAMERP tem feito essa associação, na medida em que aprimorandos e supervisores desenvolvem pesquisas, concomitantemente às atividades de extensão.

Utilizar estratégias de avaliação e intervenção cientificamente apoiadas, avaliar intervenções utilizando metodologia científica, documentar custos/benefícios das intervenções em um sistema de saúde onde existe pressão contínua para a contenção de custos, são questões fundamentais para o desenvolvimento e fortalecimento da área.

Miyazaki, M. C. O. S., Domingos, N. A. M., Valerio, N. I., Santos, A. R. R., & Bernardes da Rosa, L. T. (2002). Health Psychology: Extended Community Services, Education and Research. *Psicologia USP*, 13 (1), 29-53.

Abstract: Psychologists have had an increasing role in the medical area. The objective of this study is to report the development and current status of the Psychology Service at Hospital de Base, São José do Rio Preto Medical School (FAMERP), which started in 1981, when a psychologist was hired to work at the Pediatrics Outpatient Ward. Currently, the hospital has a staff of 40 psychologists (professors, supervisors, and residents), developing community services, education and research activities in Health Psychology. Such activities are carried out at a primary, secondary and tertiary level at the outpatient ward of the hospital and at a Medical School Health Community Center, especially with interdisciplinary teams. Teaching involves classes in post-graduation courses in medicine and nursing; internships for psychology students; a Residency Program in Health Psychology; Extension, Specialization, and Teaching Courses; and assistance to graduate students from the Post-Graduation Program in Health Sciences (masters degree and PhD) at FAMERP. Research is aimed at assessing the relationship between behavior and health, approaching issues such as providing health, prevention and assistance in the treatment and management of diseases. Even though this is an expanding area, the

maintenance of credibility and the progress achieved depend on a solid professional training, ethics and the development of research in the area.

Index terms: Health psychology. Education. Research. Hospital. Health care service.

Miyazaki, M. C. O. S., Domingos, N. A. M., Valerio, N. I., Santos, A. R. R., & Bernardes da Rosa, L. T. (2002). Psychologie de la Santé: Services Communautaires Etendus, Education et Recherche. *Psicologia USP, 13* (1), 29-53.

Résumé: Les psychologues ont un rôle croissant dans le secteur médical. Ce rapport a pour objectif de décrire le développement et le stade actuel du Service de Psychologie de l'Hôpital de Base de la FAMERP, commencé en 1981 par l'embauche d'une psychologue pour travailler à l'infirmerie de pédiatrie. Aujourd'hui, l'hôpital compte 40 psychologues (professeurs, superviseurs et résidents) qui développent des activités d'extension de services à la communauté, d'enseignement et de recherche en Psychologie Médicale. Ces activités comprennent les niveaux primaires, secondaire et tertiaire de soins en urgence, à l'hôpital, au centre Hospitalier Universitaire, principalement en équipes interdisciplinaires. L'enseignement comprend des cours de 3ème cycle en médecine et infirmerie, des stages pour des étudiants en psychologie, un programme de Perfectionnement en Psychologie de la Santé, Cours de Spécialisation, de Spécialisation professoral, de recherches du programme de post-graduation en Sciences de la santé (maîtrise et doctorat) à la FAMERP. Les recherches visent principalement l'étude des relations entre comportement et santé, en abordant des thèmes comme la promotion de la santé, de la prévention et l'aide au traitement et le manège des maladies. Bien que ce secteur soit en expansion, il faut penser que l'entretien de la crédibilité et de l'espace conquis dépendent d'une solide formation professionnelle, d'éthique et de développement des recherches dans ce secteur.

Mots-clés: Psychologie de la santé. Enseignement. Recherche. Hôpital. Services de Santé.

Referências

- Amaral, V. L. A. R. (1999). Novos desafios na formação do psicólogo na área da saúde. In R. R. Kerbauy (Org.), *Comportamento e saúde: Explorando alternativas* (pp. 3-9). Santo André, SP: ARBytes.
- Barison, S. Z. P. (1999). *Famílias incestuosas de classes populares: Seus personagens e dinâmica relacional*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Belar, C. D., & Deardorff, W. W. (1995). *Clinical health psychology in medical settings: A practitioner's guidebook*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bernardes da Rosa, L. T. (1998). *Ansiedade e conhecimento sobre AIDS em pacientes de risco*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.
- Camic, P., & Knight, S. (1998). *Clinical handbook of health psychology*. Seattle, WA: Hogrefe & Huber.
- Cardoso, F. E. M. (2000). Transplante de medula óssea: Terapêutica e enfoque interdisciplinar. *Med-Press: Revista Médica Virtual*. Disponível em: <http://www.medpress.med.br/revirtual.htm>
- Chacko, R. C., Harper, R. G., Kunik, M., & Young, J. (1996). Relationship of psychiatric morbidity and psychosocial factors in organ transplant candidates. *Psychosomatics*, 37, 100-107.
- Conselho Regional de Psicologia – 6ª Região. (1995). *Psicologia: Formação, atuação profissional e mercado de trabalho*. São Paulo: Autor.
- Domingos, N. A. M. (1993). *Preparo para cirurgia: Teste de programas psicológicos na redução da ansiedade de crianças e mães*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.
- Domingos, N. A. M. (1999). *Produção científica: Análise de resumos de dissertações e teses em psicologia (1992/1996)*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.
- Fernandez, C. S. C. E., & Domingos, N. A. M. (1999). Climatério e menopausa: Grupo de sala de espera. In *Anais do VI Latini Dies e II Congresso Brasileiro de Psicoterapias Cognitivas* (p. 108). Rio de Janeiro.
- Fundação do Desenvolvimento Administrativo. (1997). *Manual de orientação: Programa de aprimoramento profissional - PAP*. São Paulo: Autor.

Psicologia da Saúde: Extensão de Serviços à Comunidade, Ensino e Pesquisa

- Kerbauy, R. R. (Org.). (1999a). *Comportamento e saúde: Explorando alternativas*. Santo André, SP: ARBytes.
- Kerbauy, R. R. (1999b). O papel da universidade e a formação do psicólogo que trabalha com comportamento e saúde. In R. R. Kerbauy (Org.), *Comportamento e saúde: Explorando alternativas* (pp. 10-21). Santo André, SP: ARBytes.
- Longo Jr., O., Zanin, C. R., Da Silva, R. C. F., Silva, E. C., & Nasser, F. (1999). *Grupo de intervenção psicológica junto a pacientes etilistas em hospital-escola*. Trabalho apresentado no 2o. Congresso de Psicologia do Oeste Paulista, São José do Rio Preto, SP.
- Lucey, M. R. (1994). An overview. In M. R. Lucey, R. M. Merion, & T. P. Beresford (Eds.), *Liver transplantation & the alcoholic patient: Medical, surgical and psychosocial issues* (pp. 1-5). Cambridge, England: CUP.
- Miyazaki, M. C. O. S. (1993). *Enfoque psicossocial da doença crônica: Um estudo sobre depressão em pacientes pediátricos portadores de asma e suas mães*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.
- Miyazaki, M. C. O. S. (1997). *Psicologia na formação médica: Subsídios para prevenção e trabalho clínico com universitários*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Miyazaki, M. C. O. S. (1999a). *Considerações acerca da formação profissional para atuar na saúde*. Texto não publicado.
- Miyazaki, M. C. O. S. (1999b). Psicologia da saúde: Avaliação de pacientes submetidos a transplante de fígado. In *Anais do VI Latini Dies e II Congresso Brasileiro de Psicoterapias Cognitivas* (p. 52). Rio de Janeiro.
- Miyazaki, M. C. O. S., & Amaral, V. L. A. R. (1995). Instituições de saúde. In B. P. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: Pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp. 235-244). Campinas, SP: Psy II.
- Miyazaki, M. C. O. S., Amaral, V. L. A. R., & Salomão Jr., J. B. (1999). Asma na infância: Dificuldades no manejo da doença e problemas comportamentais. In R. R. Kerbauy (Org.), *Comportamento e saúde: Explorando alternativas* (pp. 99-118). Santo André, SP: ARBytes.
- Miyazaki, M. C. O. S., Pagotto, K. F., Longo Jr., O., Felicio, H., Da Silva, R. C., & Da Silva, R. F. (2000a). *Substance abuse, anxiety, and depression among liver transplant candidates*. Trabalho aceito para apresentação no XXVII International Congress of Psychology, Stocolomo, Suécia.
- Miyazaki, M. C. O. S., Da Silva, R. F., Da Silva, R. C., Felicio, H., Longo Jr., O., & Pagotto, K. F. (2000b). Substance abuse, anxiety, and depression among liver transplant candidates. In *XXVII International Congress of Psychology*. Abstract Database www.icp2000.

- Olbrisch, M. E., & Levenson, J. L. (1995). Psychosocial assessment of organ transplant candidates: Current status of methodological and philosophical issues. *Psychosomatics, 36*, 236-243.
- Pagotto, K. F. (2000). *Avaliação psicológica de pacientes candidatos a transplante de fígado*. Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Aprimoramento em Psicologia da Saúde da FAMERP, São José do Rio Preto, SP.
- Pinto, M. J. C. (1999). Atuação do psicólogo em ambulatório interdisciplinar de transgenitalização. In *Anais do VI Latini Dies e II Congresso Brasileiro de Psicoterapias Cognitivas* (p. 53). Rio de Janeiro.
- Pucci, F. F. (1999). *Profissionais da saúde: Análise de algumas variáveis que influem no trabalho em UTI*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.
- Riether, A. M., & Mahler, E. (1994). Suicide in liver transplant patients: Case reports. *Psychosomatics, 35*, 574-578.
- Risso, K. R., Moscardini, A. C., Salomão, M. L., Barbosa, D. M. U., Borges, M., Córdova, R., Wakai, M., & Silva, K. I. (1999). *Modelo de atendimento ambulatorial interdisciplinar à crianças HIV+*. Trabalho apresentado no 10. Congresso da APICSA, Granada, Espanha.
- Roberts, M. C., La Grecca, A. M., & Harper, D. C. (1988). Another stage of development. *Journal of Pediatric Psychology, 13*, 1-5.
- Robertson, G. (1999). Individual's perception of their quality of life following a liver transplant: An exploratory study. *Journal of Advanced Nursing, 30*, 497-505.
- Salles, A., Miyazaki, M. C., Baitello, A. L., Yagi, R. K., & Palchetti, J. C. (2000). *Aspectos emocionais do paciente politraumatizado: Dados preliminares*. Trabalho apresentado no 4o. Congresso da Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado, São Paulo.
- Santos, A. R. R., & Miyazaki, M. C. O. S. (1999). Grupo de sala de espera em ambulatório de doença falciforme. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 1*, 41-48.
- Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo / CONFORPAS. (1997). *Distribuição da força de trabalho de nível superior na área da saúde no estado de São Paulo em 1992: Análise preliminar dos dados da pesquisa Assistência Médico Sanitária/FIBGE 1992*. São Paulo: FUNDAP.
- Sette Jr., H., Lopes Neto, E. P. A., & Barros, M. F. A. (1997). Transplante hepático. In M. Mincis (Org.), *Gastroenterologia e hepatologia: Diagnóstico e tratamento* (pp. 799-808). São Paulo: Lemos.

- Sheridan, E. P. (1999). Psychology's future in medical schools and academic health care centers. *American Psychologist*, 54, 267-271.
- Valerio, N. I. (1996). *Neurofibromatose: Gravidade da doença do ponto de vista de observadores e estratégias de enfrentamento*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP.
- Valerio, N. I., & Mazzi, E. A. (1997). Um procedimento de atuação psicológica em aconselhamento genético. *Universitas: Ciências Humanas e da Saúde*, 7, 39-43.
- Verona, E. C. L., Ribeiro-dos-Santos, A. R., Silva, S. C., Domingos, N. A. M., & Miyazaki, M. C. O. S. (1999). Clínica da alegria: Desenvolvimento de estratégias para o manejo da dor. In *Anais do VI Latini Dies e II Congresso Brasileiro de Psicoterapias Cognitivas* (p. 85). Rio de Janeiro.
- Waeteman, C. M., Maia, L. N., Lemos, N. A., Machado, M., Albertini, A., & Miyazaki, M. C. O. S. (1999). Atendimento interdisciplinar em ambulatório de coronariopatia: Programa de educação preventiva. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 9, 57 (Suppl B).
- Zanin, C. R., Miyazaki, M. C. O. S., & Maniglia, J. V. (2000). Intervenção cognitivo comportamental em pacientes com transtornos funcionais da laringe: Estudo de quatro casos. *MedPress: Revista Médica Virtual*. Disponível em: <http://www.medpress.med.br>

*Recebido em 17.12.2001
Aceito em 5.02.2002*

JOVENS E ADOLESCENTES EM TEMPOS DE AIDS

REFLEXÕES SOBRE UMA DÉCADA DE

TRABALHO DE PREVENÇÃO

Vera Paiva¹, Camila Peres² e Cely Blessa³

Instituto de Psicologia - USP

Este texto discute o curso da epidemia do HIV /Aids nos últimos anos e a revisão de alguns dos pressupostos que informaram as ações de prevenção ao HIV. Refletindo a partir das iniciativas de prevenção ao HIV/ AIDS com grupos de jovens e seus educadores em São Paulo em uma década de trabalho, descreve a superação das noções de “grupo de risco” e alguns indicadores dos sucessos do esforço brasileiro diante dos desafios de uma epidemia que cresce ainda entre os mais jovens. O trabalho inicial com alunos de escolas noturnas inspirou inúmeros programas e têm ajudado a estabelecer parâmetros para ações de prevenção, indicadores do contexto e da vulnerabilidade sociais, além de categorias sócio-culturais que informam a vida diária e a atividade sexual dos jovens. A partir de ações interativas que focalizam o sexo e a reprodução, as relações de gênero e outros temas associados pelos jovens, os projetos lidam com desinformação, emoções, a violência estrutural e os caminhos para a cidadania plena. Destaca-se a receptividade e a cooperação dos vários grupos de jovens em contextos mais vulneráveis, assim como dos adultos envolvidos com eles: escolares, internos da FEBEM, ou agrupados em diferentes comunidades e atividades.

Descritores: AIDS. Prevenção. Jovens. Vulnerabilidade social.

-
- 1 Professora Psicologia Social - IPUSP, consultora do Programa de Aids das Nações Unidas (UNAIDS) e do Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids (NEPAIDS-USP) (www.usp.br/nepaids). Endereço para correspondência: Instituto de Psicologia. Av. Prof. Mello Moraes, 1721. São Paulo, SP – CEP 05508-900. Endereço eletrônico: veroca@usp.br
 - 2 Mestranda em Epidemiologia, Universidade Federal de São Paulo, equipe de prevenção do Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo e NEPAIDS-USP.
 - 3 Psicodramatista, equipe de DST, do Centro de Referência DST/AIDS - São Paulo e NEPAIDS-USP.

A evolução do cenário da epidemia e das idéias sobre prevenção

Em 1990, quando iniciamos o trabalho de prevenção ao HIV nas escolas públicas e noturnas da Cidade de São Paulo, somavam-se 8859 casos de brasileiros com Aids, metade deles infectados pela via da transmissão sexual, 85% de homens, e as previsões para o ano 2000 eram catastróficas: esperavam-se mais de um milhão de brasileiros infectados. Ainda vivíamos sob a hegemonia de uma visão sobre a epidemia carregada de moralismos, que definia “grupos de risco” (“os” homossexuais, trabalhadores do sexo, usuários de drogas e alguns “inocentes” - bebês e transfundidos). A construção simbólica sobre a Aids, mais do que ajudar no controle da epidemia, estigmatizava os portadores e afastava da sensibilização para a prevenção milhares de brasileiros, em especial as brasileiras, que embora vulneráveis à infecção pelo HIV não podiam se perceber como “promíscuos”, “mal comportados”, “quase-mortos” mercedores de tanto isolamento injustificado e discriminação.

Pareceu quase um milagre quando finalmente em 1990 a CECAE-USP e depois a Fundação Mac Arthur⁴ aceitaram apoiar um grupo de alunos nos primeiros anos da graduação e orientadores no Instituto de Psicologia, Faculdade de Saúde Pública e Escola de Comunicações para testar outras abordagens. Tentávamos inovar pensando a prevenção e a vulnerabilidade ao HIV não a partir dos fatos biomédicos mas a partir do contexto sociocultural, e de sua construção coletiva, simbólica e psicossocial. Enxergávamos os jovens (“*Todos, também seus filhos e alunos que estão na escola!*”, dizíamos para os mais resistentes) como um grupo prioritário para o esforço de prevenção e ao mesmo tempo uma esperança na co-construção para uma resposta brasileira ao crescimento mundial da epidemia.

Dez anos depois, a Aids explodiu na Ásia onde era invisível no começo da década, continua ruindo países e matando gerações na África e começa a explodir no leste europeu. Desafia ainda os formuladores de políticas de

4 Desde 1987 se buscava apoio para tal iniciativa.

saúde norte-americanos, apesar dos milhares de dólares investidos em programas informados por teorias e abordagens que nos EUA tendem a focalizar o “risco individual” e “informação e treinamento para modificação de comportamentos”, apontando como objetivo e eixo dos programas para os jovens principalmente a promoção da abstinência do sexo e das drogas. Essas abordagens não têm dado conta, nem no país mais rico do mundo, das sexualidades constantemente estimuladas pela mídia e da “sinergia de pragas” que acontece nos bolsões de pobreza e exclusão, fenômeno descrito tanto na África subdesenvolvida ou no chamado *inner city* das grandes cidades norte-americanas (Parker & Camargo Jr., 2000).

No Brasil⁵, no final do ano 2000 contávamos 191.000 casos acumulados de Aids, na proporção de 2 homens para cada mulher, e estimava-se cerca de 500.000 pessoas portadoras do vírus. Embora o epicentro da epidemia tenha sido as cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, o crescimento mais acelerado se dá hoje nas cidades brasileiras com menos de 50 mil habitantes, e em todo o país mais rapidamente entre mulheres e grupos de baixa escolaridade (e renda). Apesar da distribuição universal e gratuita do chamado “coquetel anti-HIV”, a Aids era a 4^a causa de morte no grupo de 20 a 49 anos de idade. Certamente o empréstimo do Banco Mundial⁶ para políticas públicas de combate a Aids (que começou no meio da década de 90 e se encerrará em 2002) permitiu acelerar respostas em áreas estratégicas que em geral ficam sem espaço nos orçamentos públicos. Foi um empréstimo que tomou 165 milhões que serão pagos em 15 anos, e que nunca pôde ser investido no programa de acesso à medicação anti-HIV- a política do Banco Mundial para países em desenvolvimento recomendava que não se investisse em medicação, mas só em prevenção. Embora cerca de 85% dos recursos federais gastos anualmente com Aids sejam provenientes do tesouro nacional, depois do

5 Os dados brasileiros citados a seguir tem como fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids (CNDST/AIDS/SPS/MS, 2000).

6 Comunicação pessoal de Alexandre Granjeiro, do Programa Nacional de DST/AIDS, Ministério da Saúde, em 30 Outubro 2000.

final do acordo a quantia significativa financiada pelo Banco deverá ser garantida por outra fonte de recursos para a Aids no SUS (Sistema Único de Saúde). O investimento em prevenção tem sido sempre menor do que o necessário, mas constante na década, e deverá ser absorvido nos orçamentos e políticas públicas estaduais e municipais. Dependerá, portanto, de iniciativa política além de competências técnicas.

Coincidente com a progressiva desaceleração da epidemia, que crescia a 36% na primeira década e depois de 1992 a 12% ao ano³, foi o início da distribuição da medicação anti-retroviral gratuitamente, que não enfocaremos aqui, e a discussão de novos paradigmas para análise da epidemia. Na segunda década de epidemia (nos anos noventa), as abordagens que informavam as ações de prevenção puderam ser menos moralistas e radicalizaram sua inspiração nos princípios da Carta de Direitos Humanos, indissociáveis direitos individuais e sociais, integrando propostas que assumem que a vulnerabilidade ao HIV e à Aids é individual e coletiva. Essa visão conquistou espaço defendendo que diminuir a expansão da epidemia depende da disseminação de informações corretas e da possibilidade dos indivíduos nelas se reconhecerem usando-as para sua proteção, mas que isso não acontece independentemente das culturas, do contexto social e político de cada país, e dos programas de saúde, desenvolvimento e educação (cada vez mais dependentes da chamada “globalização”). O ponto de inflexão que abriu mais espaço para essa visão foi a 8^a Conferência Internacional de Aids realizada em 1992 em Amsterdã, e o lançamento do livro *Aids no Mundo* (ver, Mann & Tarantola, 1992). No Brasil tivemos a sorte de poder contribuir para essa revisão por contar com uma tradição de formulação de políticas para saúde baseada na idéia de promoção da cidadania (e não na de consumidores individuais de serviços e produtos), marcada pela tradição de educação popular e pelo pensamento social articulado com os movimentos sociais. A pressão e organização dos afetados pela epidemia a partir de grupos de ativistas por direitos humanos foram fundamentais em todo mundo e a resposta organizada no Brasil, que incluía acadêmicos e profissionais de saúde e educação, foi pioneira na construção de caminhos mais produtivos (ver, Parker, 1997).

Superamos assim as noções de “grupos de risco” ou “comportamentos de risco” - comportamentos e práticas que afinal a pesquisa social dos últimos anos mostrou que não existem sem contexto, sentido e significados socialmente construídos (Paiva, 2000). A 13^a Conferência Internacional de Aids realizada na África do Sul (Julho 2000) consagrou o consenso da comunidade científica de que a expansão da Aids é resultado de fatos biomédicos que explicam a transmissão do vírus, das diferentes atitudes e comportamento individuais, mas principalmente do contexto social e dos programas de saúde e educação existentes que criam a vulnerabilidade coletiva maior ou menor à infecção e ao adoecimento (Ayres, França Jr., Calazans, & Saletti Fo., 1999). O debate com o presidente da África do Sul que questionava a existência do vírus da Aids e o gasto com medicação para 25% de sul-africanos padecendo do HIV, e defendendo que a pobreza é a maior causa da Aids (para isso basta mostrar os mapas de sua expansão) foi emblemático dos dilemas conceituais e necessariamente politizados que enfrentamos nas duas décadas de Aids. Esse debate talvez tenha encontrado seu ponto alto na cerimônia de encerramento desta 13^a Conferência com o pronunciamento de Nelson Mandela⁷, símbolo internacional da luta pelos direitos humanos, no mesmo partido do presidente de seu país. Mandela emprestou seu apoio à comunidade internacional de cientistas e ativistas que tem lutado para derrotar o vírus HIV instalado em mais de 35 milhões de pessoas em todo o mundo, mas lembrando que, sim, a Aids se espalha aproveitando as brechas abertas por crenças, valores, culturas sexuais e ajustes socioeconômicos, que criam as veias abertas e feridas por onde o vírus entra nos corpos de homens e mulheres que habitam cada sociedade. Sabemos que há tantas epidemias diferentes quantas sociedades e culturas.

Os jovens são sempre um grupo vulnerável em todas as sociedades do mundo globalizado. Se continuarmos fazendo apenas o que temos feito, o HIV infectará cerca de 8.500 crianças e jovens por dia, seis por minuto em

7 Texto integral do pronunciamento de Nelson Mandela está publicado no *Boletim ABIA* (ver, Mandela, 2000).

todo mundo.⁸ A previsão lembrada pela fala de Mandela foi de que um em cada dois jovens vai morrer de Aids na África do Sul. Um terço das pessoas vivendo com HIV no final de 1998 eram jovens que tem entre 15-24 anos e metade das novas infecções ocorre nessa faixa etária em todo mundo. No Brasil, 70 % dos casos de Aids se concentram na faixa entre 20 e 39 anos, indicando que as novas infecções pelo HIV (que leva anos para evoluir para Aids) acontecem principalmente também entre os mais jovens. Mas a boa notícia é que onde programas de educação sexual dedicados aos jovens nessa faixa etária acontecem - com informação não-moralista, espaço para desenvolver capacidade de comunicação, consciência e mobilização pelo acesso ao preservativo - os jovens muito mais facilmente que os adultos adotam práticas mais seguras. Isso é verdade na Tailândia, Uganda, Chile, México, oeste europeu e no Brasil onde as vendas de camisinha cresceram de 70 milhões em 1993 para 320 milhões em 1999 (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2000).

Em 1986 menos de 5% dos rapazes brasileiros diziam que usaram preservativo na primeira relação sexual, em 1999 chegavam a 50% (aumento de 10 vezes!) (UNAIDS, 2000). A pesquisa de 1999 indicou que, entre os jovens de 16-25 anos, 87% disseram que usavam camisinha consistentemente com os parceiros casuais, 24% em todas as relações sexuais, e 90% declarou que não teria relação sexual com alguém que conheceu recentemente e se recusasse a usar o preservativo (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento [CEBRAP] / Ministério da Saúde [MS], 1999). O uso de preservativo declarado num período de 12 meses pelos participantes da pesquisa nacional é semelhante nos EUA (67%) e no Brasil (63%). Se considerarmos a última relação sexual antes da entrevista, no Brasil 59% dos homens pesquisados usaram preservativo na última relação sexual e nos EUA a taxa encontrada foi de 62%. Entre as mulheres sexualmente ativas na faixa de 16 a 25 anos,

8 Esses dados e os do próximo parágrafo tem como fonte: *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS, 1999a).

a proporção de uso de preservativo nos últimos 12 meses no Brasil é de 35% e nos EUA é de 22%.⁹

A literatura internacional que descreve o trabalho com os jovens para promoção da saúde sexual e a prevenção da Aids pode nos ajudar a entender essa evolução e as dificuldades ainda persistentes. Uma revisão da literatura no início da década (1992) indicava que quatro paradigmas teóricos eram usados na pesquisa sobre sexualidades jovens: uma abordagem centrada nas diferenças individuais (medindo padrões de comportamento sexual, atitudes e níveis de conhecimento), abordagens que analisam a modelagem de comportamento (para comunicação, negociação de preservativo e resistência à pressão dos pares), as que abordavam *scripts* sexuais e discursos (descrevendo significados da atividade sexual em várias comunidades), e finalmente as que procuravam modelos estruturais de explicação (normas para os gêneros, limitações sócio - econômicas). Concluiu-se que todas tinham suas vantagens com exceção da primeira que “contribuiu muito pouco para as tentativas de planejar e introduzir intervenções apropriadas para encorajar a redução de comportamentos arriscados” (Ingham, 1992). Outra revisão, também patrocinada pelo Programa de Aids das Nações Unidas no meio da década (UNAIDS, 1999b), concluiu que as mesmas abordagens permaneciam freqüentes, com ligeiro aumento da preocupação com fatores culturais e estruturais. Aumentaram as pesquisas e experiências com “grupos especiais” - meninos de rua e prostituição juvenil foram temas freqüentes na metade da década - e confirmou-se a consistência nos achado das pesquisas conhecidas como KAPB (knowledge, attitudes, beliefs and practices) revelando que alto nível de conhecimento e informação não se traduzem em mudanças de comportamento e adoção de comportamentos mais saudáveis. As pesquisas com jovens que estão fora da escola têm sido particularmente iluminadoras da inadequação dos modelos de “escolha racional, percepção de risco e tomada de decisão”, porque em situações e cenas de sexo coercitivo, em certas cul-

⁹ Os dados comparativos com os EUA foram fornecidos pela Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, Alexandre Grangeiro, que cita como fonte a pesquisa do CEBRAP/MS (1999) e do *Centers for Disease Control (CDC, 1997)*.

turas de gênero ou empobrecidas, nas condições de vida carregadas de outros riscos e violência, lidar com a vulnerabilidade ao HIV está mais além da decisão individual.

Finalmente, mais recentemente cresceu a preocupação de organizar estudos que avaliem o impacto da educação sexual entre os jovens, formulem guias de educação sexual, uma iniciativa de vários governos e resultado da pressão de grupos comprometidos com direitos reprodutivos ou com a proteção da infância e adolescência prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Nos últimos anos da década, também cresceu a preocupação, ainda incipiente, de entender melhor como se dá e como se transforma a velha construção da sexualidade masculina heterossexual - o grande nó da prevenção e a parte excluída dos programas de saúde reprodutiva. Este foi o tema escolhido para as campanhas do Dia Mundial da Aids no ano 2000.

No final da década, foi finalmente feito um esforço importante para responder uma das maiores polêmicas no planejamento de programas voltados para jovens, preocupação de pais, religiosos e educadores: *até que ponto a educação sexual que vá além da promoção da abstinência até o casamento e monogamia estimula a precocidade do sexo e a sua maior freqüência?* A resposta foi estimulante para a construção de novos programas. Seus principais achados, a partir de estudos nos países desenvolvidos (UNAIDS, 1997) foram:

- Educação sexual ou para prevenção da Aids não estimula mais atividade sexual.
- Programas de boa qualidade ajudam a adiar o início da vida sexual e protegem jovens sexualmente ativos de infecções sexuais e da gravidez indesejada.
- Comportamentos saudáveis e responsáveis podem ser aprendidos
- É melhor começar a educação sexual antes do início da vida sexual - que no Brasil nas gerações mais jovens é em média aos 16 anos e para 15 % começa antes dos 14 anos (CEBRAP/MS, 1999).

- Educação sexual deve levar em conta que existem dois gêneros - masculino e feminino - e ser adaptada às diversas maneiras de ser garoto ou garota.
- A informação sobre saúde sexual tem uma vasta gama de fontes para os jovens que devem ser consideradas e conscientizadas.
- Os jovens são um grupo heterogêneo em termos de desenvolvimento e as tecnologias educativas devem ser diferentes e abertas a essa heterogeneidade.
- Os programas mais eficazes (nos países europeus e norte americanos) são programas baseados em Teorias de Aprendizagem Social; tem um currículo focalizado, tem clareza de metas comportamentais, e descrevem claramente as práticas sexuais a serem evitadas ou as mais seguras; desenvolvem atividades que iluminam as influências do contexto social no que fazemos sexualmente; criam ambientes e espaços para praticar a comunicação e a negociação do sexo seguro; estimulam franqueza nas comunicações sobre sexo; ajudam os jovens a decodificar mensagens da mídia e seus pressupostos e ideologias.

Uma das limitações dessa literatura é a pouca presença de experiências e estudos realizados em países em desenvolvimento, e uma breve reflexão sobre o que aprendemos no NEPAIDS-USP, e no esforço de colaboração com outros grupos que trabalharam com jovens na última década em São Paulo pode nos ajudar a completar este quadro.

Trabalhando com jovens em São Paulo

Afinal, quem são os adolescentes? Acreditam que podem “pegar” o HIV? Acreditam que podem se proteger? O que pensam e fazem a este respeito? Responder a estas perguntas nos últimos 10 anos não foi fácil, encontramos tantos e tão diferentes adolescentes quantos são os brasileiros e suas realidades, oportunidades e cotidianos de garoto ou garota. Basta olhar ao redor e estão por toda parte: na periferia, no shopping, na praça, no centro da

cidade, no interior, no carro, no ônibus, vendendo o corpo para o sexo para produtores de cana ou de drogas, na escola, no trabalho, ou presos como infratores em lugares como a Fundação do Bem Estar do Menor (FEBEM). Pertencem a diferentes “tribos”, cada qual tem seu jeito de vestir, pensar e ser no mundo. Cada jovem expressa o momento em que vive e também o seu lugar social, garotos e garotas que são negros, brancos, amarelos, misturados, heterossexuais, homossexuais, bissexuais, pobres, ricos, mais ou menos, casados, namorados, juntados, solteiros ... Cada qual a seu modo é: inseguro, corajoso, rebelde, capaz, incapaz, apaixonado, tímido, confiante, triste, alegre, responsável, displicente, centrado, perdido... Alguns têm direitos de ser *Adolescente*, direitos descritos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) ou adolescente como descrevem os manuais de psicologia ou a mídia: escolhem profissões, escolhem quem vai cuidar de sua saúde, tem acesso a cultura e ao lazer, têm dinheiro para transitar na cidade ou viajar de férias tomando guaraná e comendo pizza, com o tênis da *NIKE*. Adolescentes assim compõem uma parcela jovem das classes média e alta, uma minoria na população brasileira. Preferimos chamar a maioria simplesmente de “jovens” e não de “adolescentes”.

O trabalho de prevenção com os jovens que desenvolvemos ou acompanhamos tem buscado construir espaços para que eles possam se conhecer e se reconhecer em suas diferenças: de raça e credos, de atitudes, de gêneros, de preferências sexuais, em realidades sociais e momentos de vida diferentes. Buscamos colaborar para que se tornem cidadãos, ocupem e transformem seu lugar social através da ação: questionando, discutindo, propondo, escolhendo, decidindo, experimentando, respeitando as diferenças, sendo solidário com a dor do outro e responsável pelo cuidado da vida. Começamos com as perguntas: qual o simbolismo que os jovens atribuem à Aids, esse é um assunto que os interessa, o que cada grupo associa com as propostas de prevenção? Como é possível desconstruir os preconceitos e estigmas que dificultam aos jovens perceberem sua vulnerabilidade ao HIV ou mesmo absorver a informação sobre como se proteger? Quais as dificuldades especiais que cada grupo (a partir de seus valores e credos, nível de escolaridade, classe e raça, lugar onde vive) enfrenta para se proteger da Aids? Como, então,

instrumentalizá-los para as necessárias mudanças e adaptações que o correr da vida exige, ajudá-los a identificar as opções mais aceitáveis para si próprios e para seus parceiros dentre as práticas sexuais seguras para evitar a Aids?

Antes de qualquer programa que “ensina” prevenção, procuramos conhecer seus interesses, fé pessoal, problemas e necessidades. Descobrimos que as garotas em geral queriam conversar sobre namoro, virgindade, relação sexual. Quando propúnhamos discutir sua vulnerabilidade ao HIV, as garotas preferiam discutir sobre *todos* os “perigos” do sexo (gravidez, medo de perder o namorado, de “perder” a virgindade, violência) e também aprender a se defender da insistência dos rapazes para transar e seu medo de perder o controle. Em contrapartida a maioria dos garotos queria aprender “tudo sobre sexo” e como seduzir uma mulher, antes de saber se proteger e proteger a parceira. Todos valorizavam um espaço para a troca de experiências, para a aprendizagem, para momentos de descontração, longe das aulas teóricas e das lições do que era certo (ou errado) ser e fazer. Todos entendiam que precisavam se proteger do HIV, mas poucos mudavam suas práticas depois das “oficinas de sexo seguro”.

Os dois programas que incluíram um componente de avaliação do seu impacto (Antunes et al., 1997; Paiva, 2000), desenvolvido com estudantes de primeiro e segundo grau noturno na cidade de São Paulo, ajudaram os jovens a ampliar a consciência de sua vulnerabilidade ao HIV, em especial os garotos a ter menos certeza que são invulneráveis e saberão sempre tudo. Meninos e meninas passaram a ser multiplicadores do que aprenderam e melhoraram significativamente a capacidade de se comunicar sobre sexo com parceiros e amigos. As garotas aumentaram a confiança no preservativo, passaram a ter mais iniciativa e a serem menos passivas na atividade sexual e aumentaram significativamente o uso de camisinha com parceiros casuais. Mas o uso de preservativos com namorados e namoradas (e parceiros fixos) não aumentou de forma significativa. Os garotos aumentaram a freqüência em que “pensam em usar preservativo, mas não tem um”, indicando a sua falta de acesso aos meios para se proteger.

Esses e outros projetos deixaram claro que precisamos um trabalho prolongado e permanente com os vários grupos de jovens que dê conta da sua vulnerabilidade coletiva, do contexto socioeconômico e cultural, programas focalizados na informação e “treino” para o sexo seguro são insuficientes para garantir uso consistente de preservativos. Têm nos ensinado que caminhamos vários passos no sentido de entender como promover as mudanças de que necessitamos para que os jovens se protejam do HIV. Mas apesar do entusiasmo e adesão dos jovens e sua comunidade a esse tipo de programas, o processo de incorporação do preservativo ou do sexo mais seguro pelos jovens é um investimento de longo prazo e que depende da comunidade interferir também no contexto cultural, aumentar o acesso ao preservativo e a outros cuidados com a saúde, o que oficinas de sexo seguro, mesmo as mais sofisticadas, não conseguem dar conta se não tem continuidade.

As campanhas e a mídia depois de 1993 finalmente passaram a estimular abertamente a camisinha, que ficou mais popular como indicam os números. Os jovens foram reconhecidos como “público alvo” importante. Mas ao final da década pouca coisa mudou em relação às dificuldades mais importantes que eles enfrentam para se prevenir. Numa avaliação realizada em 1999 dos trabalhos realizados com vários grupos em São Paulo, foi consenso que as maiores dificuldades continuam sendo:

- a) Apesar de acharem que qualquer pessoa pode ter AIDS, muitos acreditam que com “a vida que levam não vão se contaminar”. “Conhecem” e confiam em seus namorados e namoradas porque: “ele não usa drogas” ou “ela não transa com qualquer pessoa”. Com parceiros ainda “desconhecidos” tendem a lembrar e usar mais o preservativo. A camisinha tem se tornado mais conhecida deles e delas, sabem que precisam usá-la, mas é para o começo da relação, quando “não conhecem bem a pessoa”. Apaixonar-se é uma dica para deixar de usá-la.
- b) A camisinha é considerada eficaz para a AIDS, porém pouco prazerosa e frágil “é muito fininha, rasga com facilidade, parece uma bexiga”. Na verdade eles continuam sem saber *como* usá-la, que tem sido descrito como o motivo maior de “falha da camisinha”. A maioria dos programas não chega nos detalhes para ajudá-los a utilizar o preservativo ade-

quadamente, param no “use camisinha!”, ou esquecem de ressaltar que se trata de um processo de aprendizagem e adaptação. Ao difícil acesso ao preservativo (caro), soma-se a pouca confiança: já que não dá certo nas primeiras vezes não vão conseguir nas outras. (“Camisinha é coisa de branquelo”, “É cara e ainda parece estragada, fura”). Além disto, o sexo parece quase sempre associado às situações e cenas inesperadas e não planejadas, em situações em que fica difícil ter a camisinha na hora que a transa finalmente acontece.

- c) O aconselhamento e atendimento são ainda muitas vezes impregnados de discursos moralistas quando está disponível de graça nos postos de saúde ou na escola. Algumas TVs têm incluído programas de discussão sobre sexo, mas os especialistas são quase todos “sexólogos” (e não educadores ou profissionais treinados em prevenção) que lembram muito pouco do contexto social e cultural limitante. A distribuição de preservativos nos postos de saúde é insuficiente e inconstante.
- d) Nas falas dos jovens a AIDS aparece ainda associada ao medo, à morte certa, à doença sem cura “que acaba com a vida da pessoa”. Portanto, o medo continua mobilizando o velho fatalismo ou a negação. Para uma parcela significativa dos jovens, especialmente o grupo mais vulnerável (à violência, ao desemprego, à pobreza), a Aids é “apenas mais um risco”, e é mais confortável acreditar que “se tiver que pegar o HIV, não adianta fazer nada”. Outros (principalmente os garotos) associam aquele entediado do “sabe tudo” e de quem pergunta: “lá vem aquele papo de aranha de novo!”. Alguns racionalizam de forma mais sofisticada: “se eu pegar, o coquetel pode me salvar”...
- e) Não conseguem sempre imaginar como vencer a violência, a fome, a miséria, a falta de emprego e de oportunidades na vida, a discriminação e a falta de direitos, fatos sempre presentes em nossas conversas. O HIV é apenas mais um risco, a camisinha é mais uma coisa cara e inacessível. Nesse cenário é que cada *cena sexual* ou as *cenas de uso da droga* se desenvolvem.
- f) Além de todas as dificuldades do contexto social dos jovens, os *scripts femininos e masculinos*- as diferentes maneiras de pensar, sentir e agir que aprendemos desde crianças e que definem o *ser homem e ser mulher* - particularmente os *scripts sexuais* que incorporamos tem sido

uma dificuldade central para a prevenção do HIV. Os roteiros para o sexo parecem para eles como parte da “natureza”.

Muitas garotas continuam dizendo que ser mulher é ser meiga, sensível e delicada, “feminina”, não saber muito sobre o sexo, já que é o homem que ensina sexo para a mulher. Para transar é preciso amar a pessoa e ter uma relação de compromisso com alguém. O medo maior para as garotas é o de serem confundidas com a “escolada”, aquela que transa com qualquer um, a que está disponível para o sexo. Propor a camisinha e ter que negociar seu uso é contrapor-se a este modelo de mulher, ser mais “sabida” que o homem e experiente frente ao sexo. Em geral, conhecem muito pouco sobre seu próprio corpo, como funciona o aparelho reprodutor, como fazer para evitar a gravidez. A gravidez, ao mesmo tempo em que é temida, é a possibilidade de mudar de vida, virar adulta, de sair da casa dos pais, ter sua vida própria. O método anticoncepcional mais popular é a pílula que as amigas receitam e que compram na farmácia. Conhecem menos ainda sobre o corpo erótico e o que lhes dá prazer. A maioria das garotas começa a vida sexual perto dos 15 anos, mas não sabem nada sobre o orgasmo; não se masturbam, acham que é “feio” e não gostam de sexo anal e oral que acham “nojentos”. Muitas meninas se preocupam com a virgindade, acham fidelidade muito importante tanto para o homem quanto para a mulher, mas são mais tolerantes com a infidelidade masculina. Tem menos certeza que os rapazes sobre a decisão de ter filhos! Algumas dessas crenças e atitudes tem mudado mais rápido para as mulheres, que, segundo as avaliações de oficinas, parecem mais plásticas e abertas para mudanças no velho *script* que os homens.

A fala dos garotos, claro, é complementar a este discurso e parece que pouco tem mudado. Sexo masculino, o *script* sexual masculino, se aprende na rua, é algo que todo mundo faz e separam o sexo por prazer e para “descarrego” daquele que é feito com amor, com a namorada, aquela com quem vão casar. Para a maioria dos garotos, ser homem é não controlar muito seus impulsos sexuais e agressivos: deu tesão, transou; pintou desavença, brigou. Colocar a camisinha e se preocupar com a parceira é regrar estes sinais de virilidade. Quanto ao seu corpo, sabem tudo sobre seu prazer e o pênis que manipulam, e nada sobre a reprodução. A gravidez continua sendo problema

(e responsabilidade) da mulher: ela quem deve se preocupar com a contracepção. O único cuidado que têm a respeito do sexo é em geral “gozar fora”, e praticar todas as “técnicas e posições”.

Ser homem também é ter jeito de homem, é ser forte, pensar muito em sexo e gostar de mulher e futebol. O medo dos rapazes é ser confundido com o “viado” (aquele que não gosta de mulher, portanto o “não-homem”). Ser homem, também é um dia poder ser respeitador, contido, carinhoso e trabalhador, para então poder casar. Para isto, será preciso arranjar emprego fixo, para dar uma condição melhor para os filhos e para a mulher. Com relação a esta questão há muita angústia e incerteza - a crise econômica do Brasil e a falta de oportunidades na vida parecem nunca ter fim!

Diante deste contexto percebemos que o trabalho de prevenção da AIDS precisa estar integrando a idéia de cidadania e direitos aos temas da sexualidade e do uso de drogas, e desses com a discussão sobre as intenções de maternidade e paternidade de garotos e garotas e suas escolhas contraceptivas, suas oportunidades profissionais, além de ser capaz de discutir as diferenças e as relações entre os gêneros, conscientizar que os *scripts* associados ao masculino ou ao feminino que não são resultado da “natureza” da diferença entre os sexos, são socialmente construídos. Dar conta do contexto socioeconômico em que o sexo e as vivências de gênero acontecem. Desconstruir também certas noções de proteção criadas socialmente do tipo “Aids só acontece com o OUTRO que é diferente”, ou que eu não conheço bem. Precisamos, portanto, ajudá-los a decodificar a complexidade das suas *cenas sexuais*: o lugar onde fazem sexo (de pé no poste, no escurinho da vila?), com quem (o amado, a garota de programa), em que ritmo (“fast food”, “de-vagarinho”), a que hora do dia, que sentido aquela cena tem (“descarreço”, amor). Precisam descobrir se estão informados ou não, se tem acesso ao tratamento adequado de eventuais infecções sexualmente transmissíveis ou ao teste anti-HIV, se têm dinheiro para a camisinha ou acesso ao preservativo gratuito, se tem apoio dos pais ou transam escondidos. Precisam se mobilizar por seus direitos à informação e atenção de qualidade, e os programas são valorizados por todos se baseados no *protagonismo juvenil*, abrindo es-

paço para a participação dos adolescentes na definição de políticas públicas destinados a eles.

Esses resultados se repetem em experiências desenvolvidas com colaboração do NEPAIDS: com grupos de vários tipos de escolas, universitários, jogadores juniores de futebol, juventude negra, moradores de favelas, usuários de drogas, internos na FEBEM. Se o contexto os torna mais vulneráveis, os empurra para viver na rua, cometer atos criminosos ou usar drogas, ao mesmo tempo amplia sua vulnerabilidade ao HIV, aumentando exponencialmente as dificuldades para garantir a prevenção.

Em nossos encontros com os jovens temos utilizado debates livres sobre sexo seguro, sobre o uso ou não da camisinha, sobre namoro, primeira relação sexual, gravidez, aborto, acesso a camisinha, violência e cidadania. Além de “ensinar” prevenção. Trabalhamos a partir de cenas reais de sua vida ou de histórias que inventam a partir de uma gravura ou uma consigna, mobilizamos tópicos referentes à AIDS, preconceitos sobre a infecção e a prevenção. Temos usado fitas de vídeos sobre AIDS, gravidez e aborto, atividades com massa da farinha e sal para modelar o corpo erótico e/ou reprodutivo, dramatizações, jogos com os métodos contraceptivos e práticas de sexo seguro, incluindo atividades com o objetivo de ilustrar a utilização da camisinha e até fazer concursos de arte com ela e sobre ela. Aceitando e incentivando que encontrem suas maneiras diferentes e prazerosas de fazer sexo seguro e protegido, de reduzir os riscos, ou de adiar e evitar o sexo (com abstinência e adiamento da vida sexual), inventando para si o “inédito viável”, como diria Paulo Freire. Em geral eles tem gostado de participar destes encontros, alguns pedem para trazer os outros colegas, de realizar atividades fora da escola. Outros, resolveram repetir os conhecimentos aprendidos para outras pessoas da comunidade. Fazem questão de demonstrar o entusiasmo, como se sentiam mais “sabidos”, experientes e menos envergonhados.

Em 1997 começamos um trabalho de prevenção de AIDS e cidadania com os jovens na FEBEM¹⁰, grupo emblemático da carência da maioria dos jovens brasileiros pobres. O seu contexto socioeconômico é semelhante ao dos jovens mais carentes que encontramos na escola pública noturna. Em sua maioria são negros ou “pardos” (75%), e moravam com suas famílias (70%) usando as ruas, em gangues, para conseguir dinheiro. Tem irmãos e irmãs que estudam e trabalham, como costumam dizer, “vivem a vida humilde”. Muitos são criados pelas mães e sem os pais (57%) e quase todos também já estudaram em escolas públicas (99.5%), embora a maioria já tivesse parado de estudar quando foi para a FEBEM.¹¹ A maioria deles (95%) disse já ter tido emprego, muitos na “indústria do crime”, e somente 16% deles nunca experimentou nenhum tipo de droga - 5% foi usuário de drogas injetáveis e 27% manteve relações sexuais com usuários. A grande maioria deles era ativa sexualmente (95%), 23% era pai, 8% deles tinha história de práticas homossexuais (dentro e fora da FEBEM). Um terço deles tinha tido mais de 20 parceiros sexuais na vida e 12% já tinha trocado sexo por algum benefício. A camisinha foi associada à prevenção da Aids (mais que da gravidez), mas 80% deles consideram a camisinha pouco eficaz e frágil, ou que atrapalha o sexo (56%). A maioria dos garotos já tinha usado uma camisinha (68%), mas apenas 8% indicaram uso consistente.

Este projeto tem mostrado a importância de se trabalhar em parcerias produtivas que tentam diminuir o grau de vulnerabilidade individual e social ao HIV.¹² Queríamos muito integrar a prevenção da AIDS à cultura, à sexualidade e aos interesses singulares da sobrevivência deles. Nossa maior desafio tem sido falar de prevenção da AIDS para uma população que vive

10 Fundação do bem Estar do Menor - onde estão confinados os menores infratores.

11 Dados baseados numa pesquisa realizada em 1998 com uma amostra de 300 internos da FEBEM, com idades de 13 a 19 anos, para levantar seu perfil e suas atitudes, práticas e crenças sobre Aids e prevenção.

12 Como muitos do Núcleo, esse projeto tem sido uma parceria com o Programa Estadual e Municipal DST/AIDS e apoio de várias fontes financeiras: UCSF, *Mac Arthur Foundation*, *Ford Foundation* e mais recentemente (desde o ano 2000) recursos da própria FEBEM.

de sobreviver *do risco* além de *em risco*. Esses jovens na FEBEM, internados principalmente por envolvimento com drogas, tráfico e roubo, acham que o cuidado principal tem sido não morrer “da bala de um policial” ou na “vida do crime”, como costumam dizer. Acham que não viverão além dos 24-25 anos e poucos acreditam na capacidade de mudar o rumo de suas vidas depois que saírem da FEBEM. Para escapar da re-internação ou do sistema penitenciário, é importante que tenham uma família preocupada ou alguém próximo interessado em ajudar. Fazer parte de um grupo de referência, para muitos jovens, por exemplo, começar a participar de grupos religiosos tem sido o caminho de muitos para resistir a “tentação” que o dinheiro fácil de um assalto, por exemplo, representa. Alguns dizem que só na criminalidade conseguiriam o que sonham para suas vidas: “carro novo, mulher bonita e dinheiro”. Percebem seu despreparo diante da escolarização e profissionalização que é exigida no mercado de trabalho. Perversamente é através da “vida do crime” que conseguem cidadania: respeito, amizade, auto-estima, testam limites, descobrem suas forças, constroem sua identidade e ganham sentimento de pertencimento. Alguns dizem já ter uma profissão, pois recebem salário pelos crimes que cometem. Para eles, viver é correr riscos, sendo que a AIDS é só mais um entre muitos outros piores. Sabem como o HIV é transmitido e como pode ser evitado, porém transam sem caminha, mesmo quando em liberdade. Neste sentido os motivos são os mesmos dos jovens que estão na escola, os *scripts* de gênero e o contexto social em que vivem as experiências com a reprodução e a sexualidade. Ao tentar sensibilizá-los para a importância da prevenção à Aids, freqüentávamos as unidades do Complexo do Tatuapé para conversar, conhecê-los melhor e coordenar as atividades que eles gostavam (o que já era um diferencial na vida deles). Encontramos na arte-educação, nosso canal de comunicação e colaboração mais fáceis: jogar, dançar, fazer teatro, escutar, cantar e fazer música. Ouvindo e discutindo com eles as músicas que escutavam, encontramos a mensagem de prevenção, algo significativo para eles em troca de uma vida dentro da legalidade e de auto cuidado:

“Fique Vivo! Fique vivo para contar sua história. Para marcar território. Para lutar contra a injustiça social. Se continuar na vida do crime você vai morrer! A sua vida é preciosa!”

Incorporamos nas oficinas sobre prevenção da AIDS e sexualidade outros temas eleitos por eles, a partir de atividades que elegeram: teatro, *rap*, capoeira, grafite, *break*. Os temas de discussão escolhidos são droga adição, falta de oportunidades, desemprego, direitos, violência, extermínio policial, criminalidade, expectativa de futuro, injustiça social, racismo, e as políticas públicas que os movimentos sociais vivos na comunidade onde eles cresceram costumam qualificar de “para pobre o que é pobre”. Eles cobram a falta de centros comunitários destinados à escolarização, à profissionalização, à prática de esportes e lazer. Faltam políticas voltadas para auxiliar no primeiro emprego ou cooperativas que se tornaram um recurso de muitas comunidades adultas contra o desemprego. Faltam serviços públicos de saúde bem estruturados para o atendimento de jovens e adolescentes que lidem sem “repressão ou moralismo” com gravidez, droga adição, tratamento e prevenção de doenças. Convidamos para o trabalho na FEBEM representantes desses movimentos sociais, principalmente para o movimento HIP-HOP.

O que fez a diferença do trabalho na FEBEM é poder ajudar a voz desses jovens ser escutada, poderem expressar seus sentimentos, opiniões e reivindicar direitos. Garantimos um espaço *democrático* e de exercício de *cidadania* para que descubram na prática o significado destas palavras, para poderem discutir seus problemas e buscarem soluções. Um outro ganho desse trabalho tem sido demonstrar que suas produções têm alto potencial para o ativismo social e a solidariedade: uma grande motivação para eles é mandar recados para os outros jovens que estão além dos muros da FEBEM. As mensagens falam sempre da esperança e da luta por um mundo melhor, da prevenção da violência e da criminalidade. Mandam recados sobre o valor de uma “vida humilde” (de estudar, trabalhar, encontrar alguém para amar), sobre a ilusão que as drogas e o crime representam a morte, o sofrimento e a prisão na vida de um jovem. Colaboram na criação de materiais educativos para sensibilização de outros jovens dentro e fora da FEBEM, agindo muitas vezes como multiplicadores nas outras unidades de internação.

Nós que estamos trabalhando

Profissionais da educação e da saúde, pesquisadores comprometidos com os desafios de nosso país, somos pessoas também mergulhadas no mesmo contexto, na mesma sociedade, nas mesmas incertezas políticas e econômicas. Também inseguras sobre de quem é a responsabilidade de aconselhar e educar (qual o papel da escola, e da família e de um projeto de pesquisa?), necessitando estabelecer parcerias, compartilhar, buscar apoio e refletir. Quem está “na linha de frente” com os jovens sempre quer saber mais e mais “como lidar com ele”. Nestes anos aprendemos que não existe um jeito pronto e acabado, nem conhecimentos ou conceitos que não sofram mudanças, sejam reinventados todos os dias. Reforçamos a certeza de que a atitude básica mais produtiva é a que se abre para ajudá-los a crescer e a se desenvolver para serem sujeitos de sua vida. Aprendemos que é fundamental *validar* a opinião deles, ouvir, conversar, abrir espaço para a reflexão, sem oferecer fórmulas prontas (existem?) ou empurrar valores que consideramos mais corretos. Dá mais certo quando pensamos no encontro de duas pessoas em momentos diferentes de crescimento e desenvolvimento pessoal. Não vamos *trabalhar* os jovens, mas *estar com eles*. O grande poder de mudança está na mágica da *solidariedade*. Ao invés de professor e aluno ou adulto e adolescente, pessoa e pessoa. Só podemos ensinar respeito sendo respeitosos em nossas relações estabelecendo um clima afetivo e de confiança. Neste campo carregado de intensidades (tabus, ideologias, controvérsias, sem muita história ainda), são fundamentais os espaços de reflexão conjunta e supervisão, que devem reconhecer que precisamos ter conhecimento sobre nós mesmos, nossos medos, preconceitos e inseguranças para não fazermos dos jovens um depositário cego de nossos sentimentos, além de permitir nossa educação e atualização permanente.

Alguns parâmetros fundamentais do trabalho de “treinar os adultos” têm sido:

- a) O direito à informação clara e precisa dos fatos biomédicos sobre ao HIV e a Aids, mas também dos fatos que descrevem a vulnerabilidade social: raça, classe, falta de acesso a serviços de saúde e educação de

qualidade, de direitos, a opressão dos gêneros, a violência, a falta de lazer, que também conhecemos da pesquisa social;

- b) A linguagem franca e acessível; as mensagens devem claras e não estereotipadas ou preconceituosas;
- c) Estimular o respeito às diferenças – de cultura, de raça, de pensamento, de opção sexual, de opinião; lembrar que precisamos discutir abertamente a ética e os valores que estimulem o sexo consensual, resistam ao abuso e recuse a violência, ou as pressões de grupo que desrespeitam convicções pessoais.
- d) Facilitar ao profissional também se colocar, criando espaço para conscientizar as limitações das normas de gênero, o peso da mídia e do conjunto de valores representados no grupo;
- e) Compromisso com a educação continuada e a promoção de sujeitos da sua saúde e da cidadania, estimulando a mobilizar com por direitos que compartilhamos como cidadãos, parte de um coletivo e não como “consumidores”.
- f) Recusa do modelo de amedrontamento, gerador de pânico e perpetuador da negação e da exclusão.
- g) Estimular o trabalho e a pesquisa da comunidade onde crescem os jovens, estimular a inclusão dos pais, professores e comunidade organizada os projetos de prevenção, já que esforços pontuais se perdem rapidamente.

O que aprendemos depois de quase uma década de trabalho com jovens? Como qualquer grupo social eles são muito receptivos e cooperativos quando a relação que se estabelece é baseada no respeito, na confiança e na vontade real de ajudá-los. Preferem a colaboração à preleção, para analisar seus problemas e construir soluções que possam transformar cada realidade individual e a comunidade da qual fazem parte. Aliás costumam ser mais ligados no destino dos seus pares que a maior parte dos adultos. Aprendemos que prevenção do HIV precisa estar integrada à educação para a cidadania, onde o jovem seja constantemente encorajado a ser cidadão: a questionar, expor suas opiniões e sentimentos, a ser tolerante com opiniões contrárias, e mediante as várias possibilidades diante de um problema, escolher o que é

melhor para si, fazendo alianças para a transformação da sua condição social. Além disto, e antes de tudo, é preciso primeiro escutar e decodificar cada grupo, cena, cenário e *script* que promove a vulnerabilidade dos jovens, depois aparecer com propostas e informações que façam sentido naquele contexto. Como disse um dos jovens num dos cartazes ganhadores do concurso de frases:

“A AIDS não tem cura, mas os cientistas estão trabalhando para encontrar. Nós temos cura. Quem está trabalhando pela gente?”

Aprendemos enfim que esse espaço compartilhado com os jovens não deve falar só de Aids, de medos ou inseguranças, mas da alegria de enfrentar os desafios do viver, do prazer de viver!

Viva a vida!

Paiva, V., Peres, C., & Blessa, C. (2002). Youths and Adolescents in the Age of AIDS: Reflections About a Decade of Work in HIV Prevention. *Psicologia USP*, 13 (1), 55-78.

Abstract: This article reviews the recent evolution of the HIV/AIDS epidemic in Brazil and its frameworks for prevention. Considering a decade of preventions initiatives targeting young people and their educators in São Paulo, describes the surpassing of the “risk group” notions and indicators of the successes of the national efforts facing the challenges of a growing epidemic among young people. A preliminary work developed in public elementary night schools inspired several programs that have created parameters for prevention actions, indicators of the youth social context and vulnerability, described socio-cultural categories that frame daily life and sexual activities of young people. Beginning with interactive actions that focus on sex and reproduction, gender relations and other issues, various projects deal with unawareness, emotions, structural violence, and citizenship. Cooperation and acceptance was found in high degree among the various groups living in vulnerable contexts and among adults involved with them: students, incarcerated kids and young people gathered in different communities and activities.

Index terms: *Acquired Immune Deficiency Syndrome. Prevention. Youth. Social vulnerability.*

Paiva, V., Peres, C., & Blessa, C. (2002). Jeunes et Adolescents A L'époque du SIDA: Reflexions Sur Une Decade D'un Travail de Prevention. *Psicologia USP*, 13 (1), 55-78.

Resume: Ce texte passe en revue l'évolution de l'épidémie de HIV/SIDA et le cadre de sa prévention. En considérant une décennie d'initiatives de prévention visant un groupe de jeunes et leurs éducateurs, il décrit le surpassement des notions de "groupe à risque" et certains indicateurs de succès de l'effort brésilien devant les défis d'une épidémie croissante encore parmi les plus jeunes. Un travail préliminaire développé avec les élèves des classes de nuit a inspiré de nombreux programmes et a aidé à établir des paramètres pour des actions de prévention, des indicateurs de contexte et de la vulnérabilité sociale, au-delà des catégories socioculturelles qui forment la vie courante et l'activité sexuelle des jeunes. À partir d'actions interactives basées sur sexe et reproduction, relations entre sexes et d'autres thèmes associés par les jeunes, les projets prennent en compte la désinformation, les émotions, la violence structurelle et les chemins pour une citoyenneté entière. On a remarqué la réceptivité et la coopération des groupes de jeunes placés dans un contexte plus vulnérable, et parmi les adultes impliqués avec eux: étudiants, incarcérés, jeunes réunis en différentes communautés et activités.

Mots-clés : *Syndrome Immune Déficitaire Acquis. Prévention. Jeunes. Vulnérabilité sociale.*

Referências

- Antunes, M. C., Stall, R., Paiva, V., Peres, C., Pal, J., Hudes, E., & Hearst, N. (1997). Evaluating an Aids sexual risk reduction program for young adults in public night schools in São Paulo, Brazil. *AIDS*, 11 (Suppl. 1), 121-127.
- Ayres, J. R., França Jr., I., Calazans, G., & Saletti Fo., H. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In R. M. Barbosa & R. Parker (Orgs.), *Sexualidades pelo avesso* (pp. 49-72). Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1997, May). Fertility, family planning, and women's health. *Vital and Health Statistics* (Series 23). Disponível em: <http://www.cdc.gov/>

- Centro Brasileiro de Análise e Planejamento / Ministério da Saúde. (1999, julho). *Comportamento sexual da população brasileira e percepções sobre HIV e AIDS: Versão Preliminar do Relatório de Pesquisa*.
- Freire, P. (1989). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Ingham, R. (1992). *Personal and contextual aspects of young people's sexual behaviour*. Unpublished paper prepared for WHO/GPA/SSB, Geneva.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (1997). *Impact of HIV and sexual health education on the sexual behaviour of young people: A review update*. Disponível em: <http://www.unesco.org/education/educprog/pead/GB/AIDSGB/AIDSGBTx/Im.../impact.htm>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (1999a). *Listen, learn, live! Facts and figures*. Disponível em: <http://gbgm-umc.org/programs/wad99/>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (1999b). Sex and youth: Contextual factors affecting risk for HIV/AIDS. In G. Dowsett & P. Aggleton, *Young people and risk taking in sexual relations* (Cap. 1).
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2000, June). *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Disponível em: http://www.unaids.org/epidemic_update/report/
- Mandela, N. (2000). Discurso de Nelson Mandela no encerramento da XIII Conferência Internacional de AIDS, 14 de julho de 2000, Durban. *Boletim ABIA*, (45). Disponível também em: <http://www.mail-archive.com/artigos-juridicos@grupos.com.br/>
- Mann, J. M., & Tarantola, D. (1992). *Aids in the world I*. New York: Oxford University Press.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. (2000, junho). *Boletim Epidemiológico de Aids*, 13,1. Disponível em: http://www.aids.gov.br/udtv/boletim/_dez99_jun00/sumario_jun00.htm
- Paiva, V. (2000). *Fazendo arte com camisinha: Os dilemas da sexualidade dos jovens em tempos de AIDS*. São Paulo: Summus.
- Parker, R. (1997). *Políticas, instituições e Aids. Enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Abia / Jorge Zahar.
- Parker, R., & Camargo Jr., K. R. (2000). Pobreza e HIV/AIDS: Aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (Supl. 1), 89-102.

Recebido em 17.12.2001
Aceito em 5.02.2002

OS MÚLTIPLOS SENTIDOS DAS VACINAS PARA A AIDS

Mary Jane P. Spink¹

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

José da Rocha Carvalheiro²

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Esta pesquisa visa contribuir para o desenvolvimento de práticas éticas de recrutamento de voluntários para ensaios de vacinas anti-HIV através da análise de entrevistas sobre os sentidos atribuídos às vacinas. Foram identificados quatro modelos de funcionamento das vacinas: terapêutico, onde são vistas como formas de medicamento; preventivo embrionário, centrado na função de proteção; de agência, focalizado na noção de anticorpos, e o modelo pleno no qual função e mecanismos são integrados. A disponibilidade e uso desses modelos têm importantes implicações para a decisão de ser (ou não) voluntário em ensaios de vacinas anti-HIV.

Descritores: AIDS. HIV. Imunização. Voluntários. Vacinas.

Os múltiplos sentidos das vacinas para a aids³

-
- 1 Endereço para correspondência: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Rua Monte Alegre, 984 – CEP: 05014-091, São Paulo, SP. Endereço eletrônico: mjspink@pucsp.br
 - 2 Endereço eletrônico: jrcarval@usp.br
 - 3 A Coordenação Nacional de DST e Aids (órgão assessor do Ministério da Saúde) sugere que a palavra “aids” seja considerada como substantivo comum, apesar de ser originária de uma sigla estrangeira, recomendando a grafia em caixa baixa quando tratar-se da epidemia; a grafia em caixa alta e baixa seria utilizada apenas quando corresponder a nomes próprios de instituições (p. ex., Centro de Referência

Atualmente, segundo dados da UNAIDS⁴, há cerca de 34.3 milhões de homens, mulheres e crianças vivendo com HIV no mundo. Como foi amplamente divulgado por ocasião da 13a Conferência Internacional de Aids, realizada em julho de 2000 em Durban, África do Sul, muitas dessas pessoas vivem em países em desenvolvimento, sendo que 25 das 34 milhões de pessoas infectadas pelo HIV vivem no continente africano. Muitos dos países africanos não contam com sistemas de saúde capazes de fazer frente à doença de modo que a devastação é imensa, especialmente tendo em vista que a aids tende a matar a população mais jovem: crianças, adolescentes e mulheres em idade fértil.

É nesse cenário que a pesquisa visando o desenvolvimento de vacinas anti-HIV/AIDS e os ensaios para determinar sua eficácia adquirem seu significado pleno. Trata-se de longa história que pode ser subdividida em três fases. Na primeira, quando os dados mundiais eram pouco conhecidos e as possibilidades de tratamento limitadas - digamos até 1996 -, delineou-se uma estratégia de colaboração mundial, coordenada pelo *Global Programme on Aids* da Organização Mundial de Saúde (GPA/WHO), visando o desenvolvimento de vacinas anti-HIV/AIDS.

A segunda fase tem início na 11a Conferência Internacional de AIDS, realizada em Vancouver, em 1996, quando foram anunciados os estupendos resultados da terapia tríplice. A aids deixava de ser uma doença fatal passando a ser uma doença crônica, pelo menos para aqueles que tinham acesso aos medicamentos e contavam com o apoio social e a motivação necessária para aderir ao complexo regime medicamentoso. Desacelerou-se, nesta fase, a pesquisa e a discussão sobre as vacinas para a aids.

Mas já na 12a Conferência, realizada dois anos depois em Genebra, havia plena constatação de que os desenvolvimentos na terapêutica dificilmente seriam capazes de resolver os graves problemas dos países mais pobres. Dados cada vez mais precisos, baseados em estimativas e na melhoria

em Aids); entretanto, quando a palavra estiver no meio de siglas grafadas em caixa alta, a palavra “aids” seguirá em caixa alta (Castilho, 1997).

4 *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.*

Os Múltiplos Sentidos das Vacinas para a AIDS

dos registros, indicavam a magnitude do dano. As entidades internacionais da área da saúde passaram a considerar as possíveis estratégias visando, de um lado, o suprimento de medicamentos e, de outro, a retomada das pesquisas e dos ensaios de vacinas anti-HIV/AIDS. Inicia-se assim a terceira fase da história das vacinas anti-HIV/AIDS.

O esforço de cooperação internacional, nessa fase, continuou sob a liderança da UNAIDS que, por ser uma coligação de agências das Nações Unidas, tem a missão de coordenar e incentivar as iniciativas dos diversos países. Conta, atualmente, com o apoio do Banco Mundial que criou um Grupo de Trabalho para estudar formas de empréstimos visando acelerar o desenvolvimento de vacinas para uso nos países em desenvolvimento. Conta, também, com a colaboração do *International Aids Vaccine Initiative* (IAVI), organização fundada em 1996 com a missão de garantir o desenvolvimento de vacinas preventivas anti-HIV/AIDS seguras, efetivas e acessíveis e que atua em três arenas: aceleração da pesquisa científica; educação e *advocacy* e encorajamento do envolvimento industrial no desenvolvimento de vacinas anti-HIV/AIDS.

A retomada da vacina anti-HIV/AIDS como estratégia prioritária para controle da epidemia se fez sentir, também, nas recentes re-organizações das instituições norte-americanas de pesquisa em saúde, fortalecidas pelas várias declarações públicas do Presidente Clinton, feitas perante o Congresso e a Assembléia Geral das Nações Unidas, prometendo empenho total no desenvolvimento dessas vacinas.

Aceleram-se, assim, os ensaios de vacinas de Fase I, II e III em países desenvolvidos e países em desenvolvimento.

O Brasil e as vacinas para a aids

No Brasil, os primeiros casos de aids foram descritos em 1982 sendo que esses tendiam a concentrar-se na região sudeste e apresentar perfil semelhante aos casos dos EUA. Progressivamente, passaram a ocorrer em populações diversificadas, apresentando grande variação ao longo do território

nacional de modo que, como afirmaram Szwarcwald, Bastos, Andrade, e Castilho (1997), o que denominamos de “epidemia da aids” é de fato a somatória de subepidemias microrregionais que estão em permanente interação devido aos movimentos migratórios, aos fluxos comerciais, aos deslocamentos de mão de obra e ao turismo.

De 1980 até junho de 2000 (Dhalia, Barreira, & Castilho, 2000) foram notificados 190.949 casos de aids, sendo 6.750 crianças, 139.502 adultos do sexo masculino e 44.697 adultos do sexo feminino. Atualmente, o maior ritmo de crescimento da epidemia ocorre nos municípios pequenos, com menos de 50.000 habitantes. Segundo Szwarcwald, Bastos, Esteves, e Andrade (2000),

Em nenhum outro momento de sua ampliação, a epidemia atingiu de forma tão abrangente o conjunto da malha municipal brasileira como agora, em que a principal via de transmissão se confunde com os hábitos sexuais da população dita geral, ou seja, dificultando a definição de regiões e segmentos específicos sob risco, e reivindicando uma grande abrangência das intervenções preventivas. (p. 18)

Desde os primórdios da epidemia no país, tem havido mudanças importantes no perfil demográfico dos casos de aids. Se no início predominavam os casos entre homossexuais e bissexuais masculinos, houve uma redução paulatina de participação desta subcategoria, que passou de 71% dos casos notificados em 1984 a 16% em 1999/2000. Em contrapartida,

o aumento dos casos por via heterossexual se fez acompanhar de uma expressiva participação das mulheres no perfil epidemiológico da doença, constatada na progressiva redução da razão de sexo entre todas as categorias de exposição, de 24 homens: 1 mulher em 1985, para 2 homens: 1 mulher em 1999/2000. (Dhalia et al., 2000, p. 7)

Inevitavelmente, uma das consequências desta mudança no perfil da epidemia foi o aumento progressivo da transmissão vertical, de mãe para filho, no período perinatal.

O perfil atual caracteriza-se pela progressiva *heterossexualização*, com expressiva participação de mulheres. Caracteriza-se, também, pela crescente *pauperização*. Assim, se em 1982 os casos tendiam a ocorrer na

população com escolaridade de nível secundário ou superior, 74% dos casos notificados (com escolaridade registrada) em 1999/2000 eram de analfabetos ou de pessoas com até oito anos de escolaridade. Apenas 26% tinham mais de 11 anos de escolaridade.

Esse é um dado preocupante devido à reconhecida dificuldade de desenvolver trabalhos de prevenção junto à população mais vulnerável face às pirâmides de risco que enfrentam, onde a infecção pelo HIV e a possibilidade de desenvolver a doença é apenas um dentre muitos riscos da vida cotidiana. Preocupa, igualmente, a crescente dificuldade de administrar o complexo regime medicamentoso disponibilizado pelo Governo, apesar da reconhecida excelência do Programa Nacional de AIDS e dos esforços de descentralização de suas ações.

Retoma-se, desta forma, a discussão sobre o desenvolvimento, avaliação, disponibilização e produção de vacinas seguras, seguindo a tendência mundial. Desde 1992 o Brasil conta com um Plano Nacional de Vacinas Anti-HIV, tendo este sido recentemente reformulado e atualizado (Ministério da Saúde, 1999) à luz das experiências acumuladas através de participação em ensaios de Fase I e II, do desenvolvimento de estudos de coorte e da inserção em fóruns de debate variados, entre eles o Comitê de Ética da UNAIDS.

O desenvolvimento de produtos candidatos a vacinas compreende duas etapas: a etapa pré-clínica, quando é avaliada a segurança e imunogenicidade do produto em estudos animais, e a etapa clínica que define a segurança, imunogenicidade e eficácia do produto para uso em seres humanos. Esta etapa, por sua vez, incorpora três fases: fase I, que visa determinar a segurança e imunogenicidade em um número reduzido de pessoas (de 10 a 30) adultas sadias e com baixo risco para a infecção pelo HIV; a fase II, que dá continuidade aos estudos de segurança e imunogenicidade utilizando um maior número de pessoas (em torno de 200) e a fase III, quando é testada a eficácia através do acompanhamento de um grande número de voluntários, utilizando um desenho experimental “duplo cego” que envolve o uso de pla-

cebo (onde nem voluntários, nem pesquisadores conhecem o esquema de teste).

O Plano Nacional de Vacinas Anti-HIV/AIDS compreende estudos virológicos e imunológicos; estudos clínicos e epidemiológicos; estudos sócio-comportamentais e o desenvolvimento e produção de vacinas. Tivemos a oportunidade de participar destes estudos de 1993 a 1998, como Investigadores Principais do Projeto Bela Vista (PBV)⁵, em São Paulo. O PBV é um dos quatro estudos de coorte que foram desenvolvidos no país visando testar a factibilidade de ensaios de vacina (Greco, Carvalheiro, Sutmoller, Castilho, & Chequer 1998). Obviamente, uma das tarefas envolvidas nestes estudos era a de compreender os fatores associados ao recrutamento de voluntários, incluindo aí as motivações para participação em ensaios de vacina (Silva, Spink, Diogo, Garcia, & Costa, 1998; Spink, 1994, 1995; Spink et al., 1993).

É nesse contexto que a presente pesquisa foi realizada.⁶ O objetivo do estudo era entender os sentidos atribuídos às vacinas de modo geral e à vacina anti-HIV/AIDS em específico e, desta forma, contribuir para o desenvolvimento de estratégias de recrutamento de voluntários e de práticas éticas de seleção de voluntários para ensaios de vacinas.

As vacinas na perspectiva psicossocial

Os esforços mundiais de desenvolvimento de vacinas anti-HIV/AIDS tiveram inevitáveis ressonâncias na pesquisa psicossocial, gerando uma diversidade de estudos sobre a disposição para participar em ensaios de vaci-

5 O Professor Dr. José da Rocha Carvalheiro foi o Investigador Principal da área epidemiológica do PBV de 1994 a 1998 e a Professora Dra. Mary Jane Spink foi Investigadora Principal da área sócio-comportamental nesse mesmo período.

6 O estudo foi desenvolvido por alunos do Núcleo de Pesquisa sobre Psicologia Social e Saúde do Programa de Pós graduação em Psicologia Social da PUC de São Paulo. Participaram desta pesquisa: Belkiss Trench, Iolanda Évora, Esther Modia, Maria de la Asunción Blanco e Susana Molon.

nas, as motivações dos voluntários e as questões associadas à participação nesses estudos. Foram realizadas pesquisas sobretudo nos países mais envolvidos na preparação de ensaios de vacina: na França, nos Estados Unidos e nos três países originalmente incluídos no programa de vacinas da UNAIDS (Brasil, Tailândia e Uganda).

Na França, a *Agence National de Recherches sur le Sida* (ANRS) desenvolveu uma estratégia bastante sofisticada de recrutamento de voluntários que envolvia campanhas de recrutamento realizadas pela mídia e preenchimento de questionários pelos voluntários potenciais que incluía uma exposição dos motivos para participação nesses ensaios. Essas informações permitiam fazer uma pré-seleção após a qual os candidatos potenciais eram chamados para uma entrevista que era realizada por uma junta psiquiátrica. Essas estratégias possibilitaram a realização de estudos comparativos sobre os motivos apresentados por voluntários selecionados e não selecionados (Gianni et al., 1993), levando à compreensão dos aspectos psicodinâmicos dessa parcela muito especial da população: pessoas que se dispunham a ser voluntárias em pesquisas científicas.

Nos Estados Unidos, na primeira fase de debate sobre as vacinas anti-HIV/AIDS, tiveram destaque especial as pesquisas realizadas pela equipe do *Centers for Disease Control* (CDC), em Atlanta, buscando compreender as atitudes de voluntários potenciais (MacQueen et al., 1994) e as implicações do enquadre da informação fornecida na decisão de participar em ensaios de vacina (Hennessy et al., 1996). Outros centros de pesquisa passaram paulatinamente a desenvolver estudos nessa área visando, sobretudo, entender as motivações para participar (ou não) de ensaios de vacina em uma diversidade de grupos: homens que fazem sexo com homens (Buchbinder et al., 1996; Hays & Kegeles, 1999); usuários de drogas (Koblin et al., 1998) e adolescentes (Zimet, Blythe, & Fortenberry, 2000). Alguns estudos buscaram, ainda, entender as motivações a partir de fatores situacionais (como o impacto das notícias veiculadas na mídia, no estudo de Koblin, Avrett, Taylor, & Stevens, 1997) ou das crenças sobre saúde (Liau, Zimet, & Fortenberry, 1998).

Também na Tailândia (Celentano et al., 1995; Jenkins et al., 1998; Thapinta et al., 1999) e no Brasil (Carneiro et al., no prelo; Schechter et al., 2000; Silva et al., 1998) buscou-se entender a disposição para participar em ensaios de vacina no contexto dos estudos de coortes que vinham sendo desenvolvidos como preparação para estudos de eficácia.

Essa diversidade de estudos indica que a disposição para participar como voluntário em ensaios de vacinas anti-HIV/AIDS é bastante forte, sendo pautada, sobretudo, pelo altruísmo. O altruísmo, nesses estudos, estava associado ao compromisso com a busca de solução para uma epidemia considerada ameaçadora, postura esta que colocava os benefícios coletivos acima dos possíveis riscos individuais, mesmo quando a equação risco-benefício era avaliada à luz da informação fornecida sobre os riscos aí implicados.

Dois fatores têm que ser considerados quando focalizamos as decisões pautadas pelo altruísmo, sendo que ambos suscitam questões éticas. Primeiramente, a necessidade de apresentar a informação levando em consideração as especificidades culturais do grupo de voluntários potenciais, de modo que os custos e benefícios, individuais e coletivos, possam ser avaliados. Em segundo lugar, a necessidade de entender a dinâmica de produção de sentidos que sustenta a decisão de participar em tais estudos.

Os aspectos éticos associados ao uso de voluntários em ensaios de vacinas têm sido foco de discussão entre os pesquisadores da área, abrangendo um amplo espectro – da segurança biomédica, passando pelos aspectos sócio-culturais e psicológicos associados às ordens morais locais, até as questões de natureza política, como o abuso de poder decorrente das relações desiguais entre países pobres e ricos (Beloqui, Chokevivat, & Collins, 1998; UNAIDS, 2000). O principal instrumento para garantir a lisura ética tem sido a assinatura de um *Termo de Consentimento Informado* pelos voluntários. Entretanto, os “consentimentos informados” têm sido alvo de discussão, dado que se sustentam no pressuposto da autonomia e da compreensão da informação.

É consenso entre os pesquisadores da área que os voluntários potenciais têm que ser capazes de entender os objetivos e procedimentos envolvidos nesses ensaios, assim como os riscos e benefícios associados à participação. A possibilidade de compreensão é usualmente relacionada à apresentação clara e culturalmente adaptada da informação. Predomina, nessa maneira de situar a problemática ética, o enfoque cognitivista que privilegia a questão do processamento da informação. Vistas desta forma, as motivações para participação em ensaios de vacinas são tomadas como “empreendimentos privados”, balizados pela capacidade de processar a informação à luz de processos emocionais e de vivências passadas.

O presente estudo assume uma postura diferente; toma o conhecimento como uma prática social e um produto coletivo que se expressa em produções lingüísticas pautadas pelos processos de interanimação dialógica (Spink, 1999). O conhecimento, como alertam Condor e Antaki (1997), não é algo que as pessoas tem em suas cabeças, mas algo que as pessoas fazem conjuntamente; uma co-produção decorrente de interações verbais, tomadas como práticas sociais.

Coerente com esta postura, buscamos, neste estudo, entender os discursos sobre vacinas em duas vertentes complementares. De um lado, focalizamos os repertórios interpretativos que estão disponíveis para dar sentido às vacinas. De outro, buscamos entender o uso que é feito desses repertórios no decorrer da entrevista, levando em conta o contexto de produção das práticas discursivas.

A noção de contexto aqui utilizada é concomitantemente de natureza lingüística e interativa. Na *perspectiva lingüística*, o contexto é pautado pela *indexicalidade* (Garfinkel, 1967), sendo impossível entender um enunciado sem levar em consideração os referentes dêiticos. Os dêiticos, termo que provém da palavra grega “sinalizar”, são elementos lingüísticos que têm por função articular os enunciados às situações particulares de produção. Constituem, assim, importantes insumos para interpretação dos enunciados. Têm como principal exemplo o uso de demonstrativos, pronomes, tempos ver-

bais, advérbios de tempo e lugar e demais aspectos gramaticais que estão diretamente relacionados às circunstâncias da enunciação.

Na *perspectiva interacional*, o discurso sobre vacinas tem que ser entendido à luz da própria situação da entrevista. Por exemplo, não é usual pensar sobre o funcionamento das vacinas. Fazemos isto quando nos defrontamos com decisões sobre tomar ou não determinada vacina ou em momentos, como o da presente pesquisa, quando a pergunta do entrevistador (*Como funcionam as vacinas?*) gera um esforço de produção de sentido. Para alguns, tal pergunta remete à memória de situações de teste de conhecimentos⁷; para outros, traz à baila a questão da diferença de status e de poder, confrontando o “pesquisador letrado” e “eu-que-tenho-pouca-educação”.

Em suma, a postura teórica adotada nesta pesquisa é fortemente marcada pelo objetivo maior de entender a relação entre a motivação para participar em ensaios de vacinas e as posições de pessoa decorrentes do acesso diferencial à informação. Trabalhando com posições de pessoa diversificadas, mescla a vertente mais culturalista dos estudos de cognição social – onde as pessoas expressam o ponto de vista de suas culturas locais (Billig, 1991) – com a vertente voltada à compreensão dos microprocessos da produção de sentidos a partir da análise das práticas discursivas (Spink, 1999).

Metodologia

Foram entrevistadas 61 pessoas, escolhidas intencionalmente de modo a garantir a diversidade de posições de pessoa decorrentes de suas inserções em grupos populacionais diversos. As entrevistas versaram sobre as experiências passadas com vacinas, o conhecimento sobre suas funções e mecanismos, a familiaridade com o debate sobre vacinas anti-HIV/AIDS e a disposição a participar como voluntário em ensaios de vacinas anti-HIV/AIDS (Roteiro em anexo).

7 Muitas pessoas, na presente pesquisa, afirmaram que tinham aprendido como funcionavam as vacinas, mas não se recordavam mais dos mecanismos.

As entrevistas foram realizadas com pessoas de três grupos populacionais, escolhidos por sua potencial proximidade com a temática das vacinas. O primeiro consistia de mães de crianças com até cinco anos de idade e, portanto, em faixa etária considerada foco de programas de vacinação infantil. As mães foram escolhidas buscando uma distribuição equilibrada de nível educacional, considerando três categorias: primeiro grau; até oitava série; e colegial completo ou mais.

O segundo grupo consistiu de jovens de 18 a 25 anos de idade, escolhidos por serem eles o principal alvo das campanhas de prevenção à aids no país. Também eles foram selecionados de modo a obter uma distribuição equilibrada quanto ao nível educacional. Finalmente, o terceiro grupo consistiu de pessoas portadoras do HIV recrutadas em uma organização não governamental voltada às questões de prevenção e assistência à aids. Estas pessoas foram incluídas no estudo por sua proximidade com a problemática da aids, incluindo aí a questão das vacinas preventivas e terapêuticas.

	GÊNERO		IDADE		ESCOLARIDADE		TOTAL
	Mulheres	Homens	Até 25	>25	<primeiro grau	Colegial ou mais	
N	32	29	29	32	26	35	61
%	52,5	47,5	47,5	52,5	42,6	57,4	100,0

Tabela 1: Distribuição da amostra por sexo, idade e escolaridade.

Conforme pode ser visto na Tabela 1, foi possível obter uma amostra bastante equilibrada no que diz respeito às principais variáveis demográficas: sexo (52,5% homens e 47,5% mulheres); nível educacional (42,6% com até oito anos de escolaridade e 57,4% tendo cursado pelo menos o colegial) e idade (47,5% entre 18 e 25 anos e 52,5% com mais de 25 anos). O grupo de mães incluiu 22 pessoas; o de jovens, 20 e o de pessoas soropositivas, 19.

Na análise dos resultados foram abordados os seguintes aspectos: importância da vacina para a aids; visibilidade da vacina anti-HIV/AIDS e modelos de funcionamento das vacinas.

Resultados

Considerando primeiramente em que medida as vacinas anti-HIV/AIDS são relevantes, perguntamos às pessoas entrevistadas que vacinas gostariam que fossem desenvolvidas. Conforme pode ser visualizado na Tabela 2, obtivemos um total de 94 respostas, sendo que 46 mencionaram a aids; 12, uma vacina para o câncer; 13, uma vacina para a gripe; e 23 incluíram uma variedade de outras doenças. Em suma, mesmo considerando a diversidade de posições de pessoa nesta amostra, a vacina anti-HIV/AIDS parece ter um alto grau de prioridade, sendo considerada importante por 75% das pessoas entrevistadas.

DOENÇAS	MÃES	JOVENS	HIV+	TOTAL	
				N*	%
HIV/AIDS	17	13	16	46	49
CÂNCER	6	5	1	12	13
GRIPE	9	2	2	13	14
OUTRAS	7	5	11	23	24
TOTAL	39	25	30	94	100

* respostas múltiplas

Tabela 2: Vacinas prioritárias para desenvolvimento segundo os diferentes grupos entrevistados.

Este alto grau de prioridade não parece ter sido efeito apenas do medo ou da vulnerabilidade percebida, sendo alimentado, também, pelos relatos que circulavam na mídia, especialmente na televisão. Desta forma, como pode ser visualizado na Tabela 3, 84% das pessoas entrevistadas havia ouvido falar dos esforços mundiais de desenvolvimento de vacinas anti-HIV/AIDS.

Categorias	Sim	Não
Jovens	16	4
Mães	16	6
HIV+	19	0
Total	51	10
%	83,6	16,4

Tabela 3: Número de pessoas que haviam ouvido falar de vacinas anti-HIV/AIDS segundo o grupo.

Entretanto, 72% dos que afirmaram ter ouvido falar de vacinas anti-HIV/AIDS, disseram não ter a mínima idéia de como estas vacinas funcionam. Das 14 pessoas que procuraram explicitar os mecanismos de funcionamento da imunização por uma vacina específica para a aids, quatro disseram apenas que “funcionaria como qualquer outra vacina” e dez (a maioria delas pessoas soropositivas que haviam participado de oficinas de vacina desenvolvidas pelas organizações não governamentais da área de aids) demonstraram ter alguma familiaridade com as características da vacina para o HIV/AIDS e com as questões éticas imbricadas nos ensaios e distribuição desses produtos.

Considerando a complexidade das vacinas anti-HIV/AIDS, é perfeitamente compreensível que essa informação não seja de fácil entendimento. Entretanto, a análise realizada das descrições do funcionamento das vacinas em geral sugere que há pouca compreensão sobre a natureza das vacinas de modo geral. Em outras palavras, as informações de senso comum sobre vacinas são bastante incipientes e centradas mais na função do que nos mecanismos. É possível, portanto, que faltem os repertórios necessários para que seja possível dar sentido às vacinas anti-HIV/AIDS.

Obviamente, as pessoas têm familiaridade com vacinas de vários tipos, tanto com as que são associadas com a infância (como pólio e sarampo), como com vacinas encontradas no cotidiano da vida adulta (como tétano, febre amarela ou, mais recentemente, hepatite B). Conforme pode ser visto na Tabela 4, todas as pessoas entrevistadas mencionaram ter familiari-

dade com uma variedade de vacinas. Destacam-se, pela freqüência de menções recebidas, a antitetânica, a Sabin, os demais componentes da tríplice, a BCG, a meningite e a varíola. É óbvio que nesta listagem surgiram figuras estranhas como o Benzetacil e a penicilina – sugerindo uma clara associação entre vacina e injeção – e até mesmo a “tetra” (possivelmente referindo-se à vacina antitetânica), muito temida pelos seus “colorau” – leia-se, efeitos colaterais.

Vacinas	Jovens	Mães	HIV+	TOTAL
Tétano	16	15	12	43
Sabin/Pólio	12	22	8	42
Sarampo	11	13	8	32
BCG/tuberculose	5	10	5	20
Tríplice	1	11	1	13
Meningite	1	8	4	13
Varíola	2	3	6	11
Rubéola	0	5	3	8
Febre Amarela	3	1	2	6
Raiva	3	21	1	25
Caxumba	2	0	0	2
Outras	13	16	15	44
Total	69	125	65	259

N=61 (respostas múltiplas)

Tabela 4: Familiaridade com as vacinas segundo o grupo*.

Embora familiarizadas, poucas pessoas entendem como as vacinas funcionam. Como pode ser visto na Tabela 5, 10% das pessoas entrevistadas afirmou não saber como funcionam; 51% mencionou a função das vacinas na proteção, prevenção ou imunização à doença; e 39% buscou fazer alguma aproximação com o mecanismo de funcionamento.

Os Múltiplos Sentidos das Vacinas para a AIDS

Conhecimento	Até 8 anos de escolaridade	Mais de 8 anos de escolaridade	N	%
Não sabe	6	0	6	10
Nomeia funções	19	12	31	51
Nomeia funções e mecanismos	1	23	24	39
TOTAL	26	35	61	100

Tabela 5: Conhecimento sobre o funcionamento das vacinas segundo o nível de escolaridade.

Não deveria surpreender, portanto, a pouca disponibilidade para participação como voluntário em ensaios de vacina. Como pode ser visto na Tabela 6, apenas 31% das pessoas entrevistadas se proporiam a participar nesses estudos, muitas delas por razões humanitárias tal como “colaborar na busca de uma solução para o problema da AIDS”.

		Não	Sim	Depende	Total
Jovens	Até 1º grau	4	2	3	9
	> 1º grau	6	1	4	11
	Até 1º grau	4	4	3	11
Mães	> 1º grau	6	2	3	11
	Até 1º grau	0	5	1	6
HIV+	> 1º grau	5	5	3	13
TOTAL		25	19	17	61
%		41 %	31 %	28 %	100,0%

Tabela 6: Disposição a participar como voluntário em ensaios de vacina segundo o grupo e o nível de escolaridade.

Mais da metade das respostas negativas foram justificadas pelo receio: pelo medo de colocar algo estranho e potencialmente perigoso dentro do organismo ou, então, no caso de pessoas soropositivas, pelo medo de piorar

seu estado de saúde. Algumas pessoas declararam que só participariam se estivessem com a doença; outras, ainda, associaram a participação em ensaios de vacina com as “cobaias” de experimentos científicos.

Entretanto, esse conjunto de dados precisa ser analisado tendo como contra-ponto a complexidade do cenário relativo ao desenvolvimento de vacinas anti-HIV assim como a natureza do conhecimento sobre vacinas em geral adquirido a partir da vivência pessoal. Mesmo na ausência de um modelo claro de funcionamento, a familiaridade com uma diversidade de vacinas nos levou a postular que *algum* modelo de funcionamento deveria estar presente de modo que a experiência (de ser vacinado ou vacinar os filhos, por exemplo) pudesse ser significada.

De modo a dar visibilidade a esses modelos subjacentes, focalizamos as associações de idéias presentes nos discursos sobre vacinas. Prestamos especial atenção ao uso de expressões tais como “atacar a doença” ou “defender o corpo da doença”, assim como à presença de termos técnicos tais como “anticorpo” ou “imunidade”. Dado o conhecimento privilegiado das pessoas soropositivas que haviam sido entrevistadas neste estudo, a maioria das quais vinha participando de “oficinas de vacinas” desenvolvidas pelas organizações não governamentais que atuam na área, elas foram excluídas desta fase da análise. A análise do uso de repertórios sobre vacinas foi realizada, portanto, utilizando as transcrições de 42 entrevistas, incluindo aí o grupo de jovens e de mães de crianças inseridas em programas de vacinação.

MODELOS	Até 4 anos	De 4 a 8 anos	Até 12 anos (colegial)	Mais de 12 anos (universitário)	TOTAL
Terapêutico	4	6	3	0	13
Preventivo embrionário	3	6	2	4	15
Agência	0	0	0	10	10
Modelo pleno	0	0	0	4	4
TOTAL	7	12	5	18	42

Tabela 7: Modelos de funcionamento das vacinas segundo o nível de escolaridade.

A associação entre os repertórios em uso e tipos específicos de vacinas sugere que, para muitas pessoas, as vacinas são entendidas a partir da perspectiva terapêutica; ou seja, como uma forma de medicamento. Das 42 pessoas incluídas nesta fase de análise, treze não fizeram qualquer referência à função preventiva das vacinas. Muitas destas pessoas (N=11) não haviam completado o primeiro grau da escola. Para elas, a vacina prototípica era a do tétano, tomada logo após um acidente. Por exemplo:

E: O que você acha que estas vacinas fazem?

M: Ah! Previnem as doenças, né? Quando a gente faz, por exemplo, quando a gente se corta com um ferro, se espeta num prego, a gente toma a antitetânica pra prevenir doenças, dar inflamação, essas coisas. E a Benzacil que a gente toma, em geral, pra, sei lá, afastar as doenças, limpar o organismo. (Jovem, 19 anos, primeiro grau, auxiliar de escritório)

Ou então:

E: Você falou que as vacinas são para evitar doença. Como seria isso?

GF: Vai para o organismo e evita. Se tem alguma bactéria ali, já toma para evitar. Já é uma precaução pra que você não tenha a doença. A bactéria, que é a causa da doença, porque algumas doenças você pega de bactéria, micrório... então, com vacina já evita. Porque comigo nunca tive problemas, nem meu filho, mas no bairro em que moro tem gente que não deu vacina: "Ah, depois eu levo!" E não leva. E olha que tem campanha! Que nem uma amiga que não pode matricular o filho porque o cartão tava todo desregulado. Acho que é bom sim. Acho que tem que tomar. (25 anos, 7^a série; mãe de um menino e grávida de 4 meses)

Caracteristicamente, a função destas vacinas era a de minimizar os efeitos da doença, protegendo o corpo, defendendo-o, combatendo a doença e, especialmente, prevenindo infecção e morte.

E: O que você acha que estas vacinas fazem?

AP: Dizem que é para livrar a gente de um monte de doenças, mas, mas (ficou vacilante e não prosseguiu na explicação).

E: Você acha que elas dão alguma proteção?

AP: Dão. Aquela da paralisia é a que tem aquela substância que livra o corpo de varíola... (ficou reticente). Dá força para os ossos, para os ossos não ficarem fracos; a tríplice é por causa do combate do sarampo e as outras duas (pausa e fica reticente ...). (18 anos, solteira, cursando o terceiro ano do magistério)

Era, portanto, vista como uma forma de medicação a ser tomada após contato com a doença ou com um agente infeccioso. Denominamos esta forma de dar sentido à vacina de *modelo terapêutico*.

De acordo com esse modelo, as vacinas anti-HIV/AIDS seriam específicas para as pessoas já infectadas pelo HIV. Coerentemente, dez das treze pessoas neste grupo não pensariam em ser voluntários em ensaios de vacinas porque não eram portadoras do HIV. Os voluntários, na visão dessas pessoas, deveriam ser recrutados dentre os pacientes de aids, posição esta defendida não por discriminação aos portadores de aids, mas simplesmente por crer que seriam eles que se beneficiariam com tal medicação. Importante apontar, também, que dez pessoas neste grupo afirmaram que não seriam vacinadas, caso houvesse uma vacina disponível, a não ser que tivessem a doença. Obviamente, para elas, o grupo-alvo para tal vacina seria o dos portadores de aids ou pessoas que fizessem parte de “grupos de risco”.⁸

Para os demais 29 incluídos nesta fase da análise, a noção de prevenção estava mais desenvolvida, embora apenas quatro demonstrassem ter uma compreensão clara do mecanismo de funcionamento das vacinas em

8 Os dados da pesquisa realizada por Helena Lima sobre a prevenção às DST/AIDS nos estabelecimentos de ensino superior da capital paulista mostram a permanência da noção de “grupo de risco” no imaginário social. Por mais que o Ministério da Saúde tenha tentado desestruturá-la nas recentes campanhas, esta noção se fixou de tal maneira que as pessoas continuam afirmando: “Eu não faço parte do grupo de risco, então não tenho porque me prevenir” (Ver, Lima, 2000).

geral. Parece haver três etapas no desenvolvimento de tal modelo: o modelo preventivo embrionário, centrado na função de proteção; o modelo de agência, centrado na noção de anticorpos; e o modelo pleno, associando função e mecanismos.

Para a maior parte das pessoas que se enquadravam no *modelo preventivo embrionário*, as vacinas constituíam uma forma de prevenção das doenças, mantendo-as sob controle ou enfraquecendo-as; protegendo o organismo ou defendendo-o do ataque dos vírus. Havia quinze pessoas neste grupo, três das quais usaram a expressão científica “imunidade” ou “imunização”.

São exemplos de fala neste grupo:

E: O que você acha que estas vacinas fazem?

MAMS: Olha Bel, eu acho principalmente as vacinas... criança que toma vacina desde o primeiro mês até os cinco anos... pode dar aquela doença, por exemplo, sarampo, catapora, varíola, mas dá sempre menos; mais fraca que se não tivessem tomado a vacina. (29 anos, empregada doméstica, primeiro grau incompleto, grupo das mães)

Ou:

E: O que você acha que estas vacinas fazem?

R: Dão proteção, por exemplo. Já aconteceu dela [a filha] ter tomado a anti-sarampo, aquela contra sarampo. Ela teve sarampo, mas foi assim bem pouquinho. Ficou assim poucos dias. Mas esse sarampo, eu vi uma vez uma criança que não tinha tomado a vacina e depois quando ela [a filha] teve, eu lembrei como a criança ficou: a menina ficou toda inchada, sabe, eu não sei se é conforme a reação de cada criança. Não sei como é que é o negócio, né, mas que nem ela [referindo-se à filha], por causa da vacina teve bem pouquinho; teve uma febrezinha de nada. De noite já não tinha mais nada, sabe, ficou com o corpo todo empipocada, mas foi pouca coisa. (32 anos, primeiro grau, dona de casa com filho em idade de vacinação)

A maior parte das pessoas neste grupo tinha níveis educacionais intermediários. Oito afirmaram que considerariam ser voluntários em ensaios para vacinas anti-HIV/AIDS por razões altruísticas; cinco expressaram medos variados, sendo que três deles consideraram que os voluntários deveriam ser recrutados dentre pessoas soropositivas ou pertencentes a “grupos de risco”. Os dois restantes apenas seriam voluntários caso contraíssem aids.

A noção de prevenção neste grupo parece ser bastante frágil como pode ser percebido tanto nas respostas das pessoas que disseram que só seriam voluntários se tivessem aids, quanto – e mais marcadamente – nas mudanças sutis nas respostas quando buscavam justificar uma determinada posição. A seguinte citação permite ilustrar a fragilidade da fronteira entre a perspectiva curativa e preventiva:

E: Quem você acha que deveriam ser os voluntários para estes testes (vacina anti-HIV/AIDS)?

S: Eu acho que primeiro você tem que pegar espécimes, animais semelhantes, que tenham um organismo semelhante, e a partir daí você traçar um paralelo. Tem que pegar, por exemplo, uma pessoa que já tá na fase terminal da aids e não tem mais escolha, e testar com ela. Não, tá, então você não saberia se é uma vacina de prevenção. Então você não saberia, porque a pessoa já está com a doença. Então não adiantaria em termos de vacinas. Eu não sei como testar em seres humanos; acho que seria uma sacanagem. (Solteiro, 19 anos, estudante de Psicologia)

No modelo de *agência*, alguns elementos do mecanismo subjacente se fazem presentes, tal como a noção de anticorpos mencionada por 10 pessoas. Neste estágio, o organismo certamente parece deixar de ser passivo, criando anticorpos.

E: O que você acha que estas vacinas fazem?

AMO: Eu acho [vacilou] que ela deve criar um tipo de anticorpo que protege; deixa o organismo mais fortalecido, alguma coisa neste sentido. (Solteira, 25 anos, auxiliar administrativa cursando o primeiro ano de Administração)

Ou,

E: O que você acha que estas vacinas fazem?

M: Ahn, eu acho que ela me protege contra, ahn, essa doença, né? De alguma maneira que eu não estou nem lembrando agora qual é.

E: Certo.

M: Que eu até aprendi isso em algum momento, mas não me lembro.

E: Qual a idéia que você tem desta proteção?

M: Bom, o que me eu lembro, que já me explicaram, é que a vacina, ela faz você ter a doença de uma forma mais, ahn, fraquinha, e aí você produz o anticorpo, né. Então, você fica, como você tem o anticorpo, então você fica protegida. Eu acho que é isso aí.

(33 anos, dois filhos [6 e 10 anos], curso universitário completo, arquiteta)

Embora a principal função das vacinas seja ainda expressa em termos de proteção e defesa, o organismo, fortalecido pelos anticorpos, parte para o ataque. As pessoas neste grupo tinham níveis mais altos de educação, estando cursando ou tendo concluído o terceiro grau. Apenas três pessoas neste grupo considerariam ser voluntárias em ensaios de vacina, por razões vinculadas ao altruísmo ou ao desejo de contribuir para o avanço da ciência. Oito pessoas expressaram medo de contaminação. É possível que a melhor compreensão dos mecanismos envolvidos nas vacinas levem também à maior percepção dos riscos envolvidos.

Finalmente, no *modelo pleno*, função e mecanismo estão totalmente integrados. Por exemplo,

E: O que você acha que estas vacinas fazem?

F: Eu sei como é uma vacina; o que elas fazem. Quer que eu explique? Depende do tipo de vacina. Tem uma porção de vacinas; uma vacina, um tipo que tem, é você colocar um pedacinho da bactéria, do vírus morto, um pedacinho deles, injetar dentro – eles mortos – no organismo. Aí, como eles estão mortos, desativados, e não fazem nada, o orga-

nismo vai e ataca eles. Como eles não estão atacando, o organismo produz anticorpo. É isso aí. (Jovem solteiro, 22 anos, cursando Psicologia)

Havia quatro pessoas neste grupo, todas com terceiro grau completo. Neste modelo o papel ativo do organismo está claramente delineado e a função passiva de defesa dá lugar à adoção plena da linguagem de combate. Nenhuma das pessoas neste grupo seria voluntária em ensaios de vacina.

Discussão

Considerando a existência de uma diversidade de formas distintas de falar sobre o funcionamento das vacinas, a informação fornecida, visando o recrutamento de voluntários para ensaios de vacinas anti-HIV/AIDS, deverá, obviamente, levar em conta os repertórios disponíveis e os usos que deles são feitos. A compreensão dos repertórios que estão disponíveis para dar sentido às vacinas é, sem dúvida, uma estratégia educacional útil. Mas é, sobretudo, um requisito ético, especialmente quando o uso dos repertórios for analisado na perspectiva das posições de pessoa disponibilizadas na relação pesquisador-pesquisado.

Compreender as funções da linguagem do ataque e defesa nas ações relacionadas com a saúde e a doença possibiliteria, ainda, entender os sentidos da adoção de práticas mais seguras para evitar a infecção pelo HIV, desdobramento necessário frente à preocupação de que os voluntários possam abandonar as estratégias preventivas por se sentirem protegidos por vacinas que ainda estão em fase de testes de eficácia.

Em outras palavras, a informação transmitida será sempre mediada por pelo menos três forças poderosas. Primeiramente, pela própria ameaça representada pela aids que, do ponto de vista da disposição de ser voluntário de testes, suscita, para uns, motivações humanitárias como “*estar contribuindo para erradicar a doença*”, ou “*estar salvando a humanidade desta doença louca*”; e, para outros, motivações mais individualistas relacionadas à

esperança da cura - no caso dos portadores - ou de poder viver mais tranquilamente.

Em segundo lugar, pela complexidade da informação e a dificuldade de integrá-la nos dispositivos lingüísticos disponíveis. A indexicalidade, portanto, remete não apenas ao contexto discursivo imediato. O imperativo de decidir (ser ou não voluntário) reativa memórias sobre experiências passadas com vacinas, assim como com outras práticas curativas – como o uso de remédios e de injeções. A título de exemplo, lembramos aqui da freqüente dicotomização entre os remédios fracos e fortes, sendo que o eixo “forte” desta dicotomia pode ser reinterpretado tanto como “bom” (porque protege o organismo) quanto como “perigoso” (porque, se ataca, pode virar-se também contra o organismo).

Finalmente, em terceiro lugar, há que se considerar também o poder de legitimação da própria ciência, cujo aval tem o poder de neutralizar as dúvidas e receios gerados pelas duas forças anteriores. Este poder atua favorecendo a participação em ensaios de vacina, mas tem também a função ideológica de impedir a discussão crítica a respeito dos produtos da ciência.

Como conclusão, portanto, reafirmamos a necessidade de embasar nossos procedimentos de recrutamento no pressuposto que a construção do conhecimento do senso comum não se resume à qualidade da informação fornecida. Reiteramos, aqui, a postura teórica que dá suporte à pesquisa ora apresentada de que o conhecimento não é algo que as pessoas têm em suas cabeças, mas algo que as pessoas fazem conjuntamente; uma co-produção decorrente de interações verbais, tomadas como práticas sociais. Resulta desta postura a necessidade de definir procedimentos de recrutamento e seleção que sejam compatíveis com o enquadre dos processos de interanimação dialógica presentes nas trocas lingüísticas.

Mary Jane P. Spink e José da Rocha Carvalheiro

Spink, M. J. P., & Carvalheiro, J. R. (2002). The Multiple Meanings of HIV/AIDS Vaccines. *Psicologia USP*, 13 (1), 79-106.

Abstract: This study aims at contributing to the development of ethical recruitment strategies for AIDS vaccine trials through the analysis of interviews about the meaning attributed to vaccines. Four models of how vaccines work were identified: a therapeutic model in which vaccines are seen as a form of medicine; an embryonic preventive model centered on the function of protection; an agency model focused on the role of antibodies; and a full model where function and mechanisms are integrated. The availability and use of these models have important implications for the decision to enroll (or not) as volunteers in AIDS vaccine trials.

Index terms: Acquired Immune Deficiency Syndrome. HIV. Immunization. Volunteers. Vaccines.

Spink, M. J. P., & Carvalheiro, J. R. (2002). Les Multiples Significations Données Aux Vaccins Contre le SIDA. *Psicologia USP*, 13 (1), 79-106.

Resume: Cette recherche vise à contribuer au développement de méthodes éthiques de recrutement de volontaires pour les essais de vaccins anti-SIDA au moyen d'analyse d'entrevues sur la signification attribuée aux vaccins. On identifie quatre modèles de fonctionnement des vaccins : thérapeutique, où ils sont vus comme un médicament ; préventif embryonnaire, centré sur la fonction de protection ; de fonctions, focalisant l'action d'anticorps et le modèle complet dans lequel fonction et mécanisme sont intégrés. La disponibilité et l'usage de ces modèles ont des applications importantes dans la décision d'être ou non volontaire pour des essais de vaccins anti-sida.

Mots clés: SIDA. HIV. Immunisation. Volontaires. Vaccins.

Referências

Beloqui, J., Chokevivat, V., & Collins, C. (1998). HIV vaccine research and human rights: Examples from three countries planning efficacy trials. *Health Human Rights*, 3 (1), 38-58.

Os Múltiplos Sentidos das Vacinas para a AIDS

- Billig, M. (1991). *Ideology and opinions: Studies in rhetorical psychology*. London: Sage.
- Buchbinder, S. P., Douglas Jr., J. M., McKirnan, D. J., Judson, F. N., Katz, M. H., & MacQueen, K. M. (1996). Feasibility of human immunodeficiency virus vaccine trials in homosexual men in the United States: Risk behavior, seroincidence and willingness to participate. *Journal of Infectious Diseases*, 174 (5), 954-961.
- Carneiro, M., Antunes, C. M. F., Greco, M., Oliveira, E. et al. (in press). Design, implementation and evaluation at entry of a prospective cohort study of homosexual and bisexual HIV-1 negative male in Belo Horizonte, Brazil (Project Horizonte). *AIDS*.
- Castilho, E. (1997, 11 a 17 de agosto). É necessário entender a Aids. *Jornal do Ponto*.
- Celentano, D. D., Beyer, C., Natpratan, C., Eiumtrakul, S., Sussman, L., Renzullo, P. O., Khamboonruang, C., & Nelson, K. E. (1995). Willingness to participate in AIDS vaccine trials among high risk population in northern Thailand. *AIDS*, 9 (9), 1079-1083.
- Condor, S., & Antaki, C. (1997). Social cognition and discourse. In T. A. Van Dijk (Ed.), *Discourse as structure and process*. London: Sage.
- Dhalia, C., Barreira, D., & Castilho, E. A. (2000). A aids no Brasil: Situação atual e tendências. In Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS, *Semana Epidemiológica – 48/99 a 22/00*. Brasília, DF: Autor.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Giami, A., Lavigne, C., Linard, F., Souteyrand, Y., Gonzalez-Canali, G., & Pialoux, G. (1993). *Volunteer's motivations for participating in an HIV-vaccine trial*. Trabalho apresentado no 9th International Conference on AIDS, Berlin.
- Greco, D. B., Carvalheiro, J. R., Sutmoller, F., Castilho, E. A., & Chequer, P. (1998). *Feasibility of clinical trials with candidate HIV/AIDS vaccines in Brazil*. Trabalho apresentado na 12th International Conference on AIDS, Geneva.
- Hays, R. B., & Kegeles, S. M. (1999). Factors related to the willingness of young gay men to participate in preventive HIV vaccine trials. *Journal Acquired Immune Deficiency Syndromes Human Retrovirol*, 20 (2), 164-171.
- Hennessy, M., MacQueen, K. M., McKirnan, D. J., Buchbinder, S., Judson, F., Douglas, J. M., Bartholow, B., & Sheon, A. (1996). A factorial survey study to assess the acceptability of HIV vaccine trial designs. *Control Clin Trials*, 17 (3), 209-220.
- Jenkins, R. A., Chinaworapong, S., Morgan, P. A., Ruangyuttikarn, C., Sontirat, A., Chiu, J., Michael, R. A., Nitayaphan, S., & Khamboonruang, C. (1998). Motivation, recruitment, and screening of volunteers for a phase I/II HIV preventive vaccine trial in Thailand. *Journal Acquired Immune Deficiency Syndromes Human Retrovirology*, 18 (2), 171-177.

- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2000). *Guidance document on ethical considerations in HIV preventive vaccine research*. Genebra: Author.
- Koblin, B. A., Avrett, S., Taylor, P. E., & Stevens, C. E. (1997). Willingness to participate in HIV-1 vaccine efficacy trials and the effect of media events among gay and bisexual men in New York City: Project ACHIEVE. *Journal Acquired Immune Deficiency Syndromes Human Retrovirology*, 15 (2), 165-171.
- Koblin, B. A., Heagerty, P., Sheon, A., Buchbinder, S., Celum, C., Douglas, J. M., Gross, M., Marmor, M., Mayer, K., Metzger, D., & Seage, G. (1998). Readiness of high-risk population in the HIV network for prevention trials to participate in HIV vaccine efficacy trials in the United States. *AIDS*, 12 (7), 785-793.
- Liau, A., Zimet, G. D., & Fortenberry, J. D. (1998). Attitudes about human immunodeficiency virus immunization: the influence of health beliefs and vaccine characteristics. *Sexually Transmitted Diseases*, 25 (2), 76-81.
- Lima, H. M. M. (2000). *Ah ... mas eu não sou do grupo de risco ...! A prevenção das DST/Aids entre jovens universitários de São Paulo, Capital*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- MacQueen, K. M., Buchbinder, S., Douglas, J. M., Judson, F. N., McKirnan, D. J., & Bartholow, B. (1994). The decision to enroll in HIV vaccine efficacy trials: Concerns elicited from gay men at increased risk for HIV infection. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 10 (Suppl. 2:S), 261-264.
- Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. (1999). *Plano Nacional de Vacinas Anti-HIV: Pesquisa, Desenvolvimento e Avaliação*. Brasília, DF: Autor.
- Schechter, M., Lago, R. F., Melo, M. F., Sheppard, H. W., Guimarães, N. C., Moreira, R. I., Faulhaber, J. C., Batista, S., & Harrison, L. H. (2000). Identification of a high risk heterosexual population for HIV prevention trials in Rio de Janeiro, Brazil: Projeto Praça Onze Study Group. *Journal Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 24 (2), 175-177.
- Silva, C., Spink, M. J., Diogo, M. F., Garcia, S. E. P., & Costa, V. C. (1998). *Motivations for participating in HIV vaccine trials among men who have sex with men*. Trabalho apresentado no 12th World AIDS Conference, Genebra.
- Spink, M. J. P. (1994). *The social representation of vaccines and its implications for HIV/AIDS prevention*. Trabalho apresentado no 23o. Congresso Internacional de Psicologia Aplicada, Madrid.
- Spink, M. J. P. (1995). Preparação para o desenvolvimento de vacinas anti-HIV/AIDS: Aspectos relacionados ao recrutamento e manutenção de voluntários. *Anais do Seminário Processo de Desenvolvimento de Vacinas Anti-HIV/AIDS: Problemas e Benefícios* (pp. 22-28). Brasilia, DF: Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Ministério da Saúde.

Os Múltiplos Sentidos das Vacinas para a AIDS

- Spink, M. J. P. (1996). O sentido de ser voluntário - Uma reflexão sobre a complexidade dos ensaios terapêuticos na perspectiva da psicologia social. In *Anais do Seminário de Cooperação Brasil-França - Os Ensaios Clínicos Dentro do Quadro de Infecções pelo HIV/AIDS* (pp. 41-48). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Spink, M. J. (Org.). (1999). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J., Blanco, M., De La A., Évora, I., Modia, E., Molon, S., & Trench, B. (1993). *Informação ou mistificação: A representações social da vacina anti-HIV*. Trabalho Apresentado no 2o. Encontro de AIDS e Repercussões Psicossociais. NEPAIDS/Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Szwarcwald, C. L., Bastos, F. I., Andrade, C. L. T., & Castilho, E. A. (1997). AIDS: O mapa ecológico do Brasil, 1982-1994. In Coordenação de DST e AIDS (Org.), *A epidemia de AIDS no Brasil: Situação e tendências* (pp. 27-44). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Szwarcwald, C. L., Bastos, F. I., Esteves, M. A. P., & Andrade, C. L. T. (2000). A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: Uma análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (Sup. 1), 7-19.
- Thapinta, D., Jenkins, R. A., Celentano, D. D., Nitayaphan, S., Buapunth, P., Triampon, A., Morgan, P. A., Khomboonruang, C., Yutabootr, Y., Ruckphaopunt, S., Swuankiki, S., Tubtong, V., Cheewawat, W., McNeil, J. G., & Michael, R. A. (1999). Evaluation of behavioral and social issues among Thai HIV vaccine trial volunteers. *Journal Acquired Immune Deficiency Syndrome Human Retrovirology*, 20 (3), 308-314.
- Zimet, G. D., Blythe, M. J., & Fortenberry, J. D. (2000). Vaccine characteristics and acceptability of HIV immunization among adolescents. *International Journal of STD & AIDS*, 11 (3), 143-149.

Anexo: Roteiro de entrevista

1. Você tomou alguma vacina recentemente?

Sim: qual (e que outras vacinas você lembra de ter tomado?)

Não: você lembra de ter tomado alguma vacina em sua vida?

2. O que você acha que estas vacinas fazem?

• Você acha que elas dão alguma proteção?

3. Além das vacinas que você mencionou, que outras vacinas você conhece?

• Que vacinas você gostaria que fossem desenvolvidas? Por que?

4. Você sabia que há pesquisadores tentando desenvolver uma vacina para a aids?

• Como você ficou sabendo?

• Deu para entender como funcionam estas vacinas?

• Estas vacinas terão que ser testadas antes de poderem ser usadas. Você seria voluntário para estes testes? Por que?

• Quem você acha que deveria ser voluntário?

5. Uma vez testadas, você tomaria estas vacinas?

• Por que?

• Em caso positivo: você tomaria esta vacina com tranquilidade?

• Se existisse uma vacina para a aids, mudaria alguma coisa no seu modo de vida?

6. Quem você acha que deveria tomar a vacina contra a aids? Por que?

Recebido em 17.12.2001

Aceito em 5.02.2002

AÇÕES DE PREVENÇÃO DA DEFICIÊNCIA MENTAL, DIRIGIDAS A GESTANTES E RECÉM-NASCIDOS, NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA DA GRANDE VITÓRIA-ES

Sônia Regina Fiorim Enumo¹

Zeidi Araujo Trindade

Universidade Federal do Espírito Santo

Fazer prevenção em Saúde Pública implica em conhecimento sistematizado para a proposição de programas e sua avaliação. Quanto à prevenção de Deficiência Mental, que atinge cerca de 10% da população, pouco se conhece no país. Adotando uma metodologia para levantamento de ações preventivas de DM em hospitais e unidades de saúde, junto a gestantes e recém-nascidos, foi possível descrever e analisar a atuação da rede pública de saúde da Grande Vitória/ES, indicando os níveis de prevenção mais atendidos. Foram levantadas as ações de prevenção (AP) de cinco hospitais públicos de grande porte, nove (31%) unidades de saúde e seis secretarias de saúde, entre 1996-97. Os dados de 25 entrevistas mostram que esses locais realizavam 51,5% das 433 AP possíveis (57,4% da prevenção primária e 45,5% da secundária). Particularizando a atuação de cada município e local pesquisado, os dados fornecem subsídios para análises e possíveis mudanças nos indicadores de saúde materno-infantil.

Descritores: Serviço de saúde mental. Prevenção. Deficiência mental. Saúde pública. Recém-nascidos.

1 Endereço para correspondência: Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Estudos Gerais, Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento, Av. Fernando Ferrari, s/n, Goiabeiras, Vitória, ES. Endereços eletrônicos: enumosrf@npd.ufes.br e trindade@zaz.com.br

Escolher qualquer ação a ser executada no âmbito público significa uma tomada de decisão difícil, além de uma ampla negociação política, especialmente por implicar na origem e destino de verbas, sempre tão disputadas por todas as instâncias que geram recursos públicos. No campo da saúde pública, alguns fatos podem ajudar nessa tomada de decisão. Por exemplo, mães e filhos somam cerca de um terço da população e o que acontece à saúde, nesta fase de vida, por conseguinte, pode ter reflexos em parte da vida de todas as pessoas. Assim, a promoção da saúde materno-infantil destaca-se entre as ações básicas em saúde pública, dada a extensão do problema na comunidade. Dessa forma, as ações preventivas adotadas têm efeitos sobre toda a comunidade, a médio prazo, e diminuem o risco desse período de vida, tanto para a mãe como para o bebê, embora seja uma situação de mudanças constantes para ambos (Wegman, 1976).

Propor ações preventivas, contudo, exige um conhecimento prévio sobre a situação a sofrer intervenção, especialmente a respeito de dados estatísticos sobre a saúde da população, para se poder avaliar seus efeitos. A atuação da saúde pública nessa área é avaliada, geralmente, através dos indicadores básicos utilizados nas estatísticas vitais, como os índices de mortalidade infantil, que incluem as taxas de natimortalidade, mortalidade perinatal e neonatal e os índices de mortalidade materna (Laurenti, Jorge, Lebro, & Gotlieb, 1987; World Health Organization, 1977).

Essa avaliação poderia ser complementada verificando-se a prevalência de deficientes mentais na população e suas causas, como forma de justificar a importância da adoção de medidas preventivas que venham a diminuir os riscos de uma criança vir a nascer com deficiência mental (DM). Infelizmente, como nas demais áreas, há lacunas ou divergências nos dados estatísticos, decorrentes principalmente da metodologia utilizada e da conceituação de deficiência, que variam de acordo com o referencial teórico adotado - abordagem tradicional, com suas propostas organicista e psicopedagógica, abordagens social e comportamental (Enumo, 1985, 1989, 1998). Krynski (1983), por exemplo, estimava que a Deficiência Mental atingia 10% da população do Brasil. Em 1986, a Coordenadoria para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE, 1986) considerava que 5% da

população brasileira era portadora de DM, a partir da estimativa geral da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1981) de que 10% da população teria alguma deficiência, sendo a DM aquela com maior prevalência. Realmente, este é o tipo de deficiência mais freqüente, totalizando 39,5% de todos os casos de deficiência identificados em 1991- cegueira, surdez, hemiplegia, paraplegia, tetraplegia, falta de membro(s) ou parte(s) dele(s), deficiência mental e deficiência múltipla- pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1991). Entretanto, os dois censos nacionais que incluíram o tema deficiência mental na pesquisa por domicílios concluíram, a partir da atribuição do próprio entrevistado, que cerca de 0,5% da população era portadora de DM, eqüivalendo a 658.915 pessoas em 1991 (IBGE, 1981, 1991). Como se vê, há divergências entre as taxas estimadas pelos especialistas e aquelas obtidas quando a própria população se atribui ou identifica o problema. De qualquer forma, seja qual for o índice e referencial adotados, há um grande contingente populacional com esse transtorno de desenvolvimento, cujo impacto na economia do Brasil ainda não foi calculado, diferentemente de outros países (Wallace, 1976)², sem falar nos efeitos conhecidos sobre a família e o próprio indivíduo em termos psicológicos e sociais.

Aceitando-se a análise das causas da DM feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1981) para países em desenvolvimento como o Brasil, considera-se que a DM decorre de quatro causas principais: 1) subnutrição; 2) doenças transmissíveis; 3) acidentes (em particular por atos de violência) e 4) baixa qualidade da assistência perinatal. Essa análise pode ser referendada com dados da *American Psychiatric Association* (1995), no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- DSM-IV*, mostrando que a maioria dos casos de DM, cerca de 45%, decorre de causas essencialmente orgânicas, que incidem precocemente, nos períodos pré e peri-

2 Para os EUA, em 1970, estimou-se uma perda de 5,5 bilhões dólares/ano, decorrente de 118.604 mortes fetais e neonatais/ano. Cada criança com DM profunda custava US\$ 140.000 à nação, se vivesse até 40 anos, totalizando US\$ 3,5 bilhões/ano os cuidados com 6 milhões de portadores de DM (Wallace, 1976).

natal (durante o parto). Para 30 a 40% dos indivíduos identificados, a etiologia é desconhecida, restando os fatores pós-natais- 5% decorrentes de “condições médicas gerais adquiridas no início da infância”, como traumas e envenenamentos e 15 a 20% ligados a “influências ambientais e outros transtornos mentais”, como privação de afeto, de cuidados e de estimulação social, lingüística, entre outros- que representam, no máximo, 25% dos casos (pp. 40-42). Apesar da predominância de causas orgânicas, há uma clara interdependência de fatores ambientais (sociais, econômicos, culturais, políticos) e biológicos, tornando a causalidade orgânica secundária aos determinantes sociais, mesmo quando se identifica a etiologia de fundo biológico, pois registra-se uma prevalência de DM no sexo masculino (razão de 1,5:1) e na classe sócio-econômica mais baixa (American Psychiatric Association, 1995).

Todas essas causas da DM podiam ser identificadas no Brasil, no final da década de 90, pelo índice historicamente utilizado como bom indicador de avaliação das condições de saúde e de vida das populações- a mortalidade infantil e de menores de 5 anos.³ Segundo o IBGE (2001, p. 47):

... perdem importância nos óbitos destes dois grupos [*mortalidade infantil e de menores de 5 anos*], as causas relacionadas às enfermidades infecciosas e parasitárias e às doenças respiratórias, passando a ser predominantes as afecções perinatais, relacionadas a problemas congênitos e, também, aqueles derivados da oferta e da qualidade dos serviços de saúde, especialmente, o atendimento pré-natal.

As afecções perinatais, particularmente, foram responsáveis por 50,7% das mortes em crianças com menos de um ano de idade no país, em 1998 (IBGE, 2001). A situação dos sobreviventes dessa “guerra silenciosa” não é menos grave, como mostram os dados sobre as internações hospitalares pelo SUS, no país, relativas às complicações de gravidez, parto e puerpério. Na época da coleta de dados desta pesquisa (1996-97), por exemplo, ocorreram 3.269.396 de internações decorrentes de problemas gerados na

3 Sua relação direta com a DM pode ser vista na medida em que 90% dos casos com Q.I. menor que 25 e 50% dos casos com Q.I. entre 25 e 50 morrem até os 5 anos de idade (Krynski, 1983).

situação de gravidez e parto; 175.972 internações por afecções originadas no período perinatal e 57.244 internações decorrentes de anomalias congênitas (IBGE, 1996). Dessa forma, a morbidade acaba tendo um efeito econômico maior do que a mortalidade, segundo Wallace (1971, citado por Aumann & Baird, 1996).

A solução básica para esse quadro, segundo autores como Frota-Pessoa (1983), Krysnki (1983), Scott e Carran (1987) e a própria OMS (1981), seria atuar preventivamente, possibilitando, aos países em desenvolvimento, reduzir a incidência de portadores de DM em sua população de 10% para 3%, que corresponde à porcentagem típica de países de como os Estados Unidos da América (Robinson & Robinson, 1975). Levando-se em conta o argumento inicial de que as condições de saúde das mulheres e seus filhos afetam direta ou indiretamente a vida de todas as pessoas, e que praticamente a metade dos casos de DM decorre de fatores atuantes antes e durante o parto, podemos deduzir que as ações de saúde pública realizadas nesse período poderiam também alterar esse quadro, reduzindo as causas de DM em nosso país. Em outros termos, cuidados com a saúde reprodutiva da mulher e com recém-nascidos, o atendimento ao parto, o controle de doenças transmissíveis e da subnutrição de gestantes e recém-nascidos, assim como melhorias na qualidade da assistência ao parto deveriam ser tema de estudos voltados para a prevenção de DM em nosso meio.

Considerou-se, então, que um levantamento sistematizado sobre as ações de prevenção da DM, passíveis de realização no âmbito municipal principalmente, identificando os responsáveis por sua execução, de forma a analisar o que está sendo feito na realidade local, seria um passo inicial na produção de conhecimento e para a proposição de medidas preventivas mais adequadas para o atendimento de mulheres em idade fértil, gestantes e recém-nascidos. Esse trabalho ficaria facilitado pelo fato de que a elaboração desse instrumental metodológico e sua aplicação já terem sido realizadas numa cidade de grande porte do Estado de São Paulo⁴, mostrando sua viabi-

4 Campinas, SP, em 1991 e 1992.

lidade (Enumo, 1993, 1996, 1997; Enumo & Kerbauy, 1994, 1995). Tal condição levou à sua utilização no Estado do Espírito Santo, através da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), após análise das estatísticas vitais e sobre as condições de saúde das mulheres e crianças do ES.

Na época da coleta de dados, as condições de saúde das mulheres e crianças no ES podem ser resumidas como se vê a seguir (Barros, Victora, César, & Horta, 1994; IBGE, 1996; Secretaria Estadual de Ações Estratégicas e Planejamento. Departamento Estadual de Estatística [SEPLAE/DEE], 1993).

Durante a década de 80, a mortalidade infantil no ES aumentou, culminando com 31,8 óbitos por 1.000 nascidos vivos (NV), em 1990, de acordo com a Secretaria de Ações Estratégicas e Planejamento do ES (SEPLAE/DEE, 1993). Na década de 90, observa-se uma diminuição nessa taxa que, em 1999, correspondia a 26 mortes/1.000 NV; ainda acima da taxa máxima de 20/1.000 NV (IBGE, 2001).

As afecções originadas no período perinatal constituíam a primeira causa de óbito não fetal em menores de um ano, entre 1988-1992, no ES, equivalendo a 43,6% das mortes (IBGE, 2001; SEPLAE/DEE, 1993) e assim se mantiveram durante a década de 90: 54,8% das mortes em 1998 decorreram dessas afecções, seguindo-se às doenças infecciosas e parasitárias (8,5%). Esses dados acompanham a tendência de alta nacional para essa causa de mortalidade infantil: 41,5% em 1992 e 50,7% em 1998 (IBGE, 2001).

Em 1992, as internações por complicações da gravidez, do parto e do puerpério somavam 62.396, constituindo-se, à semelhança desses dados em nível nacional, na primeira causa de internações hospitalares na rede pública e conveniada do ES, ao custo de US\$ 7.727.924 dólares (SEPLAE/DEE, 1993).

Afora esse alto custo econômico representado pela perda de vidas e pelo grande número de atendimentos às complicações decorrentes da situação de parto, fica a questão da baixa qualidade de vida daqueles que sobrevivem, como bem mostra o levantamento feito no Estado do Espírito Santo pela Secretaria Estadual de Saúde do ES, o Fundo das Nações Unidas para a Infância

(UNICEF) e o Epicentro/Universidade Federal de Pelotas/RS, no final de 1993 (Barros et al., 1994). Foram pesquisados 16 municípios do ES (2.598.231 hab.), incluindo a região metropolitana da Grande Vitória (cinco municípios na época), utilizando uma amostra de 3.047 domicílios, 1.165 crianças menores de cinco anos e 3.892 mulheres em idade fértil (15-49 anos).

De acordo com esse estudo, com desvantagens para o interior do Estado em relação à Grande Vitória, os dados obtidos mostram a existência de fatores de risco para o desenvolvimento infantil:

... uma importante parcela das crianças do interior do Estado viviam sob condições adversas de moradia e saneamento (...) enfrentam condições de vida e de cuidados bastante inadequados (...), dada a baixa renda familiar, limitada escolaridade dos pais e trabalho materno não qualificado ... (Barros et al., 1994, pp. 10-11).

Especificando melhor, cerca de 6% das crianças pesquisadas eram filhos de mães adolescentes; um quinto das crianças não vivia com seu pai (95% com a mãe biológica, das quais, 10% nunca haviam freqüentado escola); 10% nasceram quando o irmão mais próximo não tinha completado 18 meses; cerca de 57% das crianças da Grande Vitória nunca tiveram cartão de crescimento, 69% destas haviam sido levadas à consulta nos últimos três meses precedentes à pesquisa, por infecções respiratórias, puericultura, diaréia e infecções de pele.

Em relação às mulheres pesquisadas, 40% tiveram seu primeiro filho na adolescência; metade já havia sido submetida a pelo menos uma operação cesariana; 45% dos partos foram feitos através de cesarianas⁵; um quarto das mulheres já havia tido um aborto⁶; 30% não haviam sido imunizadas contra o tétano na gravidez; 12% não fizeram uma única das cinco consultas mínimas recomendadas pela OMS; e 35,2% fizeram laqueadura entre 25 e 29 anos, após o 3.º ou 4.º filho.⁷

5 O índice esperado é de 15%.

6 14,8% de abortos provocados por chás e por curetagem, em clínicas de aborto; 80% tiveram que ser internadas.

7 23,8% das laqueaduras foram pagas por políticos em época de campanha eleitoral.

Para atender a essa demanda de serviços na área da saúde da gestante e dos recém-nascidos, a população da Grande Vitória contava com uma rede hospitalar pública composta por sete hospitais de grande porte, e por 29 unidades de saúde (além dos ambulatórios e pronto-socorros dos hospitais), localizados na Região de Saúde nº 1, segundo o Cadastro de Leitos Hospitalares, do Instituto Estadual de Saúde Pública (IESP-ES).

Visando contribuir para mudanças nesse quadro geral de saúde materno-infantil, foi realizada uma pesquisa integrada⁸, cujos dados relativos ao levantamento junto às Secretarias Municipais e Estadual de Saúde, também nas unidades de saúde e nos atendimentos pré-natal, perinatal (durante o parto), neonatal e berçários de hospitais públicos da Grande Vitória serão aqui apresentados. Pretendia-se, assim, conhecer a atuação dos órgãos responsáveis pela saúde, no campo da prevenção primária e secundária de Deficiência Mental, na área metropolitana da capital do Estado do Espírito Santo, composta pelas cidades de Vitória, Vila Velha, Cariacica, Serra e Viana, totalizando cerca de 1.063.293 habitantes, ou 41% da população do ES, na época da coleta de dados.

Método

Informantes

Participaram como informantes os responsáveis por órgãos e instituições públicas que atuam na prevenção e atendimento de gestantes e recém-nascidos, na Grande Vitória/ES, em nível oficial, como:

1. Responsáveis pelas Secretarias de Saúde das Prefeituras Municipais da Grande Vitória/ES e da Secretaria Estadual de Saúde. Cabe às secretarias em questão a responsabilidade pela saúde coletiva da população das cidades. Com seus postos de saúde distribuídos pelas cidades, prestam serviços em

8 Estes dados fazem parte de uma pesquisa integrada, financiada pelo CNPq entre 1995-97, com a participação de bolsistas de iniciação científica.

nível de “atenção primária” no sistema de saúde. Estão também ligadas às associações de bairro. Têm, portanto, grande abrangência nos municípios, principalmente nas camadas de baixa renda. E, através delas, pode-se conhecer a atuação dos hospitais da rede pública, em termos de atendimento a gestantes e intervenção perinatal e em neonatologia, caso realize este tipo de serviço.

2. Responsáveis pelos serviços de atendimento pré-natal, perinatal e neonatal de hospitais que atendem gestantes e recém-nascidos em cinco hospitais, sendo um deles o Hospital Universitário da Universidade Federal do Espírito Santo. Foram utilizados como critérios de inclusão: estar na região metropolitana, ser público, possuir leitos de Unidade de Terapia Intensiva- U.T.I.- neonatal e leitos obstétricos.

CIDADES	Hospitais	Unidades de Saúde	Secretarias municipais/Estad.
Vitória	03	06	02 (SES)
Vila Velha	01	02	01
Serra	01	*	01
Cariacica	—	01	01
Viana	—	**	01
TOTAL	05 (71,4% de 07)	09 (31% de 29)	06 (100%)
n.º entrevistas	16	20	25
Período	mar.- nov./96	jul.- dez./96	Mar.- jun./97

* Dados não coletados por falta de médico responsável.

** Não foi possível obter dados na unidade de saúde selecionada em Viana devido à greve no sistema de saúde local.

Tabela 1: Locais de coleta de dados - Região de Saúde n.º 1 da Grande Vitória.

3. Responsáveis pelo atendimento de, pelo menos, 20% das unidades de saúde da rede pública da Grande Vitória, selecionadas de acordo com o maior número de pessoas atendidas e existência de serviços de atendimentos pré-natal e de pediatria), segundo relatórios fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde, no primeiro semestre de 1996. A Tabela 1 mostra a distribuição dos locais de coleta de dados por município.

Foram utilizados seis Roteiros de Entrevista, elaborados anteriormente (Enumo, 1993; Enumo & Kerbawy, 1995), descritos a seguir.

Visando sistematizar as várias ações de prevenção (AP) indicadas pela literatura da área, utilizou-se a classificação de Leavell e Clark (1976): Prevenção Primária, que inclui ações realizadas antes do problema acontecer, subdividida em Promoção de Saúde e Proteção Específica contra a DM; e Prevenção Secundária, com ações realizadas logo após a ocorrência do problema, subdividida em Diagnóstico Precoce e Tratamento Imediato. As AP e seus efeitos foram separadas pelo “nível de prevenção” e “tempo” em que ocorrem (períodos pré, peri e neonatal), resultando em oito quadros, em que estão também identificados os profissionais responsáveis pela execução dessas ações. A identificação das AP segundo seu nível de prevenção permite o cálculo percentual dos dados, indicando o tipo de prevenção mais defasado, com sugestões de intervenção multidisciplinar.

Classificando agora estas AP segundo os possíveis informantes, foram construídos seis roteiros de entrevista, totalizando 433 questões, abertas e fechadas, a serem aplicadas em seis locais: Secretaria Municipal de Saúde - 83 AP, Centro de Saúde - 138 AP, Maternidade - 209 AP (atendimentos pré-natal - 120 AP, perinatal - 15 AP, neonatal - 49 AP e berçário - 28 AP). Os seis roteiros foram organizados em duas partes: a primeira contém o Roteiro de Entrevista, com identificação e organização do local, resultados quantitativos, questões de entrevista e complementações ao roteiro; na segunda parte, ficam os Resultados Gerais, Conclusões, Sugestões e Fontes de Referências. As respostas são assim categorizadas: E - executada, C - em curso, P - planejada, N - não existente, A - abandonada, I - não informada; complementando-se com os efeitos obtidos, quando a resposta for positiva.

Procedimento

As entrevistas com responsáveis pelos órgãos, entidades, ou programa de prevenção da DM foram realizadas por 10 alunos bolsistas e voluntários do curso de Psicologia da UFES, com a seguinte sistemática: explicava-se que seriam apresentadas as questões sobre AP de DM realizadas ou propostas pelo serviço, devendo o informante expor os motivos para sua realização ou não, os efeitos observados após sua implementação, os critérios e medidas utilizados para avaliar esses efeitos e as dificuldades encontradas na área preventiva. Solicitou-se a autorização para gravação. Foi esclarecido que o trabalho não visava a uma avaliação particular do profissional que estava sendo entrevistado, mas um levantamento do sistema como um todo. Foi aplicada a parte do roteiro de entrevista específica para cada tipo de informante. Quando existiam programas preventivos, questionou-se sobre os órgãos e tipos de profissionais envolvidos, o número de pessoas atingidas, a população-alvo, o período e a duração do projeto.

Foram solicitadas cópias/autorização para fotocopiar manuais, normas ou instruções relativas à área, quando existiam. Esta é uma forma de ilustrar ou enriquecer os dados coletados na entrevista. Permite também confrontar as informações obtidas pessoalmente com o que fica registrado na instituição, pois podem existir falhas no registro permanente das atividades da instituição, o que dificulta tanto a avaliação posterior do que foi realizado, quanto a continuidade de programas preventivos a médio prazo e frente às mudanças administrativas.

Resultados

Os dados quantitativos resumidos em tabelas e gráficos relatam parte da realidade local na área de saúde reprodutiva, mais especificamente, sobre a saúde de gestantes e recém-nascidos, visando a prevenção de Deficiência Mental na população da Grande Vitória, obtidos em 61 entrevistas gravadas, de cerca de duas horas cada, e por meio do material disponível.

Mesmo não sendo completos, devido à inexistência de dados estatísticos locais ou à ausência de sua sistematização, centralização e controle, esses dados permitem indicar direções, de forma a subsidiar a tomada de decisões no campo da política de saúde pública. Lembramos que a existência e a disponibilidade de dados estatísticos são fundamentais para o estabelecimento de quaisquer ações e medidas administrativas em todas as áreas do serviço público.

Estão resumidos a seguir os dados quantitativos obtidos em cada local indicado anteriormente, destacando as ações de prevenção (AP) da DM *realizadas* (executadas, planejadas e em curso), em contraposição àquelas AP *não realizadas* (inexistentes, abandonadas e não informadas). Os gráficos permitem uma melhor visualização do levantamento realizado.

A análise qualitativa, com os dados comparativos e globais da Grande Vitória e relativos aos seus cinco municípios, e também segundo os níveis de prevenção Primária (Promoção de Saúde e Proteção Específica contra a DM) e Secundária (Diagnóstico Precoce e Tratamento Imediato), segue-se à apresentação dos dados quantitativos.

Esclarecemos que há, para cada local, um relatório individualizado, detalhando os dados quantitativos e qualitativos, e que incluem uma descrição do serviço e sugestões para a implantação de programas de prevenção da DM; não foram aqui apresentados por questão de espaço para publicação.

Os dados coletados nos cinco municípios da Grande Vitória indicam que a Prevenção Primária é a mais realizada (57,4% de 338 AP possíveis), o que é importante para a redução do índice de DM na região, já essa prevenção permite atuar antes do problema existir. Contudo, em termos percentuais, são realizadas menos da metade das ações de prevenção secundária (45,4% de 95 AP), significando que, em média, são realizadas 51,5% das ações de prevenção possíveis.

De um modo geral, tem-se dado muita atenção aos portadores de DM. São diversos os programas de reabilitação e educação especial; porém, poucas ações são de caráter preventivo. Não existem programas específicos para a prevenção de DM e, muitas vezes, os responsáveis pelos serviços de saúde

não conhecem as ações de prevenção e seus efeitos, que poderiam diminuir esse índice.

A Figura 1 mostra o desempenho geral de cada município da Grande Vitória em relação à prevenção primária e secundária da Deficiência Mental, com destaque para Vitória (53,1%) e Cariacica (54%), realizando mais da metade das 433 ações de prevenção propostas pela literatura da área, para gestantes e recém-nascidos.

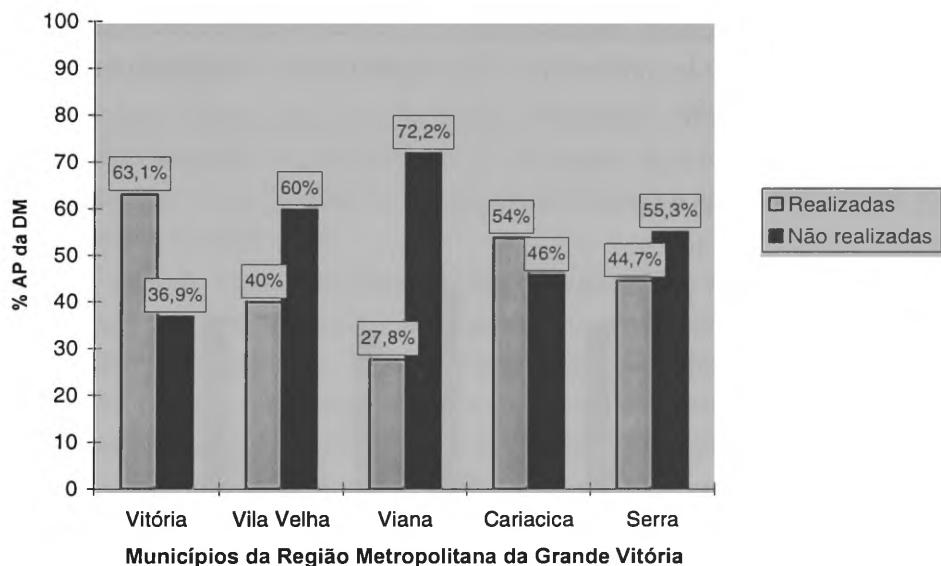


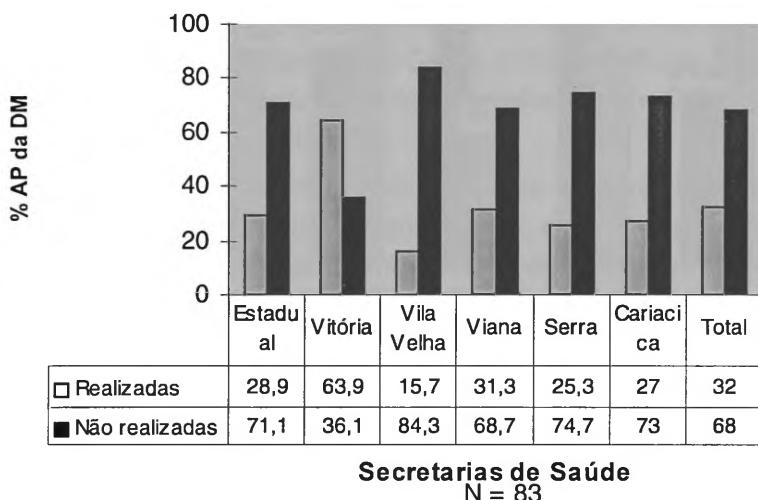
Figura 1: Porcentagem média das Ações de Prevenção da DM realizadas em cada uma das cinco cidades da Grande Vitória, considerando o total de 433 AP possíveis.

Resultados gerais das AP da DM realizadas pelas Secretarias Municipais e Estadual de Saúde, na Grande Vitória

Os dados levantados referentes às Secretarias de Saúde (estadual e municipais), entre março e junho de 1997, por meio de 25 entrevistas, reve-

laram que a maioria das AP não eram realizadas, cerca de 68% das AP (61% das AP Primárias e 69% das AP Secundárias), como se vê na Figura 2.

Com exceção da Secretaria Municipal de Vitória, as demais Secretarias de Saúde- Municipais e Estadual- forneceram dados mostrando que a atenção dada à Prevenção Primária e Secundária da DM é pouco freqüente. Nenhuma dessas Secretarias possuía profissional especializado na área de DM, o que dificultava AP específicas nessa área. É importante ressaltar que, segundo dados oficiais (CORDE, 1986), cerca de 40% os casos graves de deficiência mental e 60% dos casos de deficiência visual poderiam ser evitados através de medidas preventivas e de programas de informação e esclarecimento da população.



* O profissional responsável pela área de “saúde da mulher e da criança” da PM de Cariacica não foi localizado, sendo retiradas 20 questões; portanto, foi considerado o total de questões- n = 63 e não 83.

Figura 2: Porcentagem média das Ações de Prevenção Primária e Secundária da DM realizadas pelas Secretarias de Saúde de cada município da Grande Vitória, considerando o total de 83 AP possíveis.

Os dados serão apresentados de acordo com as seis áreas pesquisadas: Saúde Mental, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Núcleo de Dados Estatísticos.

Em relação à área de *Saúde Mental*, verificou-se que nenhuma das Secretarias possuía um programa específico para prevenção de DM, mas somente atenção voltada para “doença mental”. Não havia, assim, ações de prevenção como legislação sobre prevenção de doenças do metabolismo, órgão/departamento específico para área de DM, projetos/programas de prevenção de DM, pessoal destinado a programas de prevenção, levantamento estatístico na área.

Apenas duas Secretarias de Saúde (Estadual e Municipal de Vitória) eram informatizadas, outras estavam em processo de informatização, sendo que destas, apenas a Secretaria Municipal de Cariacica apresentou dados levantados nos últimos anos.

A área de *Vigilância Sanitária* também não tinha ações voltadas para a prevenção de DM, de caráter mais primário, que beneficiam toda a população, além das mulheres, como a porcentagem da população servida com rede de água, esgoto e energia elétrica; programa de controle do meio ambiente e controle de fontes radioativas odontológica, hospitalares e industriais.

Em contrapartida, as AP específicas para a área *epidemiológica* eram realizadas em sua totalidade, entre elas estão: cobertura vacinal e campanha de vacinação contra doenças infecciosas.

Campanhas antifumo, anti-AIDS, programa de educação sexual, programas educativos de saúde geral e dentária são exemplos de AP que eram realizadas, em sua maioria, pelos responsáveis na área de *Educação para a Saúde*.

Nas áreas de Assistência à Mulher e à Criança, a maioria das AP também não eram realizadas. Entre essas AP, podem ser citadas: fornecimento de métodos de controle de natalidade para grupos de riscos para DM, triagem em massa para diagnóstico precoce de erros inatos do metabolismo⁹ e programa

9 Decréscimo de 17% na incidência de afetados por autossômicos recessivos (Krynski, 1983).

de detecção precoce e triagem populacional para identificar crianças com risco para DM. Outras ações, porém, eram realizadas pela maioria das Secretarias, entre elas estavam: programa de nutrição para gestante de baixa renda, participação de enfermeiras e nutricionista, programa de planejamento familiar, levantamento de fenilcetonúria e de hipotiroidismo congênito.¹⁰

Resultados Gerais sobre a Prevenção da DM realizada pelos hospitais da Grande Vitória - serviços de atendimento pré-natal, perinatal, neonatal e berçário.

Os dados obtidos em 16 entrevistas, realizadas entre março e dezembro de 1996, indicam que os cinco *hospitais* públicos da Grande Vitória realizavam, em média, 63,2% das 212 AP possíveis, distribuídas da seguinte forma: 69,2 das 120 AP no período pré-natal; 78,6% das 15 possíveis na situação de parto; 60% das 49 AP no período neonatal; e 57,8% das 28 AP realizáveis no berçário, com se vê na Figura 3.

Apesar desses dados quantitativos indicarem que a maioria das AP (68,2%) está sendo realizada, uma análise qualitativa mostrou que faltavam ou não estavam disponíveis informações básicas para a tomada de decisões na área, como os dados estatísticos de mortalidade materna e perinatal. As AP ocorriam especialmente no momento do parto, quando os principais fatores de risco estavam presentes, e, na maioria das vezes, sem a identificação prévia destes. Sua execução poderia evitar metade dos casos de retardo mental, segundo Frota-Pessoa (1983), pelo aconselhamento genético e com um manejo adequado pré e perinatal; assim como poderiam diminuir em 40% os casos de paralisia cerebral decorrentes de assistência obstétrica inadequada (Krynski, 1983).

10 Diminui a taxa de 3 nascimentos/mês de RN com fenilcetonúria e de 10 nascimentos/mês de hipotiroidismo congênito em SP (APAE desenvolve programa para teste em recém-nascidos 1986-1987).

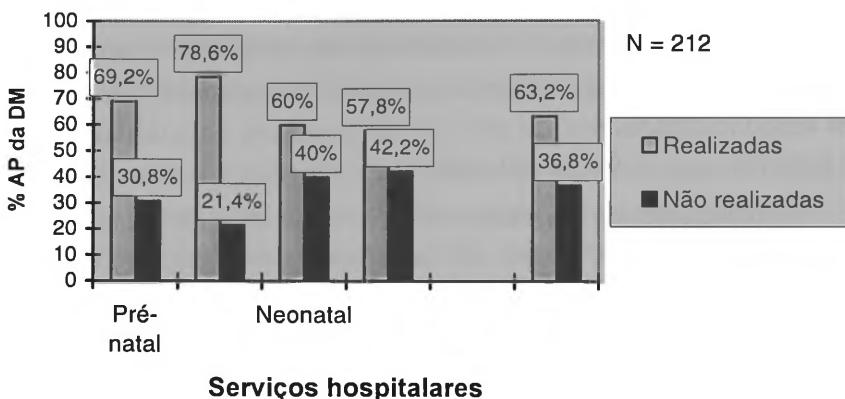


Figura 3: Dados gerais da prevenção da DM realizada pelos serviços pré-natal, perinatal, neonatal e berçários de cinco hospitais públicos da Grande Vitória, considerando 212 AP possíveis.

Os cinco hospitais realizavam, em média, 71,1% das 141 ações de *Prevenção Primária* possíveis. Algumas dessas AP primária eram realizadas pelos serviços de atendimento *pré-natal* de todos os hospitais pesquisados, como, por exemplo, a assistência pré-natal de seis consultas¹¹, no mínimo, cálculo da idade gestacional, registro de pressão arterial e movimentos fetais, tipologia sanguínea, citologia oncológica e outros exames; porém, nem todos esses locais realizavam e teste para identificação do vírus HIV. Além disso, era feito o controle da alimentação das gestantes, bem como o ganho e perda de peso das mesmas, mas nenhum hospital possuía um programa especial para a gestante de baixo peso, o que diminuiria a probabilidade de prematuridade, aborto, malformação congênita, raquitismo, paralisia cerebral, epilepsia e instabilidade emocional futura na criança (Alencar, 1982; Krysnki, 1983; Matos, 1983).

11 Fazer supervisão antenatal de 5 a 8 consultas compulsórias reduz a freqüência de prematuros de 15% para 5% e a taxa de mortalidade perinatal de 63,3 para 19,2 (Laffont, 1978, p. 4002).

A *Prevenção Secundária* (diagnóstico precoce e pronto-atendimento) era menos realizada (57,2%, em média, das 71 AP possíveis), também por falta de estrutura laboratorial e de especialistas em genética, por exemplo.

Em relação ao *atendimento pré-natal* dos hospitais, em média, estavam sendo realizadas metade das 138 AP possíveis, com destaque para o *H-4- HUCAM*, com 89% das AP relativas ao pré-natal em curso.

A maioria desses hospitais realizava programas de preparação da mulher para o parto. Estes, porém, não incluíam um trabalho com a gestante para redução da ansiedade em relação ao parto, o que reduziria o *stress* e as complicações obstétricas. A maior parte dos hospitais também não realizava um levantamento de indicadores de risco para doenças genéticas, aberrações cromossômicas e risco de erros inatos do metabolismo (EIM), em geral, por falta de estrutura laboratorial. Essas ações poderiam reduzir em 20% os casos de DM grave (Krynski, 1983).

Nenhum hospital fazia levantamento de indicadores de paralisia cerebral e de riscos demográficos ou do ambiente, que se interrelacionam, como ser mãe solteira, idades materna e paterna¹², nível de escolarização da mãe¹³, condições sócio-econômicas desfavoráveis, residência em grandes altitudes, exposição à radiação, entre outros, indicados por vários autores, entre eles Knuppel e Drukker (1995). A inadequação do ambiente social da gestante é comum nas famílias com um só genitor, por sua associação com fatores sócio-econômicos, em que interagem padrões familiares de saúde e higiene, moradia, situação financeira, suporte emocional e social, tendo efeitos diretos e indiretos, variados e profundos sobre o resultado da gestação. Assim, o fato da gestante não ser casada, principalmente sendo adolescente, a coloca em situação de gravidez de alto risco, da mesma forma que a gestante casada, mas vítima de maus tratos e sem auxílio ou apoio social: “As histórias

12 1 em cada 4 casos de síndrome de Down nasce de mãe com menos de 30 anos; acima de 35 anos as chances são de 1:150; 1/3 dos casos nascem de pai com 40 anos ou mais (Krynski, 1983).

13 A mortalidade infantil é 3,5 vezes menor para mães com nível de instrução superior a 8 anos (IBGE, 2001, p. 48).

reprodutivas (...) incluíam elevadas taxas de mortes, evidências de partos prematuros, bebês com baixo peso ao nascimento e alta proporção de crianças com retardamento mental ou dificuldades de aprendizagem (...)", resultados que se repetem em uma ou mais gerações, segundo Aumann e Baird (1996, p. 27).

O *atendimento ao parto* inclui 15 AP da DM, que eram realizadas, em média, 78,6%, pelos cinco hospitais. Ter equipe permanente de parto, com anestesiologista e neonatologista de plantão, além de enfermagem especialmente treinada; aparelhagem para ressuscitação do bebê; leitos de U.T.I. neonatal e evitar partos prolongados¹⁴ são algumas das AP que diferenciaram os serviços entre si, podendo evitar cerca de 25% das mortes perinatais (Krynski, 1983). Destaca-se o hospital do município da Serra (H1), com 100% das AP realizáveis no parto em curso.

Dentre as ações de prevenção que os hospitais realizavam no *período neonatal*, podemos citar o uso do Boletim Apgar na avaliação do recém-nascido, o registro dos comportamentos induzidos pelo *stress*, o controle de infecção em prematuros, a identificação de risco neonatal e de grupos de risco para hipoglicemia neonatal, o levantamento de riscos mais freqüentes de distúrbios neurológicos e o exame neurológico ao nascer. Quase todos hospitais realizavam diagnóstico de Síndrome de Down, porém nenhum fazia diagnóstico de EIM através de exames de laboratório, como o "teste do pezinho", para identificação da fenilcetonúria e hipotiroidismo congênito, bem como seu tratamento imediato. O Hospital Universitário (H-4) e o Hospital do Município da Serra (H1) novamente se destacam, agora no atendimento neonatal.

Em todos hospitais, afirmou-se que possuíam programas de estimulação precoce para recém-nascidos prematuros. Nesses programas, porém, não era feita a correção programada dos efeitos do *stress* pós-parto no bebê, a estimulação visual, auditiva, tátil, cinestésica, multimodal ou social. O Hospital do Município de Vila Velha (H-2) destaca-se com 96,4% das AP realizáveis no berçário.

14 Reduz a taxa de 80% de casos de RN em anóxia (Krynski, 1969).

Resultados Gerais das Unidades de Saúde- serviços de atendimento pré-natal e de pediatria.

Os dados das 09 unidades de saúde, coletados entre julho e dezembro de 1996, em 20 entrevistas gravadas, mostram que, em média, eram realizadas cerca de 59,5% das 138 AP possíveis, indicando que há uma maior ênfase nas ações de Prevenção Primária (62,2% das 123 AP) do que na Prevenção Secundária (48,5% das 15 AP).

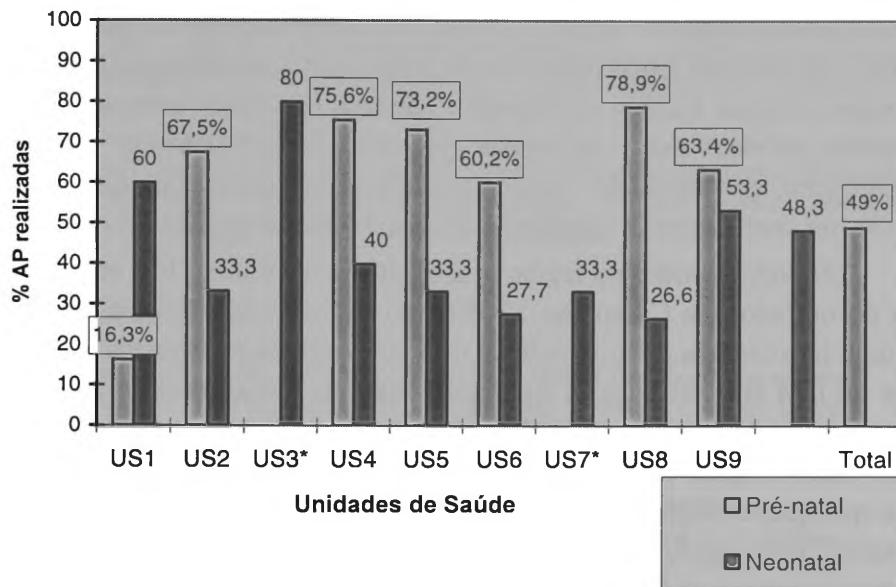
Os dados quantitativos indicaram que a maioria das AP estava sendo realizada, mas faltavam ou não estavam disponíveis dados estatísticos sobre os serviços.

Entre os 62,1% das ações de *Prevenção Primária* realizadas nas *US*, podemos destacar: acompanhamento pré-natal mínimo de 04 consultas, exames de rotina¹⁵, vacinas, controle da condição nutricional da gestante e tratamento de gestante portadora de sífilis congênita.

Entretanto, como se vê na Figura 4, 51,7% das ações de *Prevenção Primária* de grande importância não eram realizadas pela maioria das *US*, como, por exemplo, levantamento de indicadores de risco para a DM (indicadores de risco para EIM, para doenças genéticas, aberrações cromossômicas e para paralisia cerebral), amniocentese na 16.^a semana de gestação, dosagem sérica de alfa-betoproteína no soro materno, diagnóstico de hipóxia fetal, exame do líquido encefalorraqueano e tratamento de gestante com incompatibilidade de Rh.

Em relação à *Prevenção Secundária*, pode-se ver ainda na Figura 4, que era menos realizada (48,3%) pelas *US*. Estas, de modo geral, realizavam ações como por exemplo: medidas periódicas de peso, de altura e de perímetrocefálico e avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor.

15 Tipagem sanguínea ABO e Rh, hemograma, protoparasitológico, V.D.R.L.- sífilis, urina I.



* US 3 e 7 funcionando sem médico ginecologista, o que impossibilitou a coleta de dados sobre o pré-natal.

Figura 4: Média das AP da DM nos serviços de atendimento pré-natal (120 AP possíveis) e neonatal (49 AP possíveis) das Unidades de Saúde da Grande Vitória.

Ações como implantar programas de prevenção de doenças do metabolismo, de detecção e estimulação precoce e de triagem populacional para identificar crianças em risco para DM; a participação de equipe multidisciplinar e fornecer suplementação alimentar para o bebê, são exemplos de ações de prevenção não realizadas pela maioria das US.

Discussão

A prevenção em saúde pública especificamente para a Deficiência Mental deveria ser uma preocupação presente para os governantes e administradores; preocupação esta traduzida em ações/medidas preventivas. Con-

tudo, as pessoas responsáveis pela administração pública necessitam de subsídios para a tomada de decisões. Nesse sentido, a descrição do que pode ser feito, e do que está sendo realizado, inclusive com a identificação de agentes envolvidos, pode facilitar o processo de decidir. Em outros termos, o conhecimento teórico sobre as causas prováveis da deficiência não gera diretamente propostas de intervenção em nível preventivo, que devem, então, ser sistematizadas e apresentadas aos órgãos competentes.

Os dados obtidos na região metropolitana de Vitória, ES, assim aqueles encontrados em Campinas, SP (Enumo & Kerbawy, 1994), dão visibilidade à inexistência de uma política de saúde pública relacionada à prevenção da DM em seis cidades da Região Sudeste, como de resto ocorre em outros campos, expondo a variabilidade de atenção dada às ações de prevenção. Cada hospital e/ou unidade de saúde parece ter suas prioridades, sem que qualquer explicação, no plano técnico ou no plano social, possa ser encontrada para justificar as diferenças encontradas, a não ser as variações de recursos humanos e financeiros.

A pesquisa visava também mostrar se e como estavam sendo feitas as avaliações das ações de prevenção implementadas; entretanto, não foi encontrado qualquer tipo de avaliação, o que torna mais difícil a defesa da adoção de ações preventivas, pois evidenciar os efeitos de medidas preventivas talvez torne os programas preventivos mais atraentes aos administradores públicos. A avaliação de seus efeitos possibilitaria comprovar as vantagens de medidas preventivas, pelo menos em termos econômicos, em relação às medidas remediativas.

Este trabalho pode ser visto como uma forma de mostrar o que está sendo feito e pode ser feito no contexto sócio-econômico atual, em nível municipal, na área de prevenção. Ao apresentar alternativas para prevenção de deficiências, pretende-se contribuir para a área, num contexto e época definidos, propondo ações viáveis a um determinado contexto, mesmo sabendo que sua adoção depende de uma ação conjunta e coordenada de vários tipos de profissionais, entre eles o psicólogo, a exemplo da proposição de Ribes (1990, pp. 71-72, tradução livre das autoras):

A organização dos sistemas assistenciais à saúde, com vistas a melhorar sua ação preventiva (atenção e diagnóstico precoce) e sua ação curativa e reabilitadora, implica não só em rever os organogramas estruturais que fundamentam conceitual e administrativamente seu funcionamento, mas requerem também uma análise de sua operatividade a partir da perspectiva dos comportamentos individuais efetivos do pessoal médico e paramédico, o pessoal administrativo pertinente e dos próprios usuários que utilizam os serviços. Este problema constitui um campo de intervenção multidisciplinar no qual o papel do psicólogo, como analista do comportamento institucional, pode ser de fundamental importância.

Enumo, S. R. F., & Trindade, Z. A. (2002). Mental Deficiency Preventive Actions Directed to Pregnant Women and Newborn Children in the Public Health System. *Psicologia USP*, 13 (1), 106-132.

Abstract: The accomplishment of prevention in Public Health requires a systematized knowledge for the proposition of a program and its evaluation. When it comes to the prevention of Mental Deficiency, which afflicts around 10% of the population, little is known in Brazil. By adopting a methodology for cataloging MD preventive actions in hospitals and health units, with pregnant women and newborns, it was possible to describe and analyze the actions of the public health system in Greater Vitória/ES, indicating the levels of prevention which were most covered. Preventive actions (PA) of five large public hospitals, nine health units and six health offices, from 1996 to 1997 were studied. Data from 25 interviews show that these places made 51.5% of the 433 possible PA (57.4% of primary prevention and 45.5% of the secondary). Along with the particularization of the action of each municipality and place researched, the obtained data was useful for analyses and possible changes in maternal-infantile health indicators.

Index terms: Mental health services. Prevention. Mental deficiency. Public health. Neonates.

Enumo, S. R. F., & Trindade, Z. A. (2002). Prévention Contre la Déficience Mentale Des Femmes Enceintes et Des Nouveau-Nés Dans le Système De Santé Publique. *Psicologia USP*, 13 (1), 106-132.

Résumé: Faire de la prévention dans la santé publique est conditionné par une très bonne connaissance afin de proposer des programmes et les évaluer. Au Brésil, on sait peu de choses sur la prévention de la déficience mentale, qui atteint pourtant 10 % de la population. Adoptant une méthodologie et pour faire un catalogue des actions préventives de déficience mentale dans les hôpitaux et les unités de santé, pour les femmes enceintes et les nouveau-nés, on a pu décrire et analyser les actions de santé publique dans la ville de Grande Vitoria (État du Espírito Santo), indiquant le niveau de prévention les plus couverts. On a regroupé les actions de prévention de cinq hôpitaux publics importants, neuf (31 %) unités de santé et six bureaux centralisateurs, entre 1996 et 97. Les données de vingt-cinq entrevues montrent que ces locaux réalisent 51,5 % des 433 actions de prévention possibles (57,4 % de prévention primaire et 45,5 % de secondaire). En détaillant les réalisations de chaque municipalité et local étudié, les chiffres fournissent des ressources pour des analyses et les modifications possibles dans les indicateurs de santé maternelle et infantile.

Mots clés: *Service de santé mentale. Prévention. Déficience mentale. Santé publique. Nouveau-nés.*

Referências

- Alencar, E. M. S. (1982). *A criança na família e na sociedade*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a ed., D. Batista, trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- APAE desenvolve programa para testes em recém-nascidos. (1986-1987). *Arquivos de Saúde Mental do Estado de São Paulo*, 46, 85-87.
- Aumann, G. M. E., & Baird, M. (1996). Avaliação do risco em gestantes. In R. A. Knuppel & J. E. Drukker (Orgs.), *Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar* (W. M. F. Settineri, trad., pp. 13-36). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Barros, F., Victora, C., César, J., & Horta, B. (1994). *Diagnóstico das condições de saúde das mulheres e crianças do Espírito Santo*. Vitória, ES: Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo; Pelotas, RS: UNICEF/Universidade Federal de Pelotas.
- Coordenadoria para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. (1986, julho). *Plano Nacional de Ação Conjunta para Integração da Pessoa Deficiente*. Rio de Janeiro: Comitê Nacional para Educação Especial. Texto mimeografado.

- Enumo, S. R. F. (1985). *A formação universitária em Educação Especial - Deficiência Mental*- no Estado de São Paulo: Suas características administrativas, curriculares e teóricas. Dissertação de Mestrado, São Carlos, SP, Universidade Federal de São Carlos.
- Enumo, S. R. F. (1989). Deficiência mental: A problemática formação de professores no Estado de São Paulo. *Ciência e Cultura*, 41 (12), 1225-1229.
- Enumo, S. R. F. (1993). *Prevenção de deficiência mental: Uma proposta metodológica para identificação e análise de ações preventivas*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Enumo, S. R. F. (1996). Prevenção de deficiência mental em gestantes e recém-nascidos: Uma proposta metodológica para levantamento e intervenção em Saúde Pública. In L. R. O. P. Nunes (Org.), *Prevenção e intervenção em educação especial* (Coletâneas da ANPEPP, Vol. 1, No 14, pp. 13-30). Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia.
- Enumo, S. R. F. (1997). Como prevenir a deficiência mental em saúde pública. *Temas em Psicologia*, 2, 57-73.
- Enumo, S. R. F. (1998). Uma análise da evolução do conceito de deficiência mental. In L. Souza, M. F. Q. Freitas, & M. M. P. Rodrigues (Orgs.), *Psicologia: Reflexões impertinentes* (pp. 347-371). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Enumo, S. R. F., & Kerbauy, R. R. (1994). Prevenção de deficiência mental: Sua importância e concepções. *Boletim de Psicologia*, 44 (100/101), 31-40.
- Enumo, S. R. F., & Kerbauy, R. R. (1995). Prevenção da deficiência mental nos períodos pré, peri e neonatal. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 2 (3), 73-92.
- Frota-Pessoa, O. (1983). Genética da deficiência mental. In S. Krynski (Org.), *Novos rumos da deficiência mental* (pp. 13-26). São Paulo: Sarvier.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (1981). *Anuário estatístico do Brasil - 1981*. Brasília, DF: Autor.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (1991). *Censo demográfico 1991- Características gerais da população e instrução: Resultados da amostra- n.º 1- Brasil*. Rio de Janeiro: Autor.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (1996). *Anuário estatístico do Brasil - 1996*. Brasília, DF: Autor.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2001). *Síntese de indicadores sociais 2000- populações e indicadores sociais*. Rio de Janeiro: Autor.
- Knuppel, R. A., & Drukker, J. E. (Orgs.). (1996). *Alto risco em obstetrícia: Um enfoque multidisciplinar* (W. M. F. Settineri, trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Krynski, S. (Org.). (1969). *Deficiência mental*. Rio de Janeiro: Atheneu.

Sônia Regina Fiorim Enumo e Zeidi Araujo Trindade

- Krynski, S. (Org.). (1983). *Novos rumos da deficiência mental*. São Paulo: Sarvier.
- Laffont, A. (1978). *Encyclopédie médico-chirurgicale-pédiatrie-1*. Paris: Editions Techniques.
- Laurenti, R., Jorge, M. H. P., Lebro, M. L., & Gotlieb, S. L. D. (1987). *Estatísticas de saúde* (2a ed. revista). São Paulo: EPU.
- Leavell, H., & Clark, E. G. (Orgs.). (1976). *Medicina preventiva* (M. C. F. Donnangelo, M. Goldbaume, & U. S. Ramos, trads). São Paulo: McGraw-Hill; Rio de Janeiro: FENAME.
- Matos, M. A. (1983, outubro). Ambiente e desenvolvimento infantil. *Pediatria Moderna*, 18 (5), 283-288.
- Organização Mundial da Saúde /ONU. (1981). *Prevención de incapacidades y rehabilitación: Informe del Comité de Expertos de la OMS en prevención de incapacidades y rehabilitación* (Serie de Informes Técnicos, 668). Ginebra: Autor.
- Ribes Iñesta, E. (1990). *Psicología y salud: Un análisis conceptual*. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca.
- Robinson, H. B., & Robinson, N. M. (1975). Retardamento mental. In P. H. Mussen (Org.), *Carmichael- Psicologia da criança* (Vol. 10, pp. 171-305). São Paulo: EPU.
- Scott, K. G., & Carran, D. T. (1987). The epidemiology and prevention of mental retardation. *American Psychologist*, 42 (8), 801-804.
- Secretaria Estadual de Ações Estratégicas e Planejamento. Departamento Estadual de Estatística. (1993). *Informações municipais do Estado do Espírito Santo*. Vitória, ES: Autor.
- Wallace, H. M. (1976). Economic costs of fetal and perinatal casualties. In R. L. Brent, & M. I. Harris (Eds.), *Prevention of embryonic, fetal and perinatal disease* (DHEW Publication n.º (NHI) 76-853, pp. 19-25). Washington, DC: Government Printing Office.
- Wegman, M. E. (1976). Saúde materno-infantil. In H. R. Leavell & E. G. Clark (Orgs.), *Medicina preventiva* (pp. 366-419). São Paulo: McGraw-Hill; Rio de Janeiro: FENAME.
- World Health Organization. (1977). Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*, 56, 247-253.

*Recebido em 17.12.2001
Modificado em: 12.03.2002
Aceito em 21.03.2002*

PROGRAMA DE APOIO A CUIDADORES: UMA AÇÃO TERAPÊUTICA E PREVENTIVA NA ATENÇÃO À SAÚDE DOS IDOSOS

Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira¹

Depto. de Neurologia e Psiquiatria - Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Nair Isabel Lapenta de Oliveira

Centro de Saúde - Escola - Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Como parte da atenção à saúde dos idosos do Centro de Saúde-Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, elaborou-se um programa de apoio aos seus cuidadores, o qual tem por objetivos gerais: preservar a qualidade de vida dos cuidadores e proporcionar melhores condições de atendimento familiar aos pacientes. O programa consta de 10 a 12 reuniões semanais, com duas horas de duração, coordenadas por duas psicólogas. São utilizadas técnicas psicodramáticas focalizando o papel do cuidador e suas decorrências sociais e emocionais. Informações teóricas são veiculadas por meio de discussões em grupo e recursos audio-visuais. São abordados os seguintes temas: significado e motivações do cuidado prestado, sinais de alerta de desgaste físico e mental do cuidador, possibilidades de se cuidar e solicitar ajuda, formas de melhorar a comunicação diante da deficiência visual, auditiva e cognitiva, formas de favorecer a independência e autonomia e de lidar com os problemas relativos à higiene, mobilidade, agressão, irritação, alucinações e idéias delirantes do idoso. Na primeira reunião de cada grupo (que tem de 10 a 20 participantes) são aplicados uma escala de avaliação do impacto emocional sobre os cuidadores (Zarit et al., 1980) e o SRQ (Self Report Questionnaire - Mari & Willians, 1986) para identificação de distúrbios psiquiátricos, sendo os mesmos reaplicados no final do programa, pretendendo-se verificar possíveis mudanças. Os dados obtidos indicam mudanças favoráveis na expressão de sentimentos, estabelecimento de limites e retomada de atividades de lazer.

Descritores: Idosos. Cuidadores. Cuidado do idoso. Saúde. Qualidade de vida.

¹ Endereço eletrônico: ateresa@fmb.unesp.br

O envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional no mundo, e mais recentemente, também nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, tem colocado o desafio de enfrentar essa nova realidade com soluções criativas e viáveis, especialmente nos países do terceiro mundo.

Esse envelhecimento tem exigido respostas no que diz respeito especialmente às políticas de saúde e políticas sociais dirigidas à população idosa, com o intuito de preservar sua saúde e qualidade de vida, bem como de atendê-la em suas doenças.

Proporcionalmente, a faixa etária de 60 anos ou mais é a que mais cresce. Projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciam que os idosos no Brasil, no período de 1950 a 2025 deverá ter aumentado em 15 vezes, enquanto o restante da população em cinco. Assim, o Brasil será o 6.º país quanto ao contingente de idosos em 2025 devendo ter cerca de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos.

Essa transição demográfica ocorreu lentamente nos países desenvolvidos, acompanhando a elevação da qualidade de vida, graças à possibilidade de inserção das pessoas no mercado de trabalho, de oportunidades educacionais favoráveis, de boas condições sanitárias, alimentares, ambientais e de moradia (Ministério da Saúde [MS], 2000). No entanto, no Brasil e em outros países latino-americanos, esse processo foi rápido, observando-se uma retangularização da pirâmide populacional, sem que essa tivesse sido acompanhada de uma melhora na qualidade de vida dessa parcela da população.

No Brasil, esse processo, nitidamente urbano, como afirma Berquó (1992), deve-se tanto à queda da fecundidade, como ao aumento da longevidade, embora essa ainda seja inferior àquela que os brasileiros teriam o direito de possuir.

Ps Países	Posição em 1950	1950	1975	2000	2025	Posição em 2025
China	1º	42	73	134	284	1º
Índia	2º	32	29	65	146	2º
Antiga URSS	4º	16	34	54	71	3º
EUA	3º	18	31	40	67	4º
Japão	8º	6	13	26	33	5º
Brasil	16º	2	6	4	32	6º
Indonésia	10º	4	7	15	31	7º
Paquistão	11º	3	3	7	18	8º
México	25º	1	3	6	17	9º
Bangladesh	14º	2	3	6	17	10º
Nigéria	27º	1	2	6	17	11º

Fonte: Grinblat, 1982

Tabela 1: Evolução da população idosa nos países que terão mais de 16 milhões de pessoas com 60 anos ou mais em 2025 (em milhões).

Constata-se um aumento na expectativa de vida, como pode ser demonstrado pelos dados que se seguem:

1900 – 37,7 anos
 anos 40 – 39 anos
 anos 50 – 43,2 anos
 anos 60 – 55,9 anos
 anos 80 – 63,4 anos

Verifica-se que a expectativa de vida dos anos 90 é ainda inferior à dos países desenvolvidos, que hoje é, no mínimo, de 75 anos. Cabe destacar ainda a diferença de 15 anos entre a expectativa de vida da população do sul e sudeste e a do nordeste brasileiros (Berquó, 1992).

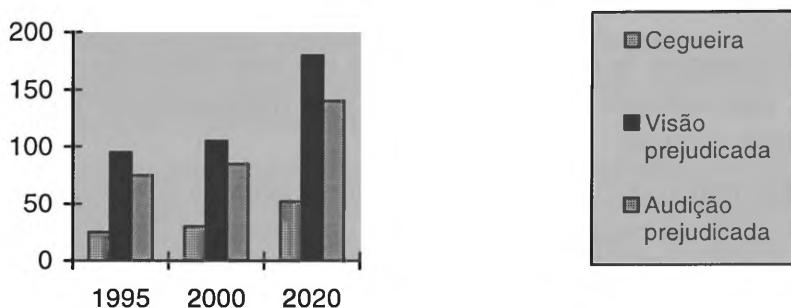
Diante dessas mudanças demográficas, ainda são poucas as respostas do sistema de saúde e de outras políticas sociais, que visem a saúde e o bem-estar social do idoso.

Ramos (1992) enfatiza que, tanto a queda da fecundidade quanto da mortalidade que levaram a esse resultado demográfico, aconteceram desvinculadas de um desenvolvimento social, decorrendo mais da importação da tecnologia e avanços médicos, além da rápida urbanização do país.

Essa constatação acentua o desafio de se proporem políticas de saúde que considerem esses fatos na análise da condição atual de saúde dos idosos, bem como da saúde de quem cuida deles, na grande maioria dos casos seus próprios familiares, uma vez que não se dispõe de equipamentos sociais para fazê-lo.

Assim, antes de focalizar especificamente a preocupação com aqueles que cuidam dos idosos, chama-se atenção para alguns dados apresentados pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization [WHO], 1997). Nesses dados, verifica-se que são graves os problemas de saúde dos idosos no mundo, destacando-se os prejuízos da visão, audição e aqueles decorrentes dos quadros demenciais, os quais podem comprometer muito a autonomia das pessoas acometidas por esses deficiências.

Porém, esses recursos ainda não estão disponíveis e, como apresenta Ramos (1992), o idoso brasileiro permanece sendo cuidado na família, sem a qual o sistema de saúde não daria conta desses cuidados ou estaria ainda mais sobre carregado.



Fonte: World Health Report 1997. WHO, casos em (Milhões)

Tabela 2: Problemas visuais e auditivos na população idosa no mundo, 1995-2020.

- ◆ Mortalidade 200 mil
- ◆ Novos casos 2,6 milhões
(incidência)
- ◆ Todos os casos 29 milhões
(prevalência)
- ◆ Incapacitados 16 milhões

Fonte: World Health Report 1997. WHO

Quadro 1: Situação global das demências, estimativa de 1996.

Estudando os arranjos familiares predominantes em nossa sociedade, Ramos (1992), identificou que:

- 12% de pessoas idosas vivem sozinhas;
- 32% vivem em casas com uma geração (freqüentemente casais);
- 28% vivem em casas com duas gerações (casais ou não);

- 28% vivem em casas com três gerações (casais, ou só um idoso, vivendo com filho casado e pelo menos um neto).

Os arranjos de duas e três gerações são mais freqüentes entre as mulheres, especialmente as viúvas, sendo elas freqüentemente as principais cuidadoras do idoso.

Em estudo realizado no ambulatório de geriatria do Centro de Saúde-Escola (CSE) da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), no qual foram estudados 123 idosos, também constatou-se que há um predomínio de mulheres cuidadoras (73%), especialmente esposas e filhas, (Oliveira, Christovam, Mirara, & Ramos-Cerqueira, 1996) predominando também os arranjos com duas ou mais gerações, sendo que apenas 6% dos idosos viviam sozinhos.

Portanto, diante da necessidade de construir modelos alternativos de cuidados, mas também de oferecer suporte para os cuidadores informais dos idosos, especialmente os familiares, optou-se por oferecer a eles, na estrutura de um serviço público de saúde, um programa de apoio.

Esta proposta está especificamente contemplada na Política Nacional de Saúde do Idoso, no item que se refere ao “Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais”: sugere-se a formação de parcerias entre os profissionais de saúde e as pessoas (na nossa cultura, de forma privilegiada, o familiar) responsáveis pelas atividades da vida diária e pelo seguimento de orientações emitidas pelos profissionais (MS, 2000). Essa diretriz, apresentada naquele documento, indica que a assistência domiciliar aos idosos, cuja capacidade funcional está comprometida, requer orientação, informação e assessoria de especialistas.

Porém, ainda mais que isso, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Idosos recomenda que essas pessoas devem também receber cuidados especiais, considerando que “a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos de tornar doente e igualmente dependente o cuidador”.

Assim, podemos antever que a função de prevenir perdas e agravos à saúde deverá abranger, igualmente, a figura do cuidador, e para tanto devem ser desenvolvidos programas destinados a prevenir a sobrecarga e o impacto emocional negativo que podem afetar a saúde e qualidade de vida de cuidadores de idosos e de outras pessoas dependentes.

A literatura internacional indica, por numerosos trabalhos revistos por Gatz, Bengtson, e Blum (1991) e Zarit (1994), que cuidar de idosos dependentes traz uma variedade de efeitos adversos, e reconhece o impacto emocional vivido por familiares que cuidam de pessoas com doença mental ou outros problemas decorrentes do envelhecimento. Esse impacto emocional ou sobrecarga tem sido definido como: “problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros que familiares apresentam por cuidarem de idosos doentes” (George & Gwyther, 1986).

Zarit (1997) relata que cuidadores apresentam taxas mais altas de depressão e outros sintomas psiquiátricos e podem ter mais problemas de saúde que pessoas, com a mesma idade, que não são cuidadores. Além disso, os cuidadores participam menos de atividades sociais, têm mais problemas no trabalho, e apresentam maior freqüência de conflitos familiares, freqüentemente tendo como foco a forma como eles cuidam do parente comum. Algumas pessoas chegam a apresentar o que tem sido chamado de “erosão do self”, pela forma como submergem no papel de cuidadores (Zarit, 1997).

Apesar dessas constatações, algumas pessoas são capazes de enfrentar mais adequadamente as situações estressantes decorrentes do cuidado prestado. Assim, para propor intervenções, é necessário identificar a variabilidade das respostas aos estressores, para se promover programas que possam ajudar a limitar o impacto que o cuidar pode trazer ou ajudar a identificar e aumentar fatores que possam mediar e reduzir o impacto (Zarit, 1997).

O programa para cuidadores de idosos do programa de geriatria do CSE baseou-se na literatura disponível sobre esse tema, de forma especial em Trocóniz, Cerrato, e Veiga (1997) e em informe da OMS, divulgado pelo *Alzheimer Disease International* (World Health Organization [WHO], 1994), nos relatos de dificuldades enfrentados por familiares de idosos, nos

relatos de dificuldades apresentadas aos geriatras e psicólogos do serviço e na experiência pessoal de alguns profissionais no cuidado com os seus familiares idosos.

Concorda-se com Zarit (1997) que a experiência pessoal e a visão que os profissionais de saúde têm sobre o cuidado com idosos devem ser examinadas, pois podem interferir no julgamento profissional, uma vez que muitos valores interferem nas decisões de como, onde e até quando cuidar do idoso. Assim, como sugere Zarit (1997), o profissional que pretende trabalhar com cuidadores deverá ter entre suas habilidades e conhecimentos:

- familiaridade com os transtornos comuns do envelhecimento e com suas possibilidades de tratamento;
- informações sobre diagnóstico e avaliações dos transtornos do envelhecimento;
- conhecimento sobre as disponibilidades dos serviços de saúde para o idoso doente;
- habilidades clínicas que permitam tanto prover orientação relativa ao comportamento do idoso, como aquelas que permitam levar o cuidador a identificar sentimentos e comportamentos relativos ao idoso, compreendê-los e/ou modificá-los, de modo a resultar em melhora de sua qualidade de vida, e de sua relação com o idoso, com outros familiares e com pessoas do seu convívio.

Para se efetivar o programa², foram estabelecidos os seguintes *objetivos*:

- oferecer condições que favoreçam a preservação da qualidade de vida de cuidadores de idosos;
- proporcionar condições para melhorar o cuidado oferecido aos idosos.

Para viabilizar esses objetivos, estabeleceram-se as seguintes *condições*:

- divulgação da proposta entre os geriatras, médicos clínicos, enfermeiras do programa de atenção à saúde dos idosos, solicitan-

2 Este programa passou a ser denominado no CSE de “Curso para Cuidadores de idosos”.

- do que encaminhassem para “o curso” familiares cuidadores de idosos do programa de geriatria do CSE;
- convocação dos cuidadores e apresentação da proposta do curso.

Quanto ao seu *funcionamento*, estabeleceu-se que o curso ocorreria durante 12 semanas, com reuniões semanais de duas horas, coordenado por duas psicólogas, e com participação de convidados para temas específicos, de caráter mais informativo.

Os grupos são compostos de 8 a 12 participantes, mas há grupos constituídos de 10 a 20, sem prejuízo das atividades. São só de mulheres, geralmente as cuidadoras.

Para abordar os diferentes temas utilizou-se apresentação oral, com recursos audio-visuais, atividades práticas (relaxamento, demonstração de técnicas) e técnicas psicodramáticas.

O Programa

Para atender os objetivos descritos, o programa focaliza tanto o cuidador como os cuidados prestados e divide-se em módulos.

Módulos Centrados no Cuidador

Esses módulos pretendem permitir a expressão de sentimentos, estimular o compartilhar de experiências, o relato de dificuldades, e oferecer acolhimento para os sentimentos e para as dificuldades relatadas, além de orientações e sugestões para lidar com elas.

Para propiciar essas experiências, inicia-se o curso com perguntas:

I - Porque cuidamos de nossos familiares?

- Quem são os cuidadores?
- Quais as suas características?
- Por que são eleitos?
- Quem os ajuda?

- Por quanto tempo se cuida?
- Como era o relacionamento com o idoso antes de sua doença ou dependência?
- Onde cuidar?

II - Que consequências são atribuídas à sobrecarga decorrente do cuidado prestado?

- físicas
- psicológicas
- familiares
- no trabalho
- econômicas
- no lazer

III - Que sentimentos são despertados pelo cuidar?

- raiva
- culpa
- sentimentos de perda e luto
- solidão

Nas discussões dessas perguntas procura-se identificar os sentimentos mais comuns, como raiva, culpa, sentimentos de perda e luto, solidão, estimular dramatizações, apresentação de imagens que permitam avançar do nível do relato verbal, mais defensivo, para expressões mais profundas e verdadeiras, sempre procurando acolher, favorecer o compartilhar, e propor mudanças que aliviem a sobrecarga.

Após esses módulos, que ocorrem em duas ou três reuniões, iniciam-se módulos mais informativos denominados: módulos centrados no cuidado e módulos centrados na relação.

Módulos Centrados no Cuidado

Nesses módulos, são convidados outros profissionais para abordarem os seguintes tópicos:

- o envelhecimento: aspectos biológicos, psicológicos e sociais (médico);
- cuidados de enfermagem para o idoso (enfermeira);
- aspectos nutricionais do idoso (nutrólogo);
- recursos da Terapia Ocupacional, Fisioterapia e Fonoaudiologia (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e fonoaudióloga) no tratamento do idoso.

Módulos Centrados na Relação

Nesses módulos são abordados os principais problemas na relação com os familiares e são discutidas propostas para superá-los. Incluem:

I - A comunicação com os familiares:

- problemas visuais interferindo na comunicação;
- problemas auditivos interferindo na comunicação;
- a demência como limitação à comunicação;
- como favorecer a autonomia e preservar a auto-estima;
- como transmitir afeto.

II - O enfrentamento dos problemas difíceis:

- higiene pessoal
- mobilidade
- agressão e raiva
- insônia
- inatividade e tristeza
- depressão
- agitação
- deambulação excessiva
- alucinações e idéias delirantes

Nesses módulos incentiva-se a identificação de atuações que melhoram a qualidade do cuidado, porém sempre observando o limite para não culpabilizar o cuidador e poder acolher as suas dificuldades.

Para discutir alguns desses tópicos, convida-se um psiquiatra, que apresenta as características psicopatológicas dessas manifestações (especialmente aquelas decorrentes da demência e depressão).

São discutidos possíveis manejos comportamentais desses problemas, a necessidade ou não de medicação e os riscos da medicação excessiva.

Para finalizar, o curso retoma “O Cuidado com o Cuidador”, e são apresentados os sinais de alerta de manifestações da sobrecarga, tais como: distúrbios de sono, perda de energia, fadiga crônica, isolamento, uso abusivo de substâncias, fumo, problemas físicos, alteração de memória, baixa concentração, agressividade, dificuldade de concentração. Incentiva-se a busca de formas de cuidar-se, de pedir ajuda, de buscar serviços especializados, estabelecer limites, planejar o futuro e cuidar da própria saúde. Propõe-se a criação e integração em grupos de auto-ajuda e a organização em grupos para reivindicação de direitos sociais e à assistência médica.

Avaliação

Têm sido utilizadas, no início e ao final do programa, medidas que permitem avaliar os cuidadores segundo a sobrecarga (*burden*) da atividade de cuidar e a presença de sintomas psiquiátricos.

Para isso escolheu-se a *The Zarit Burden Interview* (Zarit, Reever, & Back-Peterson, 1980), uma escala, com 22 ítems, que avalia o impacto percebido do cuidar sobre a saúde física e emocional, atividades sociais e condição financeira. As respostas aos 22 ítems devem ser dadas segundo uma escala de cinco pontos, que descrevem como cada afirmação afeta a pessoa. Quanto maior a pontuação obtida, maior é o peso percebido pelo cuidar.

Utilizou-se também o SRQ (Self Report Questionnaire) desenvolvido por Harding, Arango, e Baltazar (1980) e validada no Brasil por Mari e Willians (1986), para identificação de sintomas psiquiátricos.

Escalas	SRQ - Porcentagem de possíveis casos		Zarit -Pontuação		
	Cursos	Antes	Após	Antes	Após
I		-	-	17,4	13,5
II		56,3%	37,5%	37,1	36,6
III		33,3%	50,0%	30,5	25,7
IV		50,0%	66,7%	26,6	30,0

Tabela 3: Resultados do SRQ (Harding et al., 1980) e Zarit Burden Interview (Zarit et al., 1980) No início e ao final do curso de cuidadores.

Verificou-se que os cuidadores que participaram dos quatro cursos já oferecidos, apresentaram uma pontuação alta na entrevista de Zarit et al. (1980). Uma alta porcentagem dos cuidadores (com exceção daqueles do primeiro curso, quando ainda não se utilizava essa escala) obteve uma pontuação acima do ponto de corte (Mari & Willians, 1986) no SRQ, indicando presença de sintomas psiquiátricos que se mantiveram os mesmos ou até aumentaram no final do programa com resultados semelhantes aos encontrados em pacientes internados em hospitais gerais (Lipowski, 1977; Smaira, 1999).

Diferenças entre os resultados do primeiro e os demais grupos podem ser atribuídas à composição dos mesmos. O primeiro caracterizou-se por ser composto de cuidadores de idosos com múltiplos diagnósticos clínicos, mas que não apresentavam sintomas de depressão e demência, e nem outros problemas comportamentais, o que sugere que a maior sobrecarga parece ser decorrente do enfrentamento desse tipo de problemas. Outros estudos que utilizaram a Zarit Burden Interview para avaliar cuidadores de idosos com

demência e problemas comportamentais encontraram médias inferiores às obtidas no presente estudo, e também sugerem que os distúrbios comportamentais dos idosos tendem a aumentar a sobrecarga dos cuidadores (Arai et al., 1997; Hirono, Kobayashi, & Mori, 1998; Mangoni et al., 1993).

Uma análise específica dos ítems da escala de Zarit et al. (1980), indica uma diminuição da pontuação em alguns ítems, mas um aumento naqueles referentes à expressão e sentimentos, o que parece sugerir que, após o curso, as pessoas ou identificavam melhor seus sentimentos ou tinham “mais coragem” de expressá-los, talvez pela possibilidade de compartilhá-los com outras pessoas, num clima de acolhimento, identificação e ausência de críticas.

Relatos durante as reuniões do grupo sugerem que o peso sentido parece ser maior ou menor dependendo da qualidade da relação anterior com o idoso, da possibilidade de dividir o cuidado, da existência de apoio social e do maior ou menor comprometimento da autonomia do idoso, sendo a situação financeira um fator facilitador ou agravante da situação.

Estas observações sugerem novas direções para pesquisa na área, especialmente no sentido de se identificarem intervenções efetivas, de se padronizarem medidas para avaliação da sobrecarga, relacionando-as com medidas do prejuízo funcional e alterações comportamentais dos idosos, como sugerido por Thompson e Briggs (2000) numa revisão crítica dos programas para cuidadores de pessoas com demência tipo Alzheimer. Além disso propõe-se a necessidade de ampliação de programas como o relatado, além da necessidade de implementarem parcerias para a implantação de cuidados alternativos, tais como os preconizados pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos idosos, mas que ainda são muito escassos.

Relata-se ainda que a partir dessa experiência organizou-se uma Associação constituída por mulheres cuidadoras, que se articularam e constituíram uma parceria com a Universidade (por meio do CSE) e Prefeitura para o planejamento e instalação de um Centro-Dia para idosos da cidade de Botucatu, modelo pioneiro desse tipo de cuidado nesta cidade.

Cerqueira, A. T. A. R., & Oliveira, N. I. L. (2002). A Support Program for Caregivers: A Therapeutic and Preventive Action in the Health Care of the Elderly. *Psicologia USP*, 13 (1), 133-150.

Abstract: As a part of the elderly health care from the Health Center of Botucatu Medical School (UNESP – São Paulo – Brazil), a support program for caregivers has been made, with the following general aims: to preserve the caregivers' quality of life and to improve conditions of family assistance for the patients. This program has a two-hour meeting once a week for 10 to 12 weeks, coordinated by two psychologists. Psychodramatic techniques are used, focusing on the caregiver's role and its social and emotional consequences. Theoretical information is given through group discussions and audio-visual resources. Themes that are discussed include: motivation and meaning of caregiving; warning signals of physical and emotional tiredness of the caregivers; the elderly' possibilities of taking care of themselves and asking for help; ways of improving the communication in case of visual, auditory or cognitive deficiencies; ways of favoring independence and autonomy; and ways to deal with problems related to hygiene, mobility, aggression, irritation, hallucinations and delusional ideas of the elderly. In the first meeting of each group (composed by 10 to 20 members), two scales are applied: a scale for evaluation of the emotional impact (burden) on the caregivers (Zarit et al., 1980) and the Self Report Questionnaire – SRQ – (Mari and Williams, 1986) which identifies possible psychiatric disorders. These scales are reapplied at the end of the program, in order to check possible changes. The obtained data indicate favorable changes in the expression of emotions, establishment of limits and a return to leisure activities.

Index terms: Elderly. Caregivers. Elder care. Health. Quality of life.

Cerqueira, A. T. A. R., & Oliveira, N. I. L. (2002). Un Programme d'appui aux Soignants des Personnes Âgées: Une Action Thérapeutique et Préventive Dans les Soins de Santé aux Personnes Âgées. *Psicologia USP*, 13 (1), 133-150.

Résumé: Dans le cadre du service de gériatrie du Centre de Santé-école de la faculté de médecine de Botucatu (Université de São Paulo), a été établi un programme d'appui à ces soignants avec les objectifs suivants: préserver leur qualité de vie et favoriser de meilleures conditions familiales aux patients. Le programme comprend de 10 à 12 réunions par semaine, de

deux heures de durée, coordonnées par deux psychologues. On utilise des techniques de psychodrame centrées sur le rôle du soignant et leurs conséquences sociales et émotionnelles. Les informations théoriques sont transmises au moyen de discussions de groupe et de moyens audiovisuels. Les thèmes suivants sont abordés : signification et motivation du soin donné, signaux d'alertes de fatigue physique et mentale du soignant, les possibilités de se traiter et de demander de l'aide, une méthode d'amélioration de la communication face à une déficience visuelle, auditive et cognitive, une méthode pour favoriser l'indépendance et l'autonomie et surmonter les problèmes relatifs à l'hygiène, la mobilité, l'agression, l'irritation, les hallucinations et les idées délirantes de la personne âgée. Au cours de la première réunion de chaque groupe (qui comprend de 10 à 20 participants) on applique une échelle d'évaluation de l'impact émotionnel sur les soignants (Zarit et al., 1980) et le SRQ (Self Report Questionnaire - Mari and Williams, 1986) qui identifient des désordres psychiatriques. Ces échelles sont reproduites à la fin du programme, pour observer d'éventuelles modifications. Les données obtenues indiquent des changements favorables dans l'expression d'émotions, l'établissement de limites et de retour à des activités de loisirs.

Mots-clés: Personnes âgées. Soignants. Soins aux personnes âgées. Santé. Qualité de vie.

Referências

- Arai, Y., Kudo, K., Kosokawa, T., Washio, M., Miura, H., & Hisamichi, S. (1997). Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 51 (5), 281-287.
- Berquo, E. (1992). Envelhecimento populacional no Brasil e suas consequências. In D. M. Pereira (Org.), *Idoso: Encargo ou patrimônio?* (pp. 51-59). São Paulo: Corpo Municipal de Voluntários.
- Gatz, M., Bengtson, V. L., & Blum, M. G. (1991). Caregiving families. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (3rd ed., pp. 405-426). San Diego, CA: Academic Press.
- George, L. K., & Gwyther, L. P. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26, 253-259.
- Grinblat, J. (1982). Aging in the world: demographic determinants, past trends and long-term perspective to 2075. *World Health Statistics Quarterly*, 35 (3/4), 124-132.

- Harding, T. W., Arango, M. V., & Baltazar, J. (1980). Mental disorders in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicina, 10*, 231-241.
- Hirono, M., Kobayashi, H., & Mori, E. (1998). Caregiver burden in dementia: Evaluation with a Japanese version of Zarit Caregiver Burden Interview. *No To Shinkei, 50* (6), 561-567.
- Lipowski, Z. J. (1977). Consultation-liaison psychiatry: An overview. *American Journal of Psychiatry, 134* (3), 233-244.
- Mangone, C. A., Sanguinetti, R. M., Baumann, P. D., Gonzalez, R. C., Pereyra, S., Bozzola, F. G., Gorelick, P. B., & Sica, R. E. (1993). Influence of feelings of burden on caregiver's perception of the patient's functional status. *Dementia, 4* (5), 287-293.
- Mari, J., & Willians, P. A. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry, 148*, 23-26.
- Ministério da Saúde. (2000). *Política nacional de atenção à saúde dos idosos*. Documento disponível no site do Ministério da Saúde, Brasil: <http://www.saude.gov.br>
- Oliveira, N. I. L., Christovan, J. C., Mirara, T. H., & Ramos-Cerqueira, A. T. A. (1996). Perfil socio-demográfico de pacientes idosos do centro de Saúde-Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. In *Anais da IX Jornada de Geriatria e Gerontologia*. Botucatu, SP: UNESP.
- Ramos, L. R. (1992). Envelhecimento populacional: um desafio à saúde pública. In D. M. Pereira (Org.), *Idoso: Encargo ou patrimônio?* (pp. 60-72). São Paulo: Corpo Municipal de Voluntários.
- Smaira, S. (1999). *Transtornos psiquiátricos e solicitações de interconsulta psiquiátrica em Hospital geral: Um estudo de caso-controle*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Thompson, C., & Briggs, M. (2000). Support for carers of people with Alzheimer's type dementia. *Cochrane Database System Review*. CD000454.
- Trocóniz, M. I. F.; Cerrato, I. M., & Veiga, P. D. (1997). *Quando las personas mayores necesitam ayuda: Guia para cuidadores y familiares* (2 vols.). Madrid: España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO.
- World Health Organization. (1994). *Ayuda para cuidadores de personas con demencia*. Department of Change and Mental Health. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1997). *World Health Report*.

Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira e Nair Isabel Lapenta de Oliveira

- Zarit, S. H. (1994). Research perspective on family caregiving. In M. Cantor (Ed.), *Family caregiving: Agenda for the future* (pp. 9-24). San Francisco, CA: American Society for Aging.
- Zarit, S. H. (1997). Interventions with family caregivers. In S. H. Zarit & B. G. Knight (Eds.), *A guide to Psychotherapy and Aging* (pp. 139-159). Washington, DC: American Psychological Association.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Back-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655.

*Recebido em 17.12.2001
Aceito em 5.02.2002*

PSICO-ONCOLOGIA: HISTÓRIA, CARACTERÍSTICAS E DESAFIOS

Maria Margarida Carvalho¹

Este artigo visa oferecer uma visão da Psico-oncologia, através de um resumo da história, do campo de ação e dos problemas específicos da área. Os primeiros estudos da ligação corpo e mente no câncer tiveram início na Grécia, mas esta visão foi abandonada até o século XIX quando Freud voltou a mostrar que o psíquico podia ocasionar processos físicos. A Medicina Psicossomática, a Medicina e a Psicologia Comportamental e a Psicologia da Saúde abriram o caminho para a Psico-Oncologia, hoje muito apoiada pela Psiconeuroimunologia. As características específicas dos psico-oncologistas brasileiros, bem como a sua forma de atuação levaram a uma definição baseada na nossa cultura e realidade. E levaram ao desenvolvimento atual deste campo em nosso meio. Os profissionais da área, entretanto, ainda se vêem frente a uma série de desafios, seja internos, no conteúdo da Psico-Oncologia, seja na afirmação de seu campo de trabalho.

Descritores: Psico-oncologia. Câncer.

A Oncologia é, segundo Yamagushi (1994),

a ciência que estuda o câncer e como ele se forma, instala-se e progride, bem como as modalidades possíveis de tratamento. O médico que cuida dos aspectos clínicos é chamado oncologista clínico. Além deste, outros profissionais envolvidos no tratamento são o cirurgião oncológico, o radioterapeuta e o psicólogo, que participam de uma equipe multidisciplinar. (p. 21)

¹ Endereço para correspondência: Rua José Pereira de Queiroz, 46 - CEP 01241-180 – São Paulo, SP. Endereço eletrônico: maguimjc@terra.com.br

A colocação de Yamagushi passa a ser oficial, no tocante a psicólogos na equipe, a partir da publicação da Portaria nº 3.535 do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União, em 14/10/1998. Esta portaria determina a presença obrigatória do psicólogo nos serviços de suporte, como um dos critérios de cadastramento de centros de atendimento em Oncologia junto ao SUS.

Esta participação hoje considerada necessária traz à tona todo um processo de desenvolvimento da área denominada Psico-Oncologia, com seu histórico, suas características e seus desafios.

Breve Histórico

A noção de que o corpo e a mente são partes de um organismo e que a saúde é fruto deste equilíbrio entre as partes do indivíduo e deste com o meio ambiente, já estava presente nos pais da Medicina Ocidental, Hipócrates e Galeno. Este chegou a observar que mulheres deprimidas apresentavam maior incidência de câncer.

Embora na Medicina Oriental o homem sempre tivesse sido visto como uma unidade indivisível, no Ocidente esta unidade desapareceu por um longo tempo. Na Idade Média houve uma separação entre corpo e alma e predominou a noção de que as doenças eram punições divinas, devido à grande influência da religião. No Renascimento, o impacto da proposição de Descartes separando *res cogitans* (mente) e *res estensa* (corpo) permitiu um grande avanço científico no estudo das doenças do corpo. Mas permitiu também a visão do homem como um composto de partes separadas. A visão cartesiana deu origem “ao modelo biomédico, o qual propõe que as doenças podem ser explicadas por distúrbios em processos fisiológicos, que surgem a partir de desequilíbrios bioquímicos, infecções bacterianas, víroíticas ou outras e independem de processos psicológicos e sociais” (Carvalho, 1998, p. 116).

No final do século XIX a integração mente-corpo foi retomada por Freud, em seus “Estudos sobre Histeria”. Ele demonstrou que acontecimen-

tos psíquicos podiam ter consequências orgânicas e abriu caminho para que inúmeras pesquisas buscassem as inter-relações entre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Esta linha de pensamento e ação deu origem ao modelo biopsicossocial na Medicina, que ganha cada vez mais adeptos, mas ainda encontra resistência na Medicina tradicional.

O trabalho de Freud e as contribuições de Jung propiciaram o desenvolvimento de um campo de estudos, pesquisa e atuação, denominado Medicina Psicossomática. A oficialização desta área ocorreu com a fundação da *American Psychosomatic Medicine Association*, em 1939. Muitas outras linhas teóricas vieram para contribuir para o fortalecimento do conceito de Psicossomática, passando este termo a significar, na literatura científica atual, a interrelação entre mente e corpo.

Os estudos de Pavlov mostrando a possibilidade da utilização de condicionamentos na modificação de determinados comportamentos e estas modificações podendo ser usadas como forma de tratamento, impulsionaram a criação das áreas denominadas Medicina Comportamental e Psicologia Comportamental. Na década de 70 teve início a publicação da *Journal of Behavior Medicine*, cuja finalidade era a integração das pesquisas das Ciências Sociais e Biomédicas e sua aplicação nos tratamentos médicos.

Em 1970, a Associação Americana de Psicologia criou a divisão de Psicologia da Saúde e no início dos anos 80 começou a ser publicada a *Revista de Psicologia da Saúde*. Esta área se propunha a: a) promoção e manutenção da saúde; b) prevenção e tratamento de doenças; c) identificação da etiologia e diagnósticos; d) atuação no sistema de política social da saúde.

Esta oficialização da atuação do psicólogo na saúde veio consolidar um movimento que já ocorria em consultórios e hospitais com o atendimento psicológico de portadores de enfermidades. Tem-se notícia de unidades psiquiátricas e de cuidados com aspectos psicológicos em hospitais gerais desde 1902, quando os médicos começaram a se interessar pelos conceitos da Psicossomática. Em São Paulo, a psicóloga Matilde Neder foi contratada em 1954, para trabalhar no setor infantil da Clínica Ortopédica e Traumatólogica do Hospital das Clínicas da FMUSP. Os médicos do setor sentiram

necessidade do auxílio psicológico no trato com as crianças operadas e deram início a um processo de contratação de psicólogos, hoje presentes em muitos outros setores desse hospital, bem como em muitos outros hospitais no Brasil.

Mas as equipes formadas por psiquiatras e psicólogos só começaram a ser requisitadas pelos oncologistas a partir da década de 70, inicialmente com o objetivo de auxiliar o médico na dificuldade da informação do diagnóstico de câncer ao paciente e sua família.

Em 1981, a publicação do livro de Robert Adler, denominado *Psiconeuroimunologia* deu início a uma nova disciplina que congrega a pesquisa científica do complexo campo das interligações entre os sistemas endócrino, imunológico e nervoso. Na sua amplitude maior, a Psiconeuroimunologia visa estudar a interrelação mente-corpo através dos mecanismos pelos quais os sistemas psicológico e fisiológico se comunicam.

A Psico-Oncologia tem, na sua história remota, a contribuição direta de Galeno e, na sua história recente, além das contribuições citadas, todos os desenvolvimentos nos próprios campos da Psiquiatria e da Psicologia. Na medida em que estas áreas foram contribuindo cada vez mais para o conhecimento profundo do ser humano e desenvolvendo diferentes formas de tratamentos, foram se delineando as linhas de trabalho junto ao paciente oncológico.

Por outro lado, o próprio desenvolvimento da Medicina no tocante ao entendimento das enfermidades oncológicas, bem como a descoberta de tratamentos novos, foram modificando, a partir do início do século XX, a visão do câncer como sentença de morte. As primeiras cirurgias, possibilitadas pela descoberta da anestesia, começaram a permitir a retirada de tumores, o que abriu caminho para possibilidades de cura. Novas informações sobre as causas e os processos de câncer e novos tratamentos – radioterapia, quimioterapia, imunoterapia e outros – começaram a modificar o panorama da doença, trazendo esperança de maior sobrevida e cura, em um grande número de casos.

O câncer e a Psico-Oncologia

Câncer ou enfermidades oncológicas são denominações utilizadas para descrever um grupo de doenças que se caracterizam pela anormalidade das células e sua divisão excessiva. Existe uma grande variedade de tipos de câncer. Por exemplo o carcinoma, que surge nos tecidos epiteliais; o sarcoma, que ocorre nas estruturas de tecidos conectivos, como ossos e músculos; a leucemia que se origina na medula óssea e afeta o sangue; o melanoma que é um câncer de pele; e muitos outros (Carvalho, 2000).

Provavelmente, todos os diferentes tipos de câncer não têm uma única causa, mas sim uma etiologia multifatorial (Hugues, 1987). Para que a doença ocorra, parece ser necessária uma operação conjunta de vários fatores tais como, a predisposição genética, a exposição a fatores ambientais de risco, o contágio por determinados vírus, o uso do cigarro, a ingestão de substâncias alimentícias cancerígenas, e muitos outros (Trichopoulos, Li, & Hunter, 1996).

Acredita-se também na possibilidade de contribuições psicológicas no crescimento do câncer. Inúmeros pesquisadores vêm estudando possíveis efeitos de estados emocionais na modificação hormonal e desta na alteração do sistema imunológico (Bovbjerg, 1990). A relação entre o estresse e a depressão com o enfraquecimento do sistema imunológico e esta situação favorecendo o desenvolvimento de formações tumorais foram amplamente analisadas por Le Shan (1992), Simonton, Simonton e Creighton (1987) e pioneiros nos estudos dos aspectos psicológicos envolvidos nos processos de câncer.

Le Shan (1992) e Simonton et al. (1987) começaram também a cuidar dos pacientes, propondo formas de apoio psicossocial e psicoterápico ao doente e seus familiares, todos sob o impacto do diagnóstico de câncer e suas consequências. Seus trabalhos mostram a possibilidade de auxílio no encontro de uma melhor forma de enfrentamento do câncer e a obtenção de uma melhor qualidade de vida. E mostram também que, através de novas atitudes, comportamentos mais saudáveis, modificação de valores, em conjunto

com o tratamento médico, muitas pessoas modificaram o rumo de suas vidas e chegaram a uma sobrevida maior e mesmo a casos de cura.

Holland (1996), psiquiatra do *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* em Nova Iorque, outra importante pioneira na área, começa na década de 70 um serviço de atendimento, pesquisa e treinamento de psiquiatria e psicologia. Seu trabalho buscava responder as seguintes questões:

O que são respostas normais ao câncer? Quais são anormais, refletindo um sofrimento que possa interferir no plano de tratamento? Qual a prevalência de problemas psicológicos que indicam a necessidade de psicoterapia? As reações emocionais afetam o curso da enfermidade negativa ou positivamente? Quais as intervenções e métodos de enfrentamento que podem reduzir o sofrimento? (p. 122)

Através de questionários, Holland buscou medir o funcionamento físico, psicológico, social, sexual e no trabalho, comparando com estes funcionamentos na ausência da doença. E buscou melhorar a qualidade de vida em seu conjunto, em seus pacientes.

Estes, entre outros trabalhos, foram estabelecendo a fundamentação da Psico-Oncologia, que foi definida por Holland (1990) como

uma subespecialidade da Oncologia, que procura estudar as duas dimensões psicológicas presentes no diagnóstico do câncer: 1) o impacto do câncer no funcionamento emocional do paciente, sua família e profissionais de saúde envolvidos em seu tratamento; 2) o papel das variáveis psicológicas e comportamentais na incidência e na sobrevivência ao câncer. (p. 11)

A criação da Associação Internacional de Psico-Oncologia, pela própria Holland, veio a oficializar esta definição.

No Brasil, o movimento da Psico-Oncologia tomou vulto a partir da reunião dos profissionais da saúde em eventos voltados para o desenvolvimento da área (Gimenes, Carvalho, & Carvalho, 2000). Havia profissionais oferecendo atendimento psicossocial grupal em instituições particulares e outros ainda, oferecendo apoio e desenvolvendo pesquisas em hospitais particulares, governamentais e universitários.

O primeiro “Encontro Brasileiro de Psico-Oncologia” ocorreu em 1989 em Curitiba, o segundo em Brasília e o terceiro em São Paulo, o qual recebeu a denominação de *I Congresso Brasileiro de Psico-Oncologia*. vieram em seguida os Congressos de Salvador e Goiânia. O grande número de profissionais presentes e a seriedade dos trabalhos apresentados demonstraram um grande desenvolvimento deste campo em nosso meio, embora muito ainda esteja por fazer e haja ainda uma grande necessidade de divulgação desta área.

A Comissão Organizadora do Congresso em São Paulo sentiu a necessidade de uma maior divulgação da área e criou um Curso de Extensão em Psico-Oncologia no Instituto Sedes Sapientiae em 1993. Este curso evoluiu para um curso de Especialização em Psico-Oncologia, em 2 anos, no mesmo Instituto, o qual teve início em 1998.

Por ocasião do Congresso de São Paulo, em 1994, foi sentida a necessidade de que se formulasse uma definição brasileira de Psico-Oncologia, compatível com as características da nossa cultura, do nosso sistema de saúde e do desenvolvimento que vinha ocorrendo até então, observado através das apresentações de trabalhos nos encontros anteriores.

Embora a Psico-Oncologia seja uma área de atuação multidisciplinar, em nosso país ela tem sido desenvolvida principalmente por psicólogos. Cerca de 70% da freqüência aos Congressos e a maioria das contribuições a estes tem sido de psicólogos.

Esta realidade levou Gimenes (1994) a formular uma definição que se oficializou também neste ano, com a fundação da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia:

A Psico-Oncologia representa a área de interface entre a Psicologia e a Oncologia e utiliza conhecimento educacional, profissional e metodológico proveniente da Psicologia da Saúde para aplicá-lo:

1º) Na assistência ao paciente oncológico, sua família e profissionais de Saúde envolvidos com a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a fase terminal da doença;

2º) Na pesquisa e no estudo de variáveis psicológicas e sociais relevantes para a compreensão da incidência, da recuperação e do tempo de sobrevida após o diagnóstico do câncer;

3º) Na organização de serviços oncológicos que visem ao atendimento integral do paciente, enfatizando de modo especial a formação e o aprimoramento dos profissionais da Saúde envolvidos nas diferentes etapas do tratamento. (p. 46)

Atualmente sabe-se que cerca de 60% das formas de câncer são preveníveis, o que torna o trabalho de prevenção de especial importância e indica o valor de uma política social de saúde, com atuação comunitária. O trabalho psicológico, seja de apoio, aconselhamento, reabilitação ou psicoterapia individual e grupal, tem facilitado a transmissão do diagnóstico, a aceitação dos tratamentos, o alívio dos efeitos secundários destes, a obtenção de uma melhor qualidade de vida e, no paciente terminal, de uma melhor qualidade de morte e do morrer.

O uso de técnicas de visualização e relaxamento tem-se revelado de grande utilidade, levando a resultados surpreendentes de melhora física, segundo inúmeras pesquisas apresentadas em congressos (Carvalho, 1994). Grupos de atendimento psicossocial, conduzidos com a finalidade de melhorar a qualidade de vida, levaram a resultados de prolongamento de tempo de vida (Spiegel, Bloom, Kraemer, & Gottheil, 1989; Spiegel, Bloom, & Yalom, 1981). Participantes de grupos de aconselhamento mostraram menos depressão, mais vigor físico, aumento de sistema imunológico e melhores formas de enfrentamento do câncer, comparando com grupos de controle (Fawsy et al., 1990; Fawsy et al., 1993).

Em São Paulo, o atendimento através do Programa Simonton no CORA (Centro Oncológico de Recuperação e Apoio), que vem ocorrendo desde 1987, tem levado a resultados de pesquisas semelhantes aos encontrados em outros países (Carvalho & Nogueira, 1995, 1996). Esta é uma modalidade de atendimento psicossocial a pacientes e familiares, realizada em grupo temático, com duração pré-determinada. Em outras cidades do Brasil, onde este programa vem sendo desenvolvido, também têm sido encontrados

resultados muito favoráveis no auxílio à recuperação do paciente oncológico e ao seu bem estar psíquico (Carvalho, 1998b).

A ajuda psicológica às famílias, também sofredores nos seus medos e angústias, no seu despreparo frente à doença, na sobrecarga nas suas funções e tantos outros transtornos, tem sido considerada como essencial, nas pesquisas da área. A boa comunicação entre pacientes e familiares, bem como o apoio que os familiares possam oferecer ao paciente, têm sido considerados de maior importância para os pacientes.

Por sua vez, os profissionais de Saúde que atendem os pacientes oncológicos, responsáveis por tratamentos invasivos, mutiladores, agressivos, que infringem grande sofrimento e nem sempre levam à recuperação e cura, também necessitam ajuda psicológica. Os profissionais de Saúde apresentam, em grande número, um alto nível de estresse.

Desafios

Por todas as etapas do processo de desenvolvimento da Psico-Oncologia, os desafios estiveram presentes. E, em menor escala, continuam presentes até este momento.

A corrente dentro da Medicina que pensa o câncer como uma enfermidade do corpo é ainda muito poderosa e atuante. Os seguidores do modelo biomédico repudiam qualquer tentativa de encontrar interrelações psicosomáticas na origem e no processo de câncer. Contestam esta posição com pesquisas detalhadas sobre mutações genéticas e alterações moleculares. E, se depressão e ansiedade estiverem presentes no quadro clínico do paciente, os psiquiatras seguidores da Psiquiatria Biológica tratam com medicamentos, não valorizando o apoio psicoterápico. Para estes, a Psiquiatria Psicodinâmica não é uma verdadeira Psiquiatria médica (Bettarello, 1998).

Esta divisão entre diferentes posições teóricas tem dificultado uma visão unificada do homem e a integração de tratamentos. E deixa em aberto toda uma série de questões: porque uma determinada célula, em determina-

do momento, sofre uma mutação que a leva a uma proliferação inadequada e descontrolada? Porque em situações de exposição a elementos químicos altamente cancerígenos algumas pessoas desenvolvem um câncer e outras não? Porque nem todos os fumantes desenvolvem um câncer, sendo o cigarro comprovadamente cancerígeno? Através exatamente de que processos ocorre a interferência do sistema imunológico no câncer? O que explica o efeito placebo? E as remissões espontâneas, conhecidas por todos os médicos? Qual o papel da fé nas curas inexplicáveis? Estas e inúmeras outras perguntas apenas serão respondidas através de uma compreensão mais ampla do ser humano e de como realmente funciona o seu organismo.

O diagnóstico do câncer tem usualmente um efeito devastador. Ele ainda traz a idéia de morte, embora atualmente ocorram muitos casos de cura. Traz o medo de mutilações e desfiguramento, dos tratamentos dolorosos e das muitas perdas provocadas pela doença. Esta situação de sofrimento conduz a uma problemática psíquica com características específicas. Os processos emocionais desencadeados nestes pacientes exigem um profissional especializado, o que leva à especificidade da Psico-Oncologia e a diferencia da Psicologia Hospitalar.

Um levantamento feito por mim dos termos usados nos artigos de revistas de Psico-Oncologia e nos trabalhos apresentados em congressos nacionais e internacionais, revela o seguinte quadro:

Problemática intrapsíquica – ansiedade, depressão, medo, raiva, revolta, insegurança, perdas, desespero, mudanças de humor e esperança.

Problemática social – isolamento, estigma, mudança de papéis, perda de controle, perda de autonomia.

Problemática relacionada ao câncer – processo da doença, mutilações, tratamentos, dor, efeitos colaterais, relação problemática com o médico.

Em maior ou menor número, em diferentes momentos do processo da enfermidade, o paciente apresenta um ou vários destes aspectos. E todos eles evidenciam a importância do apoio psicológico. Os profissionais que atuam na Psico-Oncologia são seguidores de várias linhas teóricas – psicanálise, análise, gestáltica, cognitiva, comportamental – tendo como ponto de união

o atendimento aos aspectos citados. Ou seja, o ponto de união desta área é o paciente de câncer. Suas dificuldades, necessidades, problemas precisam ser atendidos, seja facilitando um melhor enfrentamento da doença e permitindo uma convivência melhor com ela, seja melhorando o estado psicológico e este levando a um melhor estado geral orgânico, auxiliando na recuperação e na cura, se possível. A variedade de origens teóricas tem trazido também alguns conflitos na forma da condução do processo psicoterápico. Por exemplo, deve-se focalizar o câncer e suas consequências, em uma terapia breve focal, ou buscar nas origens da personalidade do paciente, explicações para o próprio desenvolvimento do câncer?

Esta pergunta nos remete a um outro desafio – existe uma personalidade típica do paciente oncológico? Segundo Carvalho (1994), “a respeito da influência de estrutura da personalidade no surgimento e no desenvolvimento do câncer, os dados encontrados na literatura são abundantes e muitas vezes contraditórios” (p. 65). Este pesquisador fez um levantamento bibliográfico (Le Shan, 1997; LucDougall, 1991; Marty, 1993; Temoshok, 1992; e outros) e concluiu que, se existirem personalidades predisponentes ao câncer, este fato indica a possibilidade de um trabalho psicoterápico importante de *prevenção*.

Seriam pessoas pertencentes ao grupo de maior possibilidade de adoecer de câncer, aquelas consideradas do tipo C, denominação criada por Temoshok. Diferentemente daquelas do tipo A (que teriam tendências a doenças cardíacas), as do tipo C não têm crises de raiva, parecem relaxadas, não são competitivas. Mas sob essa superfície calma, haveria uma grande dificuldade de auto-afirmação, raiva não expressa, ansiedade e sentimentos reprimidos e uma profunda desesperança. E as histórias de vida de muitos pacientes pesquisados revelaram infâncias marcadas por negligência, abandono e isolamento, com fortes sentimentos de perdas. Entretanto, nem todas as pessoas com histórias de vida e as características citadas acima desenvolvem um câncer. E nem todos os pacientes apresentam o mesmo histórico e personalidade. Estamos lidando com maiorias obtidas através de estatísticas, sabendo que as conclusões não se referem a todos os casos. E não

temos um conhecimento da conexão dos processos psicológicos mais profundos e o processo da doença.

O prognóstico do câncer é um dos pontos mais críticos e desafiadores para os oncologistas. Os prognósticos também são estabelecidos através de estatísticas referentes àquele tipo de câncer, naquele órgão e naquele grau de estadiamento. O que o médico pode saber de cada caso é a porcentagem de tempo de sobrevida ou de mortalidade. Como explicar, entretanto, o que ocorre com os 5% que não vem a falecer, em uma porcentagem de probabilidade de morte? Ou, como entender que o mesmo diagnóstico e o mesmo prognóstico podem levar a processos com encaminhamentos muito diferentes? São conhecidos casos com prognósticos de pouco tempo de vida e que alcançaram uma sobrevida longa e que chegaram a se curar.

O trabalho psicoterápico de Simonton (1987) teve início a partir desta constatação. Médico radiologista, no contato com pacientes sobreviventes, começou a perguntar como eles entendiam o fato de terem sobrevivido além das expectativas médicas. E as respostas eram muito semelhantes: eles tinham uma motivação para viver. Por exemplo, a espera do casamento da filha, ou da sua própria formatura em uma Faculdade ou o desejo de melhorar a situação financeira para deixar a mulher amparada.

Todas estas dificuldades de previsão do processo oncológico têm levado os médicos mais cuidadosos a apenas prognosticarem a porcentagem de possibilidade de metástases e de volta da doença. Têm levado também a estudos de casos de remissão espontânea (Weil, 1995) e ao crescimento de pesquisas que buscam conhecer o papel dos fatores psicológicos envolvidos.

Sem dúvida, ficam claras as lacunas do conhecimento do que realmente ocorre, na sua amplitude, nos processos oncológicos. Não sabemos quais são todos os fatores desencadeantes do processo cancerígeno e quais os fatores curativos. Os mesmos tratamentos não surtem os mesmos efeitos em pacientes com os mesmos diagnósticos e prognósticos, atravessando a mesma fase da doença.

Existe ainda um desafio do trabalho em uma equipe multidisciplinar. O trabalho do psicólogo muitas vezes não é reconhecido pelos médicos, bem

como pode contrariar orientações dadas por estes, quando aos aspectos psicológicos dos casos em atendimento. Outras vezes são os enfermeiros que se sentem invadidos ou criticados na sua atuação, pelos psicólogos. A chegada da Psico-Oncologia no hospital é recente e sua função ainda é freqüentemente desconhecida ou distorcida. Mas já existem situações em Hospitais onde o psicólogo não é só é muito valorizado como também é requisitado pelos médicos e pela enfermagem em seu próprio auxílio, quando em momentos de dificuldades pessoais.

Todos estes e muitos outros desafios continuam estimulando a equipe multidisciplinar a encontrar as chaves da compreensão do processo complexo e de múltiplas causas das doenças cancerígenas.

Siegel (1997), em um artigo denominado “O que os médicos devem saber”, fala da importância de perguntar ao paciente o que ele está sentindo e *ouvir* a resposta. E se o paciente melhorar acima do esperado, *aprender* com a resposta. Fala também que a parte biofísica e a psíquica são uma só entidade – são integradas e compartilham informações para a sua sobrevivência através dos neuropeptídeos. E que as doenças que ameaçam a vida são necessariamente transformadoras.

As palavras de Siegel fornecem um ponto de apoio para as reflexões de todos aqueles que trabalham com o paciente de câncer. É essencial compreender e dar suporte a essas transformações, bem como ouvir e aprender com o paciente, tendo sempre em mente que estamos cuidando de um ser humano e não apenas da enfermidade que ele traz.

Carvalho, M. M. (2002). Psycho-oncology: History, Characteristics and Challenge. *Psicologia USP*, 13 (1), 151-166.

Abstract: This paper presents an overview of Psycho-oncology through a briefing of its history, its work area and its specific problems. The first studies about the body and mind connection with cancer began in Greece, but this point of view was disregarded until the 19th Century, when Freud demonstrated that certain psychic states were related to physical processes.

Psychosomatic Medicine, Behavioral Medicine and Behavior Psychology, and Health Psychology have eased the way to Psycho-oncology, which is also supported by Psychoneuroimmunology today. The specific characteristics of Brazilian psycho-oncologists as well as their way of working created a framework based on our culture and way of life, accounting for the contemporary development of this field in our country. However, there are still some challenges, involving aspects of the Psycho-oncology theory and its action fields, which must be faced by the professionals of this area.

Index terms: Psychooncology. Cancer.

Carvalho, M. M. (2002). Psycho-Oncologie: Histoire, Caractéristiques et Défis. *Psicologia USP*, 13 (1), 151-166.

Résumé: Cet article vise à proposer une vision de la psycho-oncologie par un résumé de son histoire, de son champ d'action et de ses problèmes spécifiques. Les premières études de la liaison entre le physique et le mental dans le cancer commencèrent en Grèce, mais cette façon de voir fut abandonnée au XIXe siècle quand Freud démontra que certains états psychiques pouvaient avoir une implication sur le physique. La médecine psychosomatique, la médecine et la psychologie du comportement et la psychologie de la santé ont ouvert le chemin pour la psycho-oncologie, très appuyée aujourd'hui par la psychoneuroimmunologie. Les caractéristiques spécifiques des psycho-oncologues brésiliens, comme leur façon de voir les choses, amenèrent par une définition basée sur notre culture et notre vision de la réalité, au niveau actuel de développement de ce domaine dans notre pays. Cependant les professionnels du secteur se voient maintenant devant une série de défis, soit internes dans le contenu de la psycho-oncologie, soit dans l'affirmation de son domaine d'action.

Mots-clés : psycho-oncologie. Câncer.

Referências

Adler, R. (1981). *Psychoneuroimunology*. Orlando, FL: Academic Press.

- Bettarello, S. (1998). Psiquiatria dinâmica no contexto atual. In S. Bettarello (Org.), *Perspectivas psicodinâmicas em psiquiatria*. São Paulo: Lemos.
- Bovbjerg, O (1990). Psychoneuroimmunology and cancer. In J. Holland & J. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology*. New York: Oxford Press.
- Carvalho, M. M. (1994). Visualização e câncer. In M. M. Carvalho (Org.), *Introdução à psiconcologia*. Campinas, SP: Psy.
- Carvalho, M. M. (1998a). Abrindo um espaço para a psiconcologia. In S. Bettarello (Org.), *Perspectivas psicodinâmicas em psiquiatria*. São Paulo: Lemos.
- Carvalho, M. M. (1998b). *Psico-oncologia no Brasil: Resgatando o viver*. São Paulo: Summus.
- Carvalho, M. M. (2000). Imunologia, estresse, câncer e o programa Simonton de auto-ajuda. *Boletim da Academia Paulista de Psicologia*, 10 (1), 27-30.
- Carvalho, M. M., & Nogueira, S. P. (1995, September 10-15). *Establishing a psychosocial program for cancer patients: Challenges and achievements*. Trabalho apresentado no 13th World Congress of Psychosomatic Medicine, Jerusalem.
- Carvalho, M. M., & Nogueira, S. P. (1996, October 3-6). *Effect of psychosocial group program on cancer patients: A follow-up study*. Trabalho apresentado no 3rd World Congress of Psycho-Oncology, New York.
- Carvalho, V. A. (1994). Personalidade e câncer. In M. M. Carvalho (Org.), *Introdução à psiconcologia*. Campinas, SP: Psy.
- Fawsy, I. F., Cousin, N, Fawsy, N. W., Kemeny, M. E. et al. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients: Changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47 (8), 720-725.
- Fawsy, I. F., Fawsy, N. W., Hyun, C. S., Elashoff, R, et al. (1993). Malignant melanoma: Effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, 50 (9), 681-689.
- Freud, S. (1974). Estudos sobre a histeria (J. Salomão, trad.). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1893-1895)
- Gimenes, M. G. (1994). Definição, foco de estudo e intervenção. In M. M. Carvalho (Org.), *Introdução à psiconcologia*. Campinas, SP: Psy.
- Gimenes, M. G., Carvalho, M. M., & Carvalho, V. A. (2000). Um pouco da história da psico-oncologia no Brasil. In W. Angerami-Camon (Org.), *Psicologia da saúde*. São Paulo: Pioneira.

- Holland, J. (1990). Historical overview. In J. Holland & J. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology*. New York: Oxford Press.
- Holland, J. (1996). Cancer's psychological challenges. *Scientific American*, 275 (3), 122-125.
- Hughes, J. (1987). *Cancer and emotion: Psychological preludes and reactions to cancer*. London: John Wiley & Sons.
- Le Shan, L. (1992). *O câncer como ponto de mutação*. São Paulo: Summus.
- Le Shan, L. (1997). *You can fight for your life: Emotional factors in the causation of cancer*. New York: Evans.
- McDougall, J. (1991). *Teatros do corpo: O psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Marty, P. (1993). *A psicossomática do adulto*. São Paulo: Artes Médicas.
- Siegel, B. (1997). O que os médicos precisam saber. *Advances*, 13 (1).
- Simonton, C., Simonton, S., & Creighton, J. (1987). *Com a vida de novo*. São Paulo: Summus.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., & Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer: A randomised outcome study. *Archives of General Psychiatry*, 38 (5), 527-533.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H. C., & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2, 888-891.
- Temoshok, L. (1992). *The type C connection: The behavioral links to cancer and your health*. New York: Random House.
- Trichopoulos, D., Li, F. P., & Hunter, D. J. (1996). What causes cancer? *Scientific American*, 275 (3), 50-56.
- Weil, A. (1995). *Spontaneous healing*. New York: Alfred A. Knopf.
- Yamagushi, N. (1994). O câncer na visão da oncologia. In M. M. Carvalho (Org.), *Introdução à psiconcologia*. Campinas, SP: Psy.

*Recebido em 17.12.2001
Modificado em: 21.03.2002
Aceito em 4.04.2002*

PREVENÇÃO DA DOENÇA CORONÁRIA: PERSPECTIVA PSICOLÓGICA EM UM PROGRAMA MULTIPROFISSIONAL

Anency Giannotti¹

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia / Secretaria de Estado da Saúde

Um programa multiprofissional de prevenção da doença coronariana foi implantado no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia e idealizado em ciclos de palestras com cada profissional de saúde tendo um papel especial de acordo com a sua especialidade. Este artigo apresenta os fatores de risco psicológicos e psicossociais e resume as apresentações da área da Psicologia. Neste relato destaca-se o papel das emoções, stress e dos fatores de risco de modo geral e das dificuldades que as pessoas podem ter e como encontrar maneiras de promover mudanças pessoais para cuidado com a saúde.

Descritores: Distúrbios do coração. Prevenção. Programas. Intervenção psicológica. Grupo multiprofissional.

O Programa Educativo Multiprofissional de Prevenção Secundária da Doença Coronariana foi implantado no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia da Secretaria de Estado da Saúde, constituindo parte de um programa mais amplo chamado “Heart Care Network”. Seus objetivos gerais eram os de propiciar ao paciente com doença arterial coronária um acesso maior ao conhecimento técnico e científico da cardiopatia, promover melhor integração institucional, melhorar a adesão ao tratamento e motivá-los para a prevenção.

¹ Endereço para correspondência: Rua Sampaio Viana, 565 – Apto. 122 - CEP 04004-002. São Paulo, SP. Endereço eletrônico: agiannotti@uol.com.br

A doença coronariana geralmente se instala a partir da sexta década de vida e consiste na progressiva obstrução das artérias que irrigam o coração, por depósitos de gordura (aterosclerose), causando insuficiência coronariana, em diferentes graus de isquemia, até a necrose do tecido do músculo cardíaco, podendo causar angina, infarto agudo e morte súbita. A sintomatologia típica, a dor retro esternal denominada “angina pectoris”, pode surgir abruptamente ou de forma insidiosa e é aliviada com medicação específica. A terapêutica médica habitual consiste no tratamento clínico e em métodos invasivos, tais como a cirurgia de revascularização do miocárdio e os procedimentos hemodinâmicos, como a angioplastia e “stent”.

A etiologia multifatorial dessa enfermidade é amplamente reconhecida. Os fatores que alteram sua história natural, isto é, as circunstâncias que aumentam as chances de um indivíduo vir a adquirir a doença ou agravá-la, os chamados fatores de risco, classificam-se, na literatura, em dois níveis. Aqueles em que, potencialmente, o indivíduo pode intervir para modificá-los são a pressão arterial elevada, o aumento do colesterol, dos triglicérides, o hábito de fumar, a vida sedentária e falta de exercício físico, a obesidade, o diabetes e os fatores denominados psicossociais, incluindo o estresse emocional. Os fatores de risco potencialmente não modificáveis são a hereditariedade, isto é, o fato de o indivíduo possuir ancestrais com a enfermidade, o sexo, considerando a predisposição maior em indivíduos do sexo masculino, dependendo da faixa etária, e a própria idade, isto é, a tendência ao seu aparecimento na faixa etária mais avançada.

O presente relato irá focalizar a parte do Programa que aborda os fatores de risco de ordem psicológica e psicossocial.

O Programa foi idealizado com base em um ciclo de palestras, ministradas por profissionais de saúde de diferentes especialidades, integrantes da equipe multiprofissional, tais como o médico cardiologista, psicólogo, enfermeiro, assistente social, professor de educação física e nutricionista.

Além das palestras, o Programa inclui outros procedimentos tais como as dramatizações, onde são simuladas situações de pacientes em tratamento na instituição, e as técnicas de dinâmica de grupo para a discussão de temas

específicos, visando facilitar a aprendizagem e levantamento de dificuldades. Incluem-se também técnicas de relaxamento e procedimentos recreativos, que pretendem facilitar o entrosamento entre os pacientes presentes e a troca de experiências. São utilizados, ainda, recursos áudio-visuais, como slides, transparências e exposição de vídeos.

Os membros da equipe multiprofissional ministram suas palestras tendo como tema a doença coronária e fatores de risco, sob o prisma das áreas de conhecimento que representam. Nesse sentido, o médico cardiologista aborda a anatomia e fisiopatologia da doença coronária, explicitando os fatores de risco e as modalidades de tratamento clínico ou cirúrgico.

Nesta ocasião, os pacientes têm também a oportunidade de, ao levantar algumas questões específicas sobre sua patologia, refletir com o grupo sobre as dúvidas mais comuns.

O enfermeiro também aborda conceitos sobre a anatomia e fisiopatologia da doença arterial coronária, sobre os fatores de risco e tratamento, com destaque para as medidas farmacológicas e não farmacológicas do tratamento da pressão arterial e controle do diabetes. Sua participação engloba também a preparação dos pacientes para o auto-cuidado e para a adesão ao tratamento com supervisão sistematizada.

O professor de educação física explica a importância da atividade física na prevenção, pelos benefícios diretos à circulação e à saúde, e dá orientação específica para a prática de atividade física. Além das aulas teóricas, ensina a relaxar, a verificar a freqüência cardíaca em repouso e em exercício, a realizar exercícios de resistência muscular localizada e alongamento. Procura incentivar os pacientes para a prática rotineira e programada de exercícios físicos.

O nutricionista aborda hábitos alimentares saudáveis e prejudiciais, instrumentalizando os pacientes para a redução do colesterol e triglicírides, para o controle do diabetes e da pressão arterial elevada. As inúmeras receitas culinárias alternativas às tradicionais auxiliam os pacientes, apesar da dieta, a tornar saudável e atraente o hábito alimentar.

O assistente social procura ampliar a consciência de direito e de cidadão, do direito à assistência à saúde e informação sobre a doença. Seu papel consiste em incentivar a participação ativa do paciente no processo de seu tratamento, através do acesso às informações e aos recursos públicos de saúde e comunitários existentes, recursos estes médicos, psicológicos, farmacêuticos e laboratoriais.

A participação do psicólogo engloba duas palestras e abrange três aspectos. Sua proposta inicial consiste no convite à reflexão sobre o comportamento e estilo de vida habituais. Procura demonstrar a interrelação entre os aspectos emocionais e as funções corporais. Introduz o conceito de fatores de risco psicológicos e sociais da doença coronária, procurando tornar acessíveis esses conhecimentos, como tratados na literatura, incluindo relatos de pesquisas clínicas com seres humanos e com animais em situação experimental. O stress emocional é abordado dentro de uma perspectiva que engloba a elevação, a curto prazo, dos parâmetros fisiológicos, tais como a pressão arterial, o colesterol e os triglicírides e, a longo prazo, o desenvolvimento progressivo da aterosclerose. Na terceira parte da exposição, propõem-se medidas de prevenção, controle do stress e melhoria da qualidade de vida. São também tratados assuntos relativos às dificuldades habituais de mudar hábitos, atitudes, comportamento e estilo de vida. A ampla experiência clínica com o paciente coronariano possibilita apresentar os mecanismos psicológicos de defesa e fatores de resistência a mudanças de comportamento comumente observados, o que equivale a abordar aspectos tais como, a dificuldade de abandonar o hábito de fumar, fazer dieta e iniciar a prática do exercício físico.

O Programa foi idealizado com base no reconhecimento da necessidade de haver ampla integração entre os profissionais de saúde para a definição de propostas e dos temas a serem desenvolvidos. Isto principalmente porque, embora cada um desenvolva sua temática específica, observa-se grande permeabilidade entre as fronteiras das atribuições profissionais. Nesse sentido, além das reuniões semanais conjuntas para o planejamento de estratégias, pretende-se que todos os representantes das diversas áreas estejam presentes em todas as reuniões com cada grupo, podendo, eventualmente,

participar ativamente das palestras que estão sendo ministradas pelo outro profissional.

Procura-se simplificar ao máximo a linguagem empregada junto aos pacientes, evitando-se a utilização de terminologia técnica e científica, a não ser nos aspectos cuja menção facilite a aprendizagem e o posterior diálogo do paciente com o cardiologista nas consultas, e com os outros profissionais de saúde.

Procura-se, ainda, passar aos pacientes a idéia de que a prevenção não equivale a um modo de vida restrito imposto aos portadores de enfermidade, mas uma opção a um modo de vida saudável, necessário a todas as pessoas. Após as reuniões, com cerca de quatro horas de duração no total, incluindo intervalo, e a participação de dois profissionais diferentes, é servido um lanche com base nutricional e dietética recomendadas.

Em algumas ocasiões, os pacientes são questionados, pelos profissionais, sobre os fatores de risco que apresentam e sua dificuldade em controlá-los. No entanto, procura-se evitar focalizar, colocar em evidência ou deixar de qualquer modo os pacientes expostos perante os demais, em relação a certas dificuldades que possam apresentar, tais como a dificuldade de largar o hábito de fumar e a obesidade, com o fim de obter o controle de seu comportamento. Quando há a participação do cônjuge, as manifestações deste tipo, quando ocorrem, são neutralizadas pela equipe.

Os pacientes em tratamento médico clínico ou cirúrgico na Instituição são convidados a integrar o Programa, mediante convocação por carta. Embora o programa não seja especificamente destinado aos familiares e cônjuges, a participação dos mesmos é deixada à vontade. Em cada convocação, pretende-se incluir cerca de 80 a 100 participantes e são ministradas cerca de 14 palestras, com dois profissionais por encontro. O Programa inicia-se com uma apresentação inaugural e há, também, um encontro de encerramento e avaliação. Nesta primeira ocasião, os pacientes são informados sobre o Programa e suas finalidades, incentivando a participação, sem o caráter de obrigatoriedade. Os profissionais de saúde apresentam-se e explicitam os temas específicos que irão abordar. Nesse dia, também, procura-se estabelecer uma

linha de base sobre os conhecimentos dos pacientes a respeito da enfermidade, dando a oportunidade de os mesmos levantarem questões e expressarem suas dúvidas. Foram elaborados dois questionários a serem respondidos pelos pacientes, antes e depois da realização do Programa, que, ainda em fase experimental, têm a finalidade de avaliar seu alcance e eficácia, em termos de ampliação de conhecimentos e possíveis mudanças de atitudes, de comportamento e estilo de vida.

A grosso modo, pode-se dizer que a maioria dos pacientes pertence à classe sócio-econômica de baixo ou médio poder aquisitivo. Apenas alguns pertencem à classe de maior poder aquisitivo.

A originalidade desta abordagem está na ampliação dos horizontes do modelo de atendimento tradicional. O desenvolvimento progressivo de novos medicamentos e procedimentos terapêuticos sofisticados, apesar do seu importante papel no controle da morbidade de mortalidade da doença arterial coronária, não atinge os fatores causais da enfermidade, de etiologia multifatorial. É possível, assim, divulgar conhecimentos, além da medicina, de outras especialidades na área da saúde, que se desenvolvem nos hospitais, cujo produto e sua utilidade só raramente são acessíveis à população. Além disso, o contato direto com os profissionais, incluindo o médico em particular, faz com que os mesmos sejam menos idealizados e percebidos como mais acessíveis, possibilitando que os pacientes se sintam mais à vontade para esclarecer dúvidas e tenham uma participação mais ativa no seu tratamento. O aspecto mais importante, no entanto, a meu ver, está na originalidade metodológica: a proposta de um modelo psicossomático de atuação multiprofissional, voltado à saúde e tratamento de doenças orgânicas.

No que tange ao exercício da Psicologia nas instituições médicas ou da Psicologia Hospitalar, o Programa representa também uma alternativa viável, ainda que se considere as limitações de um programa de método predominantemente educativo, já que não é possível utilizar, nestes contextos, os modelos de atendimento psicológico individual disponíveis para a prática clínica. A metodologia tradicional de consultório e a psicoterapia analítica à longo prazo possibilitariam o atendimento de um número reduzido de paci-

entes e por muito tempo. Essa e outras questões, cujo assunto é de grande relevância para os psicólogos que vêm progressivamente ingressando nas instituições médicas, foram abordadas por mim em várias ocasiões e por outros autores.

O objetivo deste relato é apresentar o conteúdo específico do Programa de prevenção psicológica da doença coronariana, idealizado para o Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. Optou-se, para maior clareza, por transcrevê-lo na forma como o assunto é desenvolvido nos encontros com os pacientes, que será, a seguir, ilustrado.

Transcrição das apresentações da área de Psicologia que integra o Programa de Prevenção Secundária da Doença Coronariana

“O objetivo do nosso encontro é refletir, é pensarmos juntos, é trocarmos experiências sobre o que chamamos de fatores emocionais que causam a enfermidade, que os senhores e senhoras possuem: a doença coronariana”. Em outras palavras, vamos refletir sobre as atitudes, hábitos do nosso dia a dia, nosso comportamento, nosso estilo de vida, que podem provocar ou contribuir para o agravamento da doença cardíaca.

Nesse aspecto, vou apresentar as pesquisas em Psicologia, o que os cientistas vêm descobrindo sobre os estados emocionais, sobre a maneira como nos comportamos, que podem provocar a doença. Vamos falar sobre o que é o stress e outros fatores de risco psicológico e como prevení-lo.

Vamos falar também sobre mudanças. As modificações que podemos fazer em nossa vida para prevenir a enfermidade. A maneira como as pessoas levam a vida, como se comportam diante de situações, certos hábitos do nosso dia a dia, que não sabemos que são prejudiciais ou que não percebemos que fazemos, que vão, aos poucos, causando danos ao nosso coração. A maioria dos senhores já ouviu falar que o *stress* ou que o ‘nervoso’ pode prejudicar o coração. Outros nunca ouviram falar. Os senhores e senhoras podem não saber exatamente o que é o *stress*. E o que é muito importante: não é qualquer ‘nervoso’ que causa problemas ao coração. É muito comum

as pessoas considerarem que o paciente cardíaco não pode passar ‘nervoso’. O médico pode falar para evitar situações de . Será que a gente pode evitar? Como evitar? Os senhores e senhoras já ouviram falar que cigarro faz mal para o coração e causa uma série de outras doenças, mas sabem que não é fácil conseguir parar de fumar. Por que será? Muitas pessoas não conseguem fazer dieta, praticar exercícios físicos, mesmo sabendo que é necessário. Nós vamos, desse modo, falar também sobre mudanças, porque é difícil fazer mudanças, mudanças de hábito, de estilo de vida e o que é necessário para adotar um comportamento mais saudável e compatível com as necessidades de seus corações.

Como eu disse, não é qualquer ‘nervoso’ que pode causar ou agravar o problema cardíaco e nós vamos ver, desse modo, o que os pesquisadores falam sobre isso.

Sabemos que há uma relação entre nossa mente e nosso corpo. Nosso estado emocional provoca mudanças em nosso corpo e, em algumas ocasiões, pode produzir doenças. Quando choramos, vivenciamos um estado emocional de tristeza, que produz alterações no nosso corpo, tais como as lágrimas, a aceleração dos batimentos cardíacos e a elevação da pressão arterial. Assim, as lágrimas, a aceleração do coração e o aumento da pressão são o efeito do nosso estado emocional sobre o corpo.

Nosso estado emocional, assim como outros fatores tais como a atividade física, podem provocar graus extremos de alterações dos batimentos cardíacos, sem provocar doenças no coração normal.

Sentimentos de raiva, ansiedade, medo ou um susto que levamos podem acelerar o coração. Sentimentos de abandono, tristeza, desesperança diminuem nosso ritmo cardíaco. Essas reações são normais. Todos nós passamos por isso sem perceber.

As emoções fazem parte da nossa vida, sejam elas boas, prazerosas ou difíceis de serem vivenciadas. Não há, pois, como evitá-las.

Algumas emoções, no entanto, a maneira como levamos a vida, a maneira como nos comportamos, como reagimos às situações podem provocar doenças em nosso corpo.

Há dois tipos de pesquisas sobre os fatores psicológicos que podem causar ou agravar a doença coronariana. Há aquelas que mostram que determinados estados emocionais extremos podem provocar infarto e morte. Há também estudos que mostram que os fatores psicológicos e o stress atuam através dos outros fatores de risco. Isto é, de imediato, à curto prazo, podem elevar o colesterol, os triglicérides, a pressão arterial, e mais tarde, à longo prazo, produzem a aterosclerose, que os senhores e senhoras já sabem o que são, as tais das placas de gordura que entopem as artérias que levam sangue ao coração.

O que são fatores de risco da doença coronária? Como já foi explicado anteriormente pelos outros profissionais, são as circunstâncias que aumentam as chances, a propensão para a doença coronária, contribuindo para seu agravamento. Em outras palavras, aumentam as chances de ter o problema cardíaco ou do agravamento da doença. A doença coronária é multifatorial, como a gente chama, isto é, vários são os fatores de risco.

Quais são os fatores de risco da doença coronária? Entre aqueles que teoricamente podem ser controláveis está a hipertensão ou pressão alta, o colesterol, os triglicérides, o hábito de fumar, o diabetes, a falta de exercício físico, a obesidade, a alimentação inadequada e o stress. Entre aqueles não controláveis está a hereditariedade, o sexo e a idade. Isto é, quem tem parentes com essa enfermidade tem maior propensão a adquiri-la. Quanto ao sexo, os homens são mais propensos que as mulheres, até a menopausa da mulher. Depois disso, as chances são iguais para ambos. E, por fim, a idade. O avançar da idade aumenta o risco da doença. Assim, os primeiros são os mais controláveis, o que significa que podemos fazer mudanças. Já, quanto aos últimos, nada se pode fazer.

Assim, como dizia, o stress é um dos fatores de risco da doença coronária. Alguns estudos demonstram sua influência direta sobre as coronárias, já outros sua influência sobre os fatores de risco. Em outras palavras, há pesquisas que mostram que situações de grande impacto podem provocar a doença cardíaca. Por outro lado, há também pesquisas que mostram que o stress e outros fatores psicológicos podem, à curto prazo, elevar o colesterol,

a pressão, os triglicérides, etc, e, progressivamente, isto é, aos poucos, ir produzindo a aterosclerose.

A fim de entender melhor o que estou dizendo, é fácil compreender que não é possível provocar grande stress nas pessoas só para fazer pesquisas, por essa razão, os cientistas usam animais. Estudos feitos com animais em laboratório mostram o elo entre o cérebro, isto é, a mente e o coração. Os cientistas utilizaram pombos, por exemplo, e para produzir stress, paralisaram a musculatura desses animais, de tal forma que eles não podiam se mexer e isso impedia que eles evitassem choques elétricos constantes que foram aplicados, para verificar seu efeito. Os cientistas observaram que o intenso stress provocava a morte ou um grande dano ao coração destes animais, depois de 48 horas.

Há outras observações realizadas pelos cientistas. As guerras são situações de grande e contínuo stress, não é verdade? Na guerra da Coréia, nas autópsias, isto é, no exame dos corpos dos soldados americanos muito jovens, com idade média de 22 anos, foram encontradas lesões coronarianas em 77% dos casos. Isto é, uma situação de grande stress pode provocar aterosclerose, independentemente dos outros fatores de risco. É claro que não estamos em guerra e esta é uma situação extrema. Outros estudos mostram que a elevação da pressão, da taxa de colesterol e de triglicérides são as respostas do nosso corpo às emoções e pode ser uma reação normal. Essas taxas, por exemplo, aumentam em estudantes às vésperas de um exame importante, comparadas às de depois do exame. O mesmo pode ocorrer em pacientes hospitalizados, assim que é comunicada a necessidade de realização de uma cirurgia grave, comparadas às taxas anteriores ao recebimento da notícia. O mesmo pode ocorrer, ainda, em indivíduos que são submetidos a entrevistas estressantes ou com lembranças que mobilizam neles forte carga emocional, ou em pessoas que exercem profissões que exigem atividade contínua e decisões importantes.

Assim, estou dizendo que os fatores de risco, isto é, a hipertensão, o hábito de fumar, a obesidade, o diabetes, o colesterol e os triglicérides elevados são a resposta do nosso corpo, do nosso organismo, ao que acontece

na nossa mente. As nossas questões pessoais não resolvidas manifestam-se no nosso corpo, com a elevação dos fatores de risco.

Há alguns raros casos de pacientes que dizem que não têm fator de risco e não sabem porque ficaram doentes do coração. De certa forma, se há doença coronária, há ou houve stress. Além disso, segundo essas pesquisas, podemos dizer que se há fator de risco há *stress*. Determinadas condições, no entanto, de *stress* constante, podem tornar as taxas permanentemente elevadas.

Há dois tipos de *stress*, o chamado crônico e o agudo. O *stress* crônico, permanente, eleva os parâmetros fisiológicos, isto é, os fatores de risco, produzindo a aterosclerose. O *stress* agudo refere-se às situações de grande impacto, que, como já vimos, também podem obstruir as artérias.

Dessa forma, com cuidados, com tratamento, controlando a pressão, o *stress*, fazendo exercício e dieta adequada, parando de fumar e mudando o estilo de vida, é possível controlar a progressão da aterosclerose e o infarto. Como prevenir o *stress* veremos mais adiante. É importante salientar que, mesmo depois do primeiro infarto ou da cirurgia que remove a obstrução, o problema não desaparece por completo, porque os fatores de risco continuam atuando.

O que é o *stress* e como evitá-lo?

O *stress* é o mais popularmente conhecido fator de risco psicológico da doença coronariana, mas, como já disse, ele é um dos fatores. Há outros fatores psicológicos responsáveis pelo aparecimento da aterosclerose. Sobre os outros fatores, falaremos depois.

O *stress* é, de fato, comum a todas as pessoas e passar por *stress* é normal. Não há quem não tenha na vida vivenciado um certo grau de *stress*. Ele pode ser definido como um estado de tensão, de pressão, de desgaste, provocado por situações da vida diária. Passar por *stress* requer adaptação, isto é, nosso organismo fica em estado de alerta, e nos obriga a estarmos preparados para reagir. Diz o ditado que nós não passamos duas vezes pelas águas do mesmo rio. Podemos pensar que o rio é o mesmo, mas suas águas nunca são as mesmas. Assim é nossa vida, está sujeita a constantes mudan-

ças, que mobilizam nossos mecanismos de defesa, nosso estado de alerta. É a pressa, o trânsito da cidade, a falta de tempo, o excesso de trabalho, a falta de trabalho, a perda de pessoas, por morte ou separação, e até as emoções prazerosas, que causam júbilo. Sempre nos defrontamos com situações novas, desconhecidas e inesperadas, sejam elas percebidas como boas ou más, as nossas alegrias, as nossas frustrações e decepções, que nos obrigam a termos novos padrões de respostas, novas maneiras de reagir.

Há situações que ampliam nosso espaço significativo, como um casamento, o nascimento de um filho, de um neto, um novo emprego ou a promoção no mesmo e situações que produzem uma redução do nosso universo, diminuem nosso espaço, tais como a perda de uma pessoa, da saúde, a separação, a morte, nossas decepções e frustrações cotidianas.

Os cientistas fizeram observações em animais e seres humanos, em situações de laboratório, ou observando como as pessoas se comportavam, no seu dia a dia. Em animais, em situações que teoricamente deveriam causar ‘medo’ ou ‘raiva’, tais como um choque elétrico constante, os pesquisadores descobriram que havia a mobilização de mecanismos de adaptação, de defesa, com modificações corporais, que os preparavam para agir, para o ataque ou fuga. Havia a liberação, no sangue, de substâncias tais como a adrenalina, havia a aceleração dos batimentos cardíacos, elevação da pressão arterial, entre outras reações. Estas situações geravam um estado de alerta que foi definido como a Síndrome Geral de Adaptação.

Segundo o autor de *stress*, a falha nesse mecanismo de adaptação pode provocar doenças. Para ele, o segredo da saúde e felicidade reside no ajustamento bem sucedido às condições deste mundo, em constantes mudanças, em perpétuo processo de modificação.

O *stress* é então o desgaste provocado pela vida. É a pressa, a falta de tempo, o trânsito, o excesso de trabalho, a alegria, o amor e a paixão.

Uma mesma experiência, no entanto, pode ser revigorante, revitalizadora para uma pessoa e provocar doença em outra. A vivência de situações novas pode representar a oportunidade para a pessoa modificar-se, progredir, pode ser uma chance para o seu crescimento emocional, ou pode produzir

doenças. O *stress* produz doenças quando há falha nesse sistema de adaptação, nas nossas defesas. Por essa razão ficamos doentes. Os senhores e senhoras já repararam que muitas vezes ficamos gripados, quando estamos tristes?

As consequências do *stress* repetido são os sintomas do *stress*, tais como o cansaço, a irritabilidade, a depressão, a insônia, a redução da resistência física e as doenças.

A resultante desse mau ajuste ao *stress* da vida é a elevação da pressão, do colesterol, dos triglicírides, é fumar, é beber em excesso, é comer demais, para compensar frustrações e decepções. À curto prazo, há um aumento progressivo da aterosclerose e, a longo prazo, o surgimento da doença coronária.

Por essa razão os senhores e senhoras estão aqui, para saber como prevení-lo.

Aprofundando a questão, se o *stress* é comum a todas as pessoas, ele faz parte do nosso cotidiano, porque algumas pessoas adquirem a doença coronariana e outras não? Há uma predisposição individual. A diferença está na maneira como as pessoas reagem ao *stress*, como elas se comportam diante de situações, como levam a vida.

Há também fatores ligados ao ambiente, à sociedade em que a pessoa vive. Os índios por exemplo, não costumam ter doença coronária. A doença coronariana, nos Estados Unidos, é a doença de executivos, pessoas que trabalham demais e têm que tomar muitas decisões. Certos comportamentos ligados ao estilo de vida, tais como o consumo excessivo de alimentos gordurosos, a falta de exercício, o hábito de fumar, são socialmente incentivados ou estão associados aos hábitos comunitários. Assim entram em jogo os fatores emocionais da pessoa e os do ambiente em que vive, combinados.

Vamos agora falar sobre o que mais as pesquisas revelam.

A maioria das pessoas que tem doença coronária tem uma concepção sobre algum tipo de fator emocional que levou à aquisição da enfermidade. Em geral, os pacientes têm alguma hipótese, uma intuição ou uma fantasia sobre a causa da enfermidade. Nos questionários que os senhores e senhoras

responderam, antes de iniciarem o Programa, cerca de 70% dos senhores consideraram que determinadas vivências, de forte carga emocional, foram as responsáveis pelo aparecimento da doença. Pois há autores que consideram que essa concepção sobre a causa da enfermidade está relacionada ao que realmente ocorreu. Outros pesquisadores, analisando 170 casos, descobriram que o infarto com morte havia ocorrido durante ou logo após essas pessoas terem vivenciado experiências emocionais intensas. Eram situações de pesar e aflições intensos, de ameaça ou de perda de pessoas importantes, por situações de injúria, de difamação ou de humilhação pública.

O coração, do ponto de vista orgânico, nada mais é que um músculo que faz bombear o sangue e fazê-lo funcionar sob pressão, e tão importante quanto a maioria dos outros órgãos do corpo. Do ponto de vista psicológico, no entanto, atribuímos uma série de significados simbólicos ao mesmo. Nossa linguagem é plena de expressões que revelam esse significado, tais como “prepare seu coração para enfrentar...” “O que aconteceu partiu meu coração”. O mesmo ocorre com outros órgãos do nosso corpo, na expressão “é necessário ter estômago para agüentar isso”, etc. O coração, em particular, é associado ao amor e considerado a sede dos nossos estados emocionais, de tal forma que uma lesão no músculo cardíaco “é um machucado no coração”.

Estamos dizendo isso para que compreendam melhor o que acontece no íntimo de cada um dos senhores e senhoras, para que possamos juntos, posteriormente, analisar as possíveis situações de risco e como fazer prevenção.

Outra linha de estudos abrange o chamado padrão A de comportamento. Os cientistas dos Estados Unidos observaram as características de personalidade das pessoas que tinha doença coronária e com base nessa observação formularam uma hipótese de como o paciente cardíaco seria. Depois, escolheram na população as pessoas que tinham essas características e as que não tinham. As que tinham essas características classificaram como pertencentes ao padrão A de comportamento e, as que não tinham, classificaram como pertencentes ao padrão B de comportamento. Esperaram cerca de 20 anos, e verificaram quais tinham adquirido a enfermidade e quais não ti-

nham e compararam com a classificação. Assim, comprovaram que essas características eram típicas do doente coronariano. Eles observaram que estas eram pessoas muito ambiciosas. Eram pessoas que, em sua vida, propunham-se a metas constantes e inalcançáveis, gerando uma permanente insatisfação. A vida, para elas, era uma corrida de obstáculos, que não terminava nunca. Eram pessoas com ambição de poder, de prestígio, que se “cobravam” muito, que exigiam muito de si. Era também o traço de pessoas com sobrecarga de trabalho ou atribuições de grandes responsabilidades.

Outra característica do Padrão A de comportamento era a competitividade acentuada. Eram pessoas que procuravam se sobressair, cuja meta de vencer na vida era um traço marcante de sua personalidade. Outro aspecto era o senso de urgência de tempo acentuado. Eram pessoas que se sentiam pressionadas a realizar tarefas o mais rapidamente possível. Viviam com pressa e a obsessão pelo tempo era uma constante. Eram também pessoas com traço marcante de agressividade, quer de forma expressa ou contida, que agüentavam muito até explodir ou que permaneciam irritadas e impacientes, muitas vezes, sem nem se darem conta dessas reações.

Há estudos, também, que mostram que a pressão alta, o colesterol e os triglicírides elevados são encontrados em pessoas com dificuldades de expressar a agressividade ou de entrar em contato com seus aspectos agressivos, negando sua percepção. Em outras palavras, nem percebem que são agressivos, que estão irritados e impacientes.

As pessoas pertencentes ao padrão B de comportamento, inversamente, são mais moderadas, calmas e tranqüilas. Assim, os senhores e senhoras agora podem vislumbrar outros aspectos para prevenir o agravamento da enfermidade cardíaca e que tipo de comportamento e de estilo de vida podem fazer mal para o coração.

Outros estudos ainda descrevem como prejudiciais ao aparelho cardiovascular, a maneira como certas pessoas reagem às situações de decepção que possam vivenciar. Todos nós, em algum momento de nossa vida, podemos ter vivenciado o desejo de morrer, por qualquer razão, diante de intensas frustrações e perdas. No processo de elaboração do luto de pessoas que

perdemos, por exemplo, faz parte a vivência do desejo de ir embora com aquela que nos deixou. Os senhores conhecem a história do velhinho que perde a esposa e, não vendo mais sentido na vida, vem a morrer logo depois. No entanto, esse desejo de morte pode e deve ser passageiro e, sob certas circunstâncias, pode ser uma reação normal. Todos nós passamos por perdas e separações, mas a persistência nessas reações, a depressão resultante, pode contribuir para que possamos dar cabo de nossa vida, através da doença coronária. A pessoa que está nessa situação não vê saída para a vida e não se dá conta que esta vivência sem perspectiva pode ser momentânea. Está implícito aqui um comportamento autodestrutivo, que muitas vezes pode não ser consciente. Por outro lado, há também situações cujo desejo de morte ou comportamento autodestrutivo aparece mascarado ou encoberto. É o caso do hábito de fumar. No ato de fumar a pessoa inspira o gás carbônico que é um veneno, ao invés de inspirar o oxigênio necessário para nutrir nosso pulmão e nosso organismo. Mas há outros comportamentos que, em certas ocasiões, podem ser autodestrutivos tais como, a ingestão de alimentos gordurosos, que fazem mal para o coração, a recusa do tratamento médico e até mesmo o relacionamento com pessoas sabidamente nocivas, das quais não conseguimos nos desvencilhar. Todas as opções que nos debilitam física ou emocionalmente são autodestrutivas.

O próprio infarto, se pensarmos bem, é uma espécie de suicídio inconsciente, pois corresponde à necrose, ou à morte do tecido de parte do músculo cardíaco. Por essa razão, muitas pessoas que sofreram infarto dizem que mudaram de vida, após se conscientizarem do que estavam fazendo à sua saúde.

Com tudo isso, quer dizer que a doença cardíaca não é um acontecimento na vida dos senhores, que aparece sem que percebam, um transtorno que cai sobre a cabeça e perante o qual nada se pode fazer.

Uma pessoa que quer fazer mais do que pode, está brigando consigo, não está respeitando seus limites. As enfermidades não acontecem por acaso e, quer conscientemente ou inconscientemente, isto é, sem percebermos, podemos ter contribuído, de alguma forma, para as doenças que adquirimos.

Pessoas que sofreram infarto mudaram de vida e a doença representou uma advertência de que elas não estavam se cuidando. Considerando que os fatores de risco atingem todas as pessoas da população em geral, num certo sentido, os senhores estão em melhores condições que elas, pois os senhores sabem o que possuem e podem fazer prevenção.

Nós vamos passar agora a tratar da prevenção. De que maneira pode prevenir o stress e outros fatores de risco psicológico da doença coronária. Como podemos minimizar a progressão da enfermidade.

Em primeiro lugar, é necessário refletir e observar como os senhores e senhoras têm levado a vida. Nós raramente paramos para pensar. Os senhores e senhoras podem começar a ficar atentos à maneira como se comportam e porquê. Em que ocasiões têm mais vontade de fumar ou ‘assaltar a geladeira’. Se vivem apressados e o que causa stress. O que acontece que não conseguem controlar o colesterol ou a pressão. Porque não conseguem fazer exercícios rotineiramente? Os senhores devem parar para refletir sobre isso. Depois, é necessário definir metas; o que é preciso mudar? O que acham que precisariam mudar para prevenir o agravamento da enfermidade. É necessário dedicarem-se à mudança como algo importante. As mudanças exigem disciplina e seriedade.

Em segundo lugar, devem se propor a melhorar a qualidade de vida. O que é isto? É: não trabalhar demais, diminuir a pressa, o excesso de compromissos e dedicar-se ao lazer, fazer uma coisa de cada vez e evitar preocupações desnecessárias. Pensar no que significam os acontecimentos no futuro, pois provavelmente não terão o mesmo peso e significado atual. Procurem identificar o que os deixa tensos e irritados. Procurem afastar-se de situações perturbadoras, porque se a situação os perturbou muito, provavelmente não poderão resolvê-la no momento e, com mais calma, poderão avaliá-la melhor. As caminhadas, além do benefício ao aparelho circulatório, são excelentes meios de redução do stress. Quando se sentirem perturbados, saiam para caminhar e só retornem quando notarem que estão mais tranquilos. Muitas de nossas tensões se manifestam em nosso corpo pela contração da musculatura. Assim, façam o caminho inverso e procurem relaxar. Nem

sempre querer é poder e muitas vezes desperdiçamos tempo e energia em sonhos impossíveis. Verifiquem se suas metas são realizáveis. Procurem viver em harmonia com o ambiente e com a realidade. Tenham respeito por si e pelo seu corpo e procurem levar uma vida prazerosa, gostosa e saudável.

Outro aspecto é saber que levar uma vida tranquila não é o mesmo que evitar problemas. Se, como já dissemos, não vivemos sem *stress*, se o stress faz parte da nossa vida, se todos vivemos situações de tensão, de preocupação, exigências do dia a dia, no trabalho, em casa, nos relacionamentos com as pessoas, se não podemos eliminar o *stress* de nossa vida, devemos administrá-lo. Os senhores conhecem aquele bicho avestruz que, em situações de perigo, enfia a cabeça embaixo da terra, para não ver o que acontece? Pois as pessoas podem fazer isso. Não querem ver o que acontece. O senso popular entende que o paciente cardíaco não pode passar nervoso ou emoções fortes. Emocionar-se ou cuidar de si não é ficar alheio ao que acontece. É impossível não reagirmos às situações do nosso cotidiano. Sempre reagimos, mesmo fazendo de conta que não. Ademais, ficar alheia deixa a pessoa despreparada para as dificuldades cotidianas, o que faz com que levem um grande impacto quando se deparam com a realidade. Emocionar-se equivale a estar vivo e as experiências podem ser emocionalmente fortalecedoras.

Outro aspecto é o de que não devemos responsabilizar os outros ou a vida pelas nossas adversidades. Não devemos achar que ficamos doentes por causa dos outros. Alguns pacientes cardíacos ficam revoltados, por considerar que a enfermidade surgiu em decorrência de problemas causados, quer pelas outras pessoas, quer por determinada circunstância de sua vida pessoal, perante os quais não puderam fazer nada para evitar, sentindo-se vitimados. São os problemas financeiros, as irritações constantes da esposa ou do cônjuge, as provocações do vizinho, do inquilino, do proprietário ou a morte ou separação de alguém. É necessário lembrar que os reveses são comuns a todos e nem todas as pessoas que passam por essas situações adquirem a doença cardíaca. Cada pessoa é responsável pelos seus atos e se alguém pode causar doenças em si, esse alguém é ele mesmo. Achamos que os outros ou as circunstâncias foram as responsáveis, não nos damos conta do que podemos fazer por nós mesmos. Culpar alguém é escapar da nossa responsabilidade.

dade nesse processo. É fundamental que se analise a maneira como lidamos com essas situações adversas, e responsabilizar os outros ou a vida não leva a lugar nenhum.

Outro aspecto, ainda, é o de que devemos ficar atentos a situações críticas ou crônicas, associadas ao desejo de morte. Se porventura passarem por um período difícil e se sentirem desorganizados, desmotivados e melancólicos e se essas reações persistirem, os senhores devem procurar ajuda do psicólogo. Se mantiverem um comportamento autodestrutivo, não conseguindo modificá-lo, devem procurar ajuda.

O trabalho com o psicólogo consiste em promover o autoconhecimento e esse autoconhecimento tem um valor terapêutico.

As pessoas têm muito preconceito em relação à psicoterapia, pois a-
cham que é coisa para loucos ou fracos, o que não é verdade. Nós não gos-
tamos de sentir que não temos o controle sobre nosso íntimo e nossas emo-
ções. Poucas são as pessoas que procuram este procedimento. Mas os
senhores já pensaram quantas vezes procuramos o médico? Logo ao nasci-
mento consultamos o pediatra, apenas para ver se estava tudo bem, e nin-
guém acha anormal. Quantas vezes, porém, procuramos o psicólogo para
saber como vai a nossa mente? A gente é capaz até de encarar com certo
desprezo as pessoas que fazem psicoterapia e isto impede que os senhores
possam se beneficiar da mesma. A psicoterapia é um procedimento que
promove um autoconhecimento de atitudes e comportamentos que podem
ser prejudiciais e nem percebemos.

Nós, aqui no Instituto Dante Pazzanese, dispomos de um serviço de
atendimento psicológico e todos os pacientes podem procurá-lo espontane-
amente, não sendo necessário o encaminhamento de qualquer profissional.

Outro aspecto é empenhar-se em modificar os fatores de risco mais
controláveis, que os senhores e senhoras podem ter uma influência mais di-
reta, já que a hereditariedade, o sexo e idade não se pode mudar. Quais são
eles? O hábito de fumar, a vida sedentária, a alimentação adequada, o con-
trole do stress, da pressão, da obesidade.

Outro aspecto ainda é cumprir o tratamento médico. O não cumprimento do tratamento médico é também uma espécie de fator de risco da doença coronariana.

É necessário lembrar que o tratamento não termina quando acaba a caixa de remédios. Pode ocorrer que o médico não acerte de imediato a medicação para o seu caso e é necessário mudá-la. Não existem milagres. Se acha que não se deu bem com a medicação, não deve abandonar o tratamento, mas conversar com o médico. Muitos pacientes não compreendem o que seja o acompanhamento clínico. O paciente vem às consultas e o médico não mudou a medicação, faz sempre os mesmos exames e diz que está tudo bem e o paciente, não entendendo bem o significado desse acompanhamento da evolução da enfermidade, abandona o tratamento ou a medicação. Outro caso é do paciente que não toma direito o remédio e não conta para o médico. O médico passa a questionar o efeito da medicação. Os fatores mais comuns que levam à não adesão ao tratamento são o desconhecimento da doença e sua necessidade, a ausência de sintomas, a rejeição do diagnóstico, a desconfiança da qualificação do profissional ou da terapêutica indicada e duração prolongada do tratamento na doença crônica.

A omissão da informação sobre a não adesão ao tratamento representa um prejuízo na qualidade da comunicação da relação médico-paciente.

É necessário saber que a enfermidade é crônica e o não-tratamento implica no agravamento da mesma, com progressiva incapacidade física até a morte e concomitante piora da qualidade de vida. Muitas vezes, quando o paciente resolve voltar ao tratamento, a moléstia já se agravou consideravelmente. O paciente que não se trata vive a ilusão de que a enfermidade não progredirá. O mesmo poderia ser dito em relação à dieta, o controle do stress, a atividade física, o hábito de fumar, o tratamento do diabetes, da hipertensão, do colesterol, da pressão alta. A não adesão ao tratamento gera culpa, *stress*, preocupação, pois o paciente sempre sabe que pode estar se arriscando.

Saber o que os senhores e senhoras têm representa, no entanto, uma vantagem sobre a população em geral. Aqueles que não têm a enfermidade e

desconhecem seus fatores de risco podem vir a adquirí-la, enquanto os senhores têm mais chances de controlá-la, porque sabem o que pode agravá-la.

Agora vamos falar sobre outro aspecto. Por que é difícil promover mudanças? Porque é difícil fazer dieta, parar de fumar, começar a atividade física, para quem nunca o fez?

Um dos motivos está no que os psicólogos chamam de negação e descrédito. O cigarro faz mal à saúde e todo mundo sabe, mas o fumante não registra essa informação. Ele não acredita que possa acontecer algo com ele, o risco é sempre dos outros. Ele pode alegar, por exemplo, que conhece pessoas que fumaram até os noventa anos de idade, sem que nada tivesse acontecido. Assim ele se baseia em uma única pessoa para justificar suas atitudes, não enxerga os malefícios imediatos do cigarro, de modo que, no seu íntimo, ele não acredita que possa realmente fazer mal. O mesmo pode ocorrer em relação à obesidade, à vida sedentária, e todas as formas de não adesão ao tratamento e controle dos fatores de risco. O hábito de comer demais, salvo raros casos, é o fator que faz engordar. Não adianta argumentar que é metabólico. É uma questão de lógica, se engordou é porque comeu mais.

Uma variante disso é a negação da própria doença. O paciente pensa que não está realmente doente ou tão grave quanto o médico falou. Se o médico fosse mais “bonzinho”, menos exigente ou não tivesse excesso de preocupação, ele deixaria comer aquele “torresminho”, aquela feijoada ... Se ele não está realmente doente não precisa se tratar.

Outro aspecto que inviabiliza mudanças está relacionado à maneira como o paciente se relaciona consigo. Ele sente-se prejudicado porque é cardíaco. Só ele deve fazer sacrifício, só ele é vítima e “coitadinho”. Todos podem fumar, beber, comer o que quiser. Daí, como ele é vítima, faz uma espécie de barganha consigo. Outro dia encontrei uma amiga no supermercado e ela me dizia que não conseguia controlar o colesterol. Já havia tentado tudo. Ao olhar para o carrinho que carregava notei, sem falar, que ele estava repleto de alimentos proibidos. Ela passou a comentar que adorava doces e que, somente uma vez por mês os ingeria, dizendo: - afinal eu também sou filha de Deus! E assim por diante, com relação ao café, à bebida al-

coólica, ao omelete e à feijoada, a cada cinco dias, a cada semana, a cada quinze dias, etc, de modo que o deslize é constante. O importante aqui é salientar que todos têm que cuidar da saúde, não só o paciente coronariano.

Uma forma de saber se os senhores e senhoras estão se cuidando é verificar o resultado dos exames clínicos e a balança. Se as taxas reduziram é porque estão fazendo o que é preciso, se não, não estão. Façam experiências, com caminhadas, dietas, ou levando uma vida mais tranqüila, se os parâmetros diminuem. Os senhores mesmos podem observar.

Outro aspecto que dificulta as mudanças é acreditar que pode haver mudanças sem esforço. O paciente espera que as mudanças de estilo de vida, o abandono do hábito de fumar venham como um milagre, que caiam do céu. Vive a ilusão de que não precisará se esforçar para isso. Todas as mudanças em nossa vida podem ser difíceis, dolorosas, exigem grande empenho de nossa parte para nos adaptarmos. Falo das mudanças em geral, tais como casar, separar, arrumar um novo emprego, ter um filho, um neto ou a aposentadoria e cuidar da doença coronária. As mudanças representam grandes desafios e envolvem momentos de incerteza, de desnorteamento, de dúvidas quanto a estarmos no caminho certo. Mas esses desafios representam vantagens, pois estaremos indo ao encontro de algo melhor.

Outro aspecto, ainda, que dificulta mudanças é a dificuldade de tolerar frustrações. Quando somos crianças, nossos desejos são imperiosos. A criança quer o doce antes do almoço e, se a mãe não deixa, ela não aceita. Mais tarde ela já comprehende melhor que não pode ter tudo que quer. Ela vai aprendendo a tolerar frustrações, sem que tudo fique negro à sua volta e ela se desorganize. Todos nós podemos conservar certos traços infantis, mas com o nosso desenvolvimento, vamos aprendendo a adiar gratificações, a renunciar hoje para obter algo melhor amanhã. O mesmo pode ocorrer com quem vai se propor a fazer mudanças. O fumante tem que fumar naquela hora. O cigarro, de fato, causa dependência física e psíquica e aumenta essa necessidade imperiosa. O mesmo pode acontecer com a gula, com a vontade de comer certos alimentos gordurosos, com a dificuldade de fazer exercícios. Não é só o cigarro que vicia, a pessoa pode ser viciada em comida, bebida e

utilizar essas circunstâncias para compensar decepções, frustrações, obtendo um falso benefício do prazer imediato que proporcionam. A pessoa não consegue enxergar o amanhã e os benefícios do controle de seus impulsos e quer o seu prazer imediato.

Um outro aspecto que dificulta mudanças permanentes é a dificuldade de persistir quando ocorrem recaídas. Às vezes a pessoa não resiste ao chocolate, à feijoada, e daí “libera geral”. Acha que não tem jeito mesmo, sente-se culpado e infeliz porque não tem controle e daí precisa comer mais, beber, fumar mais para compensar a frustração. Assim, o melhor é persistir quando há recaídas. Liberou-se um dia, o mundo não vai acabar. Volta no dia seguinte, mas volta mesmo. O ideal é ser flexível, conseguir o controle, sem ser carrasco de si mesmo. Nós sabemos de um paciente que depois de fazer o programa ficou anoréxico, uma doença psicológica que faz com que sinta medo de comer qualquer coisa. Não é isso que queremos passar para os senhores e senhoras.

É necessário também fazer mudanças planejadas para que sejam mais permanentes. A mudança que estamos falando envolve uma alteração mais profunda em suas vidas: a mudança de estilo de vida. O cigarro faz mal para todos, a gordura faz mal para todos, não só para o coronariano. O tabagista pode decidir ficar uma semana, um mês sem fumar, daí considera que já se curou do vício e decide fumar só um ou dois cigarros por dia. Quando se dá conta, voltou a fumar. A pessoa pode decidir levar uma vida mais tranquila hoje e esquecer o que planejou amanhã. Assim, é necessário aprender a lidar com as recaídas, sem perder de vista as metas. A satisfação real que se obtém advém, não do prazer imediato de fazer tudo que se quer, mas do sentimento de que somos donos de nós mesmos, sabemos controlar nossos impulsos, sem ser radical e sem culpa.

Continuando, devemos lembrar que só é possível fazer mudanças quando as desejamos verdadeiramente. Quando queremos algo de verdade, enfrentamos qualquer obstáculo. Muita gente diz que não consegue parar de comer, de fumar, não sabe porque não consegue fazer exercícios, não controla a pressa e o stress e isso passa a ser uma justificativa para não mudar.

É necessário, além disso, já que as mudanças em nossa vida não são tão fáceis, eleger um período mais tranquilo e se preparar emocionalmente para enfrentá-las. Isto não quer dizer adiar indefinidamente essa data, mas estar preparado para a instabilidade emocional que essa nova adaptação pode desencadear. O desafio pode ser gratificante. Quem se libera de um vício, pode ser a pressa, a ambição, o cigarro, descobre coisas novas de si que estavam ocultas, sentimentos que não se dava conta e só assim poderá lidar melhor com eles.

Em certos casos, é aconselhável usar facilitadores, tais como os comprimidos de reposição de nicotina, para o fumante; utilizar dietas mais atrativas, que os senhores terão várias sugestões com a nutricionista, ou fazer atividade física em ambientes mais agradáveis, como no parque, e fazer disso um lazer e não uma obrigação.

Finalmente, o grande obstáculo a mudanças de estilo de vida está no desejo de abandonar a luta pela vida. Muitas vezes, não queremos promover mudanças porque perdemos a vontade de viver. Assim, como já comentamos, o cigarro, o *stress*, a pressa, a urgência de tempo, a gordura em excesso podem ser uma espécie de veneno. Devemos pensar se, com isso, não estamos cometendo, inconscientemente, uma espécie de ‘suicídio’.”

Conclusões

Faz-se necessário, nos tempos atuais, que as políticas públicas de saúde implementem programas mais consistentes com os novos conhecimentos. Uma modalidade é a abertura de novos canais de comunicação com os pacientes, de modo a torná-lo mais participativo, integrando-o no processo de tratamento da enfermidade orgânica.

A ampliação da informação, além de todos os possíveis efeitos indiretos, ligada ao contato com os profissionais de saúde, parece representar uma ponderável contribuição ao controle da progressão da enfermidade coronária. Futuras pesquisas poderão, no entanto, dimensioná-la melhor.

Os depoimentos de alguns pacientes, registrados em reuniões de encerramento e avaliação do aprendizado, podem servir de ilustração sobre o efeito imediato do Programa. Pede-se aos pacientes que sejam sinceros tanto na avaliação das aquisições quanto dos aspectos que não conseguiram modificar: “*Descobri que a doença é fatal se não me cuidar*”. “*Tenho que mudar tudo que fazia antes*”. “*Agora eu conheço melhor e sei que com a doença tem que ter controle*”. “*Descobri que é possível comer bem, fazendo regime*”. “*Recebi uma explicação detalhada de como me cuidar. Eu pensava que quando a pressão estava boa não precisava de remédio*”. “*Aprendi sobre alimentação, fatores de risco. Que a gente não deve voltar ao cigarro quando tem alta do hospital*”. “*Aprendi a identificar a dor de angina. Quando é angina e quando não é*”. “*Descobri que a doença não tem cura*”. “*Só não consegui controlar meu nervosismo*”. “*Descobri que tenho que controlar o nervoso, ser mais calmo*”. “*Eu só não consegui emagrecer*”. “*Eu emagreci 5 quilos depois que iniciei o Programa*”. “*Eu me trato há 12 anos no Instituto Dante Pazzanese e só agora fiz tratamento em grupo*”. “*Descobri que tem outras pessoas com o mesmo problema que o meu*”. “*Descobri que sozinho a gente não faz nada. Eu ia comer alguma coisa que não devia e lembrei do grupo e não comi*”. “*Antes eu tinha medo de andar, agora aprendi a fazer ginástica*”. “*Aprendi quase tudo aqui, aprendi a andar no plano*”. “*Tenho muita preguiça de andar sozinha, não consegui ainda*”. “*A minha rua é muito ruim, tem muita ladeira e eu me canso, por isso não vou caminhar. Vocês (profissionais de saúde) conseguem fazer exercícios?*”. “*Aprendi que tenho que tomar remédio sempre*”. “*Eu procuro fazer dieta, mas a patroa não faz comida de dieta e eu vou na cozinha e preparo minha comida*”. “*Aqui falaram que desde jovem se deve fazer dieta para não ter colesterol, mas em casa os filhos adolescentes não querem nem saber*”.

Nas reuniões de encerramento, os pacientes em geral, lamentando a separação, manifestam o desejo de que o “grupo” (como é chamado) tenha continuidade. Isto levou a equipe a promover reuniões periódicas com vários grupos de veteranos, para retenção das aquisições.

Do ponto de vista da abordagem psicológica, ainda não dispomos de dados consistentes sobre o grau de aproveitamento, no que concerne às ef-

tivas mudanças de hábitos e atitudes propiciadas pela experiência. Um dos fatores que, a princípio, poderia representar uma limitação a uma abordagem de tipo informativo-educativo estaria nas restrições do próprio método. Pode-se incluir aqui o desafio que representa o número elevado de participantes em cada módulo do Programa, cerca de 80 a 100 pacientes. Pode-se considerar, também, diante apenas da informação, a dificuldade peculiar de reconhecer, por parte das pessoas e, portanto, do paciente coronariano, seus sentimentos e motivações, que possibilitariam mudanças de atitudes. De todo modo, embora se reconheça que o alcance do trabalho psicoterápico e as chances desse reconhecimento sejam indubitavelmente ampliados, este procedimento, de enfoque individual e que atende mais ao perfil do psicólogo enquanto profissional liberal configura-se como inviável, quando se pensa em políticas de saúde e propostas que atendam a população.

A prevenção da doença coronária, pelo que foi exposto, envolve indubitavelmente questões sociais bem mais amplas, tais como o desemprego, a pobreza, as injustiças sociais, a violência e inclusive o preço dos medicamentos, que não se pretende discutir aqui. O efeito geral do programa sobre os pacientes, no entanto, talvez não esteja apenas no incremento de informações, na proposta educativa, e na possibilidade de que os mesmos tenham a seu serviço um controle maior dos fatores de risco da enfermidade. É possível que o que os profissionais de saúde passam, nesses encontros, esteja além da comunicação verbal. A manifestação genuína de interesse pela pessoa do paciente, a troca de experiências entre eles e a força de coesão do grupo, podem conter em si um potencial regenerador considerável, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos que se dispuseram a investir emocionalmente no Programa.

Giannotti, A. (2002). Coronary Heart Disease Prevention: A Psychological Perspective in a Multidisciplinary Program. *Psicologia USP*, 13 (1), 167-195.

Abstract: The Hospital Dante Pazzanese offers a multidisciplinary psychoeducational program which consists of classes organized by health experts from different areas. This article discusses the strategies to enhance the sense of control of the psychological and psychosocial factors and emphasizes the importance of psychological interventions. The study explores the role of emotions, stress and general risk factors and the difficulties found by people and how to discover ways to promote personal changes for health care.

Index terms: *Heart disorders. Prevention. Programs. Psychological intervention. Multidisciplinary group.*

Giannotti, A. (2002). Prévention de la Maladie Coronarienne: Perspectives Psychologiques Dans un Programme Multidisciplinaire. *Psicologia USP*, 13 (1), 167-195.

Resume: Un programme multidisciplinaire de prévention de la maladie coronarienne a été implanté à l'institut Dante Pazzanese et perfectionné au moyen de cycles de conférences présentées par les différents spécialistes. Cet article présente les facteurs de risques psychologiques et psychosociaux et résume les présentations dans le domaine de la psychologie. Dans ce rapport on met en relief le rôle des émotions, du stress et les facteurs de risque de façon générale, les difficultés que les personnes peuvent rencontrer et comment trouver les manières de promouvoir les changements personnels pour prendre soin de sa santé.

Mots-clés: *Maladies cardiaques. Prévention. Programmes. Intervention psychologique. Groupe multiprofessionnel.*

Bibliografia

Cannon, W. B. (1939). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. New York: Appleton.

Brauwald, E. (1991). *Tratado de medicina cardiovascular* (3a ed.). São Paulo: Roca.

- Cruz, D. A. L. M. Aspectos da enfermagem na prevenção primária das doenças isquêmicas do coração. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 22 (2), 215-221.
- Dawber, T. R., Kannel, W., & Lyell, D. (1963). An approach in longitudinal studies in a community: Framingham study. *Annals of New York Academy Sciences*, 107, 539.
- Haynal, A. (1980). Las enfermedades cardiovasculares. In A. Haynal & W. Pasini, *Manual de medicina psicosomática*. Barcelona, España: Toray-Masson.
- Issa, J. S. (1996). Fumo e doenças cardiovasculares: Prevenção primária e secundária. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 6 (5), 590-595.
- Giannotti, A. (1993). Psicologia nas instituições médicas: Questões teóricas e metodológicas. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 3 (3, Supl. A), 9-15.
- Giannotti, A. (1993). Stress psicológico: Ambigüidade conceitual e fator de risco coronário. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 3 (5, Supl. A), 7-9.
- Giannotti, A. (1995). Psicologia nas instituições médicas e hospitalares. In M. F. P. Oliveira & S. M. C. Ismael (Orgs.), *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia*. Campinas, SP: Papirus.
- Giannotti, A. (1996). Psicologia em instituições médicas: Questões teóricas e metodológicas. In *Efeitos psicológicos das cardiopatias congênitas* (pp. 14-28). São Paulo: Lemos.
- Giannotti, A. (1996). Reflexões sobre a especificidade do trabalho de psicólogos na saúde pública junto a pacientes com problemas orgânicos. *Insight Psicoterapia*, 5, 31-34.
- Giannotti, A. (1998). Inserção da psicossomática na prática em saúde pública. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 8 (1, Supl. A), 9-13.
- Giannotti, A., & Linguanotto, M. J. R. (1976). Contribuição ao estudo das possíveis correlações entre stress e níveis de lipoproteínas séricas de baixa densidade (LDL). *Revista Brasileira Clínica e Terapêutica*, 5 (12), 431-436.
- Giannotti-Hallage, A. (1990). Papel das emoções e das situações psicologicamente estressantes na gênese das arritmias cardíacas e da morte súbita. In B. W. R. Lamosa (Org.), *Psicologia aplicada à cardiologia* (pp. 71-78). São Paulo: Fundo Editorial Byk.
- Kannel, W. B., Lee Bauer, E. J., Dawber, T. R., & McNamara, P. M. (1967). Relation of body weight to development of coronary heart disease: Framingham study. *Circulation*, 35 (4), 734-744.

- Linde, B. J., & Jans, N. M. (1979). Effect of a teaching program on knowledge e compliance of cardiac patients. *Nursing Review*, 28 (5), 282-286.
- Lotufo, P. A. (1996). Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: Histórico, situação atual e proposta de modelo teórico. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 6 (5), 541.
- Martins, S. T. F. (1993). Saúde pública e saúde mental: A inserção do psicólogo nas unidades básicas de saúde. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 3 (2, Supl. A), 8-12.
- Martins de Oliveira, J. (1979). Aspectos preventivos em cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 33, 49.
- Mello, J. F. (1992). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. (1993). *Doenças cardiovasculares no Brasil: Sistema Único de Saúde - SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ongaro, S. (1991). O paciente coronariano em reabilitação: Uma abordagem psicossomática. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 1 (1), 9-15.
- Ongaro, S. (1992). A integração do psicólogo no hospital: Um caminho a percorrer. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 2 (2, Supl. A), 7-10.
- Rosenmann, R. H., Friedman, M., & Strauss, R. (1970). Coronary heart disease in the western collaborative group study: A follow-up experience of 4,5 years. *Journal Chronic Diseases*, 23 (3), 173-190.
- Rosenmann, R. H. et al. (1976). Multivariate prediction of coronary heart disease during 8,5 years follow up in the western collaborative group study. *American Journal of Cardiology*, 37, 903.
- Santello, J. L., Krasilsic, S., & Mion Jr., D. (1996). O papel da hipertensão arterial na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 6 (5), 575-579.
- Selye, H. (1936). *The stress of life*. New York: Mc Graw-Hill.
- Simon, R. (1983). *Psicologia clínica preventiva: Novos fundamentos*. São Paulo: Votor.
- Trezzza, E. (1986). *O coração na saúde e na doença*. São Paulo: Nacional.

Recebido em 17.12.2001
Aceito em 05.02.2002

OBESIDADE: REALIDADES E INDAGAÇÕES

Lia Ades e Rachel Rodrigues Kerbauy¹

Instituto de Psicologia - USP

Intervenções para promover a perda de peso a longo prazo constituem um assunto controvertido. As pesquisas e o trabalho clínico mostram a eficácia da terapia comportamental e cognitiva para perder peso a curto prazo. Procedimentos de modificações fisiológicas estão em busca crescente. São necessárias pesquisas para responder a questões sobre temas como preferência por reforçadores, atividade física, apoio social, avaliação da energia ingerida e gasta e os procedimentos biológicos. O problema é o estudo do processo de ganho de peso e manutenção.

Descritores: Comportamento alimentar. Obesidade. Distúrbios do ato de comer. Controle do peso. Prevenção. Terapia comportamental.

Aobesidade é atualmente assunto de interesse universal. É considerada uma doença crônica, multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. É fator de risco para patologias graves, como a diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão, distúrbios reprodutivos em mulheres, alguns tipos de câncer e problemas respiratórios. A obesidade pode ser causa de sofrimento, depressão e de comportamentos de esquiva social, que prejudicam a qualidade de vida.

Além de trazer sérios riscos para a pessoa, a obesidade é hoje um dos mais graves problemas de saúde pública do mundo. A despeito dos inúmeros tratamentos existentes, sua prevalência vem crescendo nas últimas décadas e especialistas a caracterizam como epidemia. Nos Estados Unidos a si-

¹ Endereço para correspondência: Al. Joaquim Eugênio de Lima, 1537 – CEP: 01403-003, São Paulo, SP.

tuação é séria: a alimentação desregrada e a vida sedentária contribuem para aproximadamente 300.000 mortes por ano. Segundo estatísticas apresentadas pela *National Health and Nutrition Examination Surveys - NHANES* (Flegal, Carroll, Kuczmarski, & Johnson, 1998), há mais de 97 milhões de americanos que se encontram acima do peso ou que são obesos (aproximadamente 50% da população), e a tendência é aumentar esse número. Alemanha e Inglaterra seguem de perto a taxa americana de indivíduos com sobre-peso. Porém, a obesidade não é mais exclusividade dos países desenvolvidos, ou do mundo ocidental. Aparece hoje em países da América Latina, como México, Uruguai, Chile, Peru, Colômbia e Brasil (Federação Latino-Americana de Sociedades de Obesidade [FLASO], 1998). É provável que 200.000 pessoas morram anualmente em decorrência destas complicações na América Latina.

No Brasil, cinco em cada cem crianças de até 14 anos têm peso excessivo e estão sob o risco de desenvolver hipertensão arterial. Portanto, o problema não se restringe às mulheres ou à população adulta. Nos Estados Unidos, 25% das crianças já apresentam sobre peso ou são obesas. *World Health Organization* (WHO, 1998) declara que se caracteriza, hoje em dia, “uma epidemia de obesidade em escala mundial”.

O ciclo de peso após dietas sucessivas e recuperação, que levaria a dificuldade da perda de peso, é um ponto de vista controverso. O critério de 20% de sobre peso é considerado como de risco de saúde, aumentado para doenças graves. Manson et al. (1990) sugerem que mesmo um sobre peso pequeno de 5% aumenta o risco. Lissner et al. (1991), mostram que há relação entre a variabilidade de peso corporal e o risco de mortalidade por doença coronariana. Portanto apesar de haver controvérsia muitos dados salientam a importância da manutenção de peso.

O ser gordo ou magro na sociedade atual é veiculado pela mídia, na maior parte das vezes, sem relação com a saúde. O ideal é o corpo magro, sem que se levem em conta diferenças genéticas. O ser gordo pode também significar falta de controle de impulsos, preguiça, ser relaxado. Com a

transmissão desses conceitos é evidente que o sobrepeso pode ser um fator de sofrimento para aqueles que não alcançaram um corpo perfeito.

Nota-se também que, como a obesidade é fator de risco para várias doenças, aumentam as indicações médicas para controle de peso e inclusive a procura de produtos saudáveis ou que controlem colesterol e açúcar.

Mudanças nos conceitos sobre obesidade

A denominação de obesidade é conhecida e remete a uma doença mas coloca pouca ênfase na análise do comportamento alimentar. Antes de empregar técnicas que podem ter sucesso a curto prazo, é preciso descrever contingências conflitantes, que atuam em comportamentos complexos como neste caso.

De fato, consideramos o comportamento alimentar como que transformado e com funções diferentes em casos de excesso de peso. Estímulos do contexto têm história de reforço e propriedades, que se desenvolveram, e são difíceis de identificar em situação natural e clínica. É freqüente encontrar-se relatos de procura de alimento em grandes quantidades após eventos agradáveis ou desagradáveis, e a seqüência de estímulos e comportamentos decorrem de história pessoal construída muitas vezes desde tenra idade. É prematuro ainda, apesar das pesquisas desenvolvidas em vários laboratórios, poder explicar o comportamento de alimentar-se em excesso, seja em relação a quantidade e qualidade, distribuição no tempo, sem descrever a história pessoal em relação ao alimento.

Nos anos 50 a obesidade era considerada um reflexo de um distúrbio de personalidade. Nos anos 60, especialmente devido os estudos de Ferster, Nuremberg, e Levitt (1962), Schachter (1968), Stuart (1967) e início do trabalho dos terapeutas comportamentais, a obesidade passou a ser considerada como fruto de hábitos alimentares desadaptativos.

Os estudos sobre perda de peso proliferaram nos anos 70 e 80. Especialmente Stuart pesquisou e publicou livros de esclarecimentos sobre o as-

sunto, iniciando seu trabalho com base no artigo antológico de Ferstere et al. (1962) baseado em análise do comportamento. Stuart propõe o autocontrole como forma de controlar comportamento alimentar. Ele sugere que talvez as falhas da perda de peso não possam ser atribuídas apenas ao sujeito, mas também ao delineamento experimental do programa. Segundo esse autor, muitos experimentadores enfatizam a monitoria do peso deixando de reforçar e modelar comportamentos necessários para produzir mudanças de peso. Além disso, sugere que o experimentador parece estar muito mais preocupado em questionar os fracassos do que os sucessos dos seus clientes. Enquanto todos os investigadores incluem em seus delineamentos alguma medida de peso ou perda deste, poucos enfatizam os fatores interdependentes, sociais ou psicológicos, existentes no emagrecimento. Ainda outra falha do delineamento consiste em se exigir a manipulação do comportamento alimentar em si, sem se observar e criar condições para o controle da urgência de se alimentar.

Justificando suas afirmações, Stuart (1980) cita alguns estudos que procuram estabelecer relação entre perda de peso e problemas psicológicos, como os de Herman e Mack (1975), Stunkard e Rush (1974). Os primeiros observam que a participação em um tratamento para emagrecer leva ao estresse psicológico enquanto os segundos concluem que procedimentos para a redução de peso podem ocasionar níveis clínicos de depressão provocados pelos esforços de resistir ao alimento. A redução da necessidade desenfreada de alimentar-se, juntamente com a manipulação do comportamento alimentar, pode reduzir essa tendência (Stuart, 1980). Conclui que para se obter resultados mais duradouros nos tratamentos comportamentais para a perda de peso, deve-se levar em consideração quatro pontos no momento de se proceder ao delineamento experimental de um programa: (1) a obesidade é uma doença complexa de origem fisiológica, psicológica, social e situacional; (2) a obesidade é um distúrbio de estilo de vida que implica em investimento para ser corrigido; (3) a obesidade só pode ser combatida através de alternativas para os problemas comportamentais que levem ao enfraquecimento da motivação para a emissão de comportamentos problemáticos e à supressão de respostas-problema; (4) para efetuar as mudanças necessárias os clientes

deveriam ser ajudados a superar quatro estágios do controle de peso: (a) a decisão de agir, (b) a manipulação da necessidade de comer seguida da manipulação do comportamento alimentar em si ; (c) a manipulação do período imediatamente anterior ao tratamento quando a não adesão é iminente; (d) a manipulação do período após o tratamento, a médio e longo prazo, quando as dificuldades aparecem.

O aspecto a ser desenvolvido em todos os programas comportamentais para a perda de peso parece ser o das estratégias de auto-reforçamento, pois segundo vários autores, entre eles Bandura (1977), Kerbawy (1972), Mahoney, Moura, e Wade (1973), é um dos pontos essenciais para obtenção do autocontrole. Mahoney et al. (1973), em um estudo com 55 mulheres obesas divididas em cinco grupos - auto-reforçamento, autopunição, auto-reforçamento mais autopunição, auto-monitoria e controle de estímulos - observaram que o grupo do auto-reforçamento foi o que mais perdeu peso e conseguiu manter esta perda durante o acompanhamento. O autor sugere que as estratégias de auto-reforçamento são superiores à autopunição e à auto-monitoria.

Com o objetivo de identificar diferentes fatores determinantes da perda e da manutenção de peso, Stalonas, Perri, e Kerzner (1984) investigaram a permanência do efeito do tratamento da obesidade com um programa de autocontrole e acompanhamento de cinco anos. Quarenta e quatro sujeitos foram divididos em quatro grupos, a saber: P (autocontrole); PE (autocontrole + exercício); PC (autocontrole + controle de contingências); e PEC (autocontrole + controle de contingências e exercício). Após cinco anos, 36 dos 44 sujeitos foram contatados para a verificação do peso. Os resultados mostraram que, embora todos os grupos tivessem perdido peso durante o programa e mantido essa perda de peso por um ano, todos voltavam a engordar após cinco anos. A freqüência do uso de estratégias comportamentais também foi investigada e observou-se que apenas duas se mantiveram por cinco anos: comer num só lugar e não repetir o prato. Vinte e seis sujeitos declararam que fatores situacionais influenciavam seu comportamento alimentar e dentre eles foram considerados negativos: o ambiente de trabalho (12), a família, especialmente o cônjuge (15), o tédio, a raiva, problemas emocionais

nais (21) e a depressão (11). Embora os resultados gerais não sejam encorajadores, os resultados do grupo PEC - autocontrole + controle de contingências e exercício (ganho ponderal de 4,69 quilos após 5 anos) se mostraram os mais satisfatórios, indicando que uma sofisticação no delineamento experimental do programa possa surtir efeitos mais positivos. Os autores sugerem também que novas estratégias são necessárias para manter os efeitos a longo prazo, e que há necessidade de pesquisas para focalizar clinicamente e não apenas experimentalmente o tratamento da obesidade pois as diferenças individuais precisam ser observadas quando se faz pesquisas envolvendo seres humanos.

Fisher Jr., Levenkron, Loue, Loro, e Green (1985), sugerem que uma das falhas na manutenção do peso perdido em pacientes submetidos a programas comportamentais deve-se ao fato de os tratamentos serem muito estruturados, diretivos ou invasivos. Os procedimentos comuns para a redução do peso geralmente impõem uma série de regras consideradas invasivas porque causam quebra da rotina. Além disso, esses procedimentos são aplicados uniformemente e ignoram as diferenças individuais, bem como a variação dos hábitos de cada indivíduo. Podem desencorajar a manutenção da mudança comportamental. A fim de resolver esse problema, esses autores desenvolveram uma técnica para mudança comportamental chamada auto-iniciação no treino de autocontrole. O objetivo dessa técnica era desenvolver nos clientes estratégias de autocontrole adequadas às suas necessidades, ou seja, promover um tratamento individualizado e ajudar os indivíduos a perceber as consequências de suas ações. Participaram desse estudo 51 mulheres com 21,7% de excesso de peso, distribuídas randomicamente em um de três grupos: SI (auto-iniciação no treino de autocontrole), SE (controle de estímulos) e EBC (controle do comportamento alimentar). Os resultados foram analisados após 7 e 16 semanas. Observou-se que os três tratamentos reduziram peso e o índice de excesso de peso dos participantes após sete semanas, entretanto, apenas o grupo SI apresentou redução do índice de excesso de peso entre o final do tratamento e o final do acompanhamento. Além dessas análises e procedimentos comportamentais, desenvolvidos na década de 70 e 80, observa-se que a genética, o metabolismo e biologia são

fatores relevantes. Stunkard et al. (1986) verificou ser genético um fator condicionante da obesidade e Ravussin et al. (1988) acharam que o gasto de energia poderia ser usado para predizer o ganho de peso.

Nos anos 90 estava consolidado o reconhecimento dos múltiplos fatores que contribuem para a obesidade e que haviam sido salientados com maior ou menor ênfase e em várias combinações pelos autores de áreas do conhecimento. A falta de exercício, a qualidade e quantidade de alimento e os padrões alimentares e comportamentais que favorecem a obesidade, são fatores de risco para a população e para os indivíduos. A análise das circunstâncias de vida, dos fatores biológicos e culturais para cada uma das pessoas determinará porque cada indivíduo ganha ou não peso.

Um estudo de Heller e Kerbauy (2000) com oito mulheres obesas visando treinar o autocontrole do comportamento alimentar e identificar variáveis controladoras do peso numa população de baixa renda e de baixa escolaridade obteve resultados num programa de quase dois anos. Houve uma modificação do peso e um aumento da atividade física além da aquisição de hábitos secundários mas, principalmente, apoio do grupo para emagrecer e continuar a encontrar-se.

Tentativas de soluções fisiológicas

Esgotados ou não os recursos comportamentais para perder peso, e tendo em vista o reconhecimento das dificuldades envolvidas, soluções são procuradas via medicação ou outros procedimentos.

Estudos mostram que o *binge eating* é um comportamento presente em um número significativo de pessoas que se preparam para a cirurgia bariátrica, ou seja, para a cirurgia de diminuição do estômago utilizada, sob diversas modalidades, no tratamento de obesos graves (Kalarchian, Wilson, Brolin, & Bradley, 1998; Powers, Perez, Boyd, & Rosemurgy, 1999; Saunders, 1999). Dado que a manutenção da perda de peso após a cirurgia bariátrica é contingente à modificação do comportamento alimentar, a identifica-

ção e o tratamento de transtornos alimentares pode ser crítica para que se tenha bons resultados a longo prazo.

O estudo de Saunders (1999), por exemplo, baseado na aplicação de questionários específicos - *Binge Eating Scale, Beck Depression Inventory, Questionnaire on Weight and Eating Patterns* - a 125 pacientes candidatos à cirurgia, mostra que praticamente a metade deles apresentava comportamentos de binge eating e de “acessos”, numa freqüência de duas ou mais vezes por semana. Problemas mais severos no Binge Eating Scale foram encontrados em 33,3% da população estudada. A depressão é uma condição fortemente vinculada ao binge eating, segundo o estudo.

Kalarchian et al. (1998) também aplicaram questionários - *Beck Depression Inventory (BDI), Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ), Eating Disorder Examination (EDE)* – a 64 pacientes candidatos à “cirurgia da obesidade”. Um número significativo desses pacientes relatou episódios de binge eating.

Uma questão urgente é estabelecer critérios para a seleção de pacientes para essa cirurgia. O consenso do *National Institutes of Health - NIH* (ver, Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity, 1991), para a cirurgia gastro-intestinal para a obesidade severa determina o índice de massa corporal (IMC = Kg/m²) maior ou igual a 40 como indicativo para cirurgia, ou então, de 35 a 40 com comorbidades graves. Um outro critério é que a pessoa tenha realizado inúmeras tentativas de emagrecimento sem sucesso. É possível, no entanto, discutir a cirurgia, além do cuidado no diagnóstico, se pensarmos nos procedimentos de controle alimentar que psicólogos procuram entender e desenvolver com pesquisas e trabalho clínico.

Os hábitos alimentares, em geral, e a relação que a pessoa estabelece com o alimento, em particular, não se alteram apenas com o procedimento cirúrgico e diminuição do estômago. Tanto para os pacientes obesos que seguem um tratamento de dieta e exercícios, quanto para aqueles que passam pela cirurgia, o acompanhamento a longo prazo e a manutenção devem ser considerados.

No ambulatório, o grupo de apoio/acompanhamento de pacientes com obesidade grave submetidos à cirurgia bariátrica pode eventualmente contar com a colaboração de pacientes candidatos a essa cirurgia. Nutricionista, cirurgião, endocrinologista são chamados a participar quando há muitas dúvidas e questões em relação a um determinado aspecto.

Uma das autoras deste estudo (Ades), em sua experiência com ambulatório, em Recife, relata que uma questão essencial para M., uma paciente. (e para os outros pacientes) é a *nova relação com o alimento* que, após a cirurgia, precisou ser estabelecida. Percebe-se que há um grande prazer em antecipar, na imaginação, a quantidade de comida, a idéia de “deliciar-se” comendo. Assim, a frustração é experimentada pelos pacientes que reduziram o estômago e que não podem mais comer em quantidade. M. diz logo de início que sente muita raiva diante de um bom prato de comida, porque antes estava acostumada com muito, e podia comê-lo, e agora só agüenta um pouquinho. Por exemplo: “*Estou com muita vontade de cachorro-quente ...*”. Mas é a vontade de um cachorro-quente grande que vem à sua cabeça: “... *aquele com purê, com molho, com tudo. Só de pensar que só posso um tequinho ... nem adianta comer. Fico com aquela raiva em mim*”.

Embora a cirurgia dê um limite quantitativo para a comida, não se pode abandonar o cuidado com “o quê” se come, pois a cirurgia exige uma vigilância constante com a nutrição, para que não faltem nutrientes necessários para a saúde. Com o tempo, M. parou de se incomodar muito com isso, a costumou-se a comer pouco. Porém, a escolha dos alimentos continuou sendo influenciada por antigas preferências: “*às vezes prefiro comer um biscoito e não almoçar. Tem que ser um biscoito ...*”.

Não é incomum encontrar pessoas que precisam de um seguimento ainda mais cuidadoso após a cirurgia por ter uma dificuldade muito grande em adaptar-se à nova alimentação que deve ser introduzida aos poucos. Pacientes relatam muita ansiedade e até desespero por não poderem comer mais como antes. Há quem precise de calmantes para ajudar na recuperação. Também há pacientes que ingerem mais alimentos que o permitido e regurgitam ou vomitam após refeições. Esse comportamento tende a desaparecer

provavelmente pela punição que o vómito representa e pelos reforços pelo peso reduzido em relativamente pouco tempo. Evidentemente o tamanho do estômago novo é uma barreira física para alimentar-se em demasia.

Pacientes que entram no programa de mudança comportamental e que iniciam a dieta antes da cirurgia parecem estar mais prontos a aceitar a alimentação no período pós-operatório (líquidos, papas, etc.) e parecem ter mais consciência de que uma reeducação alimentar é necessária. O prognóstico é bastante melhor.

Outros pacientes relatam não ter mais a dificuldade que tinham anteriormente em controlar a alimentação. Porém, a experiência nos mostra que este diagnóstico precisa ser bem feito, pois, até determinado grau, a compulsão melhora com a cirurgia.

Uma outra novidade contra a obesidade, a partir de modificações fisiológicas, é um sistema implantável de estimulações gástricas, que aumenta a sensação de saciedade. Seria uma alternativa para a cirurgia que diminui o estômago e, portanto, a capacidade de ingerir alimento.

O IGS (Implantable Gastric Stimulation System) é um aparelho implantado sob a pele e que produz pequenas descargas elétricas na parede externa do estômago. Dessa maneira, a pessoa se sente saciada com menor ingestão de alimento havendo redução ponderal de peso. Este procedimento está em fase de teste em vários países.

Não podemos deixar de considerar os medicamentos para controle de obesidade. A descoberta de novos medicamentos que contribuam para a regulação do corpo sem efeitos colaterais nocivos é o esperado. Provavelmente os estudos se encaminharão para investigar se os tratamentos comportamentais podem aumentar os efeitos dos medicamentos e propiciar a retirada após certo período.

A obesidade é uma condição complexa

É fato aceito hoje que múltiplos fatores de risco atuam, em diferentes combinações, para as pessoas. Há: (1) riscos para a população (disponibilidade de alimento rico em gordura; dieta rica em gordura; níveis decrescentes de atividade física; padrões alimentares que estimulam a obesidade); (2) riscos para os indivíduos (fatores biológicos: genéticos, baixa taxa metabólica em repouso, número elevado de células adiposas) e fatores comportamentais (como padrões alimentares negação do exercício e vida sedentária). Segundo Brownell e Neil (1993/1999), as controvérsias e os modismos das dietas alimentares podem trazer riscos à saúde, e inúmeras questões: a perda de 10% do peso corporal é suficiente para melhorar os fatores de risco? A dieta provoca alimentação desordenada (compulsão, bulimia, anorexia)? Quem deveria perder peso? Quais as condições para a dieta? Quanto uma pessoa deveria perder? Qual a melhor maneira?

Dada a multiplicidade de etiologias, de problemas médicos e psicológicos a ela associados; dadas as diferentes “dietas” existentes e aos padrões culturais de ideal de magreza; é importante haver uma avaliação e uma decisão fundamentada para iniciar um programa de perda de peso. O nutricionista estudando cada caso e adequando a dieta é parte importante da equipe.

As dietas mágicas e as consequências a curto e longo prazo precisam ser esclarecidas em casos específicos de tentativas anteriores e de resultados duvidosos. As dietas balanceadas geralmente respeitam regras preconizadas e veiculadas pelas revistas científicas ou até pelos meios de comunicação. As informações errôneas ou prejudiciais precisam ser controladas. Por exemplo, são irrelevantes as superstições como tomar chá inúmeras vezes ao dia feito de manhã com dois litros de água, uma colher de chá mate, mexido em sentido horário e coberto com pano branco. Provavelmente não é urgente desmistificar esse ritual uma vez que o líquido é ingerido várias vezes ao dia e o chá é o recomendado ou é o de frutas e bastante diluído. Essa superstição só precisaria ser combatida se a quantidade de cafeína fosse muito alta. Há

inúmeros outros pontos que necessitam de esclarecimento e a verdade e o mito, em muitos casos, pode ser desprezada.

Não temos um acervo de dados antropológicos para ilustrar as interações organismo/ambiente no caso de respostas supersticiosas e muito menos no caso das alimentares. Há casos anedóticos, só relatados em consultórios clínicos de médicos, psicólogos e nutricionistas.

O trabalho com alimentação, precisa sim, respeitar peculiaridades regionais e pessoais quando possível e desmistificar o alimento como a única fonte de gratificação. Neste caso, o nutricionista e psicólogo podem ser colaboradores. Moutinho e Kerbauy (2001), encontraram em estudo com 50 funcionários voluntários de fábrica de setor químico que, dos 15 participantes casados, 14 tinham engordado após o casamento. Embora as explicações para isso, como sedentarismo, sejam adequadas, os novos alimentos introduzidos não foram relatados, seria uma variável interessante de ser pesquisada. Nesse grupo de 50 participantes, 16 estavam com excesso de peso e embora com predominância de homens (37 para 13 mulheres), 8 haviam tentado perder peso, 12 achavam que precisavam perder peso e dois estavam fazendo uma tentativa.

Buzzo e Kerbauy (1995) procuraram esclarecer em estudo com cinco mães, de classe média, com filhos de 6 a 8 anos quais os fatores que influenciam a escolha e a instalação das regras alimentares que a mãe ensina aos filhos. Observaram: (a) uma incoerência entre o que a mãe faz e o que diz em relação a ela e a própria criança, (b) o conceito de obesidade é negativo, mas quanto ao bebê, há menor ênfase no aspecto aversivo, (c) a história alimentar de uma mãe é repetida no filho e duas mães a reformularam e corrigiram, (d) as orientações médicas quanto à alimentação infantil não são seguidas por todos. Uma das crianças era obesa e as demais tinham peso normal. Concluiu-se pela necessidade de programas preventivos com as mães para ensiná-las a lidar com a sua história alimentar com ênfase na quantidade, qualidade e horário e aprender conceitos e comportamentos relacionados à alimentação. Esses resultados podem ser referendados pelo trabalho de Epstein, Valoski, Wing, e McCurley (1994) com crianças e suas famílias. Há risco de

uma criança obesa tornar-se um adulto obeso e este risco aumenta com a idade. Há também evidências de que quando a perda de peso é na infância e adolescência esse ganho permanece.

Além da dieta, o outro ponto para o controle de peso é evitar a vida sedentária e efetuar exercício. É um tópico específico bastante disseminado no mundo e no Brasil. Andar tornou-se fator relevante e de fácil manutenção pois pode ocorrer em qualquer situação. É recomendação nos programas comportamentais pois auxilia o balanceamento de energia envolvendo a energia ingerida e gasta, apesar das controvérsias a respeito de qual a prescrição melhor.

Embora Stuart (1971) tenha assumido que exercício era um dos três pontos fundamentais na perda de peso, é nos anos 90 que a ênfase no exercício aumentou. Anteriormente o destaque era a dieta. Essa importância é devido os estudos correlacionais e experimentais que determinam os benefícios do exercício para controle de peso a longo prazo. Pavlou, Krey, e Steffee (1989) empregaram dieta padrão de baixas calorias com e sem exercício. O programa com exercício aumentou a perda de peso a curto prazo e no seguimento de 18 meses.

Com dados como estes o efeito de exercício tem atraído interesse especialmente por afastar ou adiar a recuperação de peso. É um caso com semelhanças ao da dieta de menu fixo que a curto prazo pode auxiliar a perda de peso mas dificulta a manutenção. O exercício provavelmente no início auxilia a perda de peso e a longo prazo tem a vantagem de contribuir para a manutenção, além dos demais benefícios para a saúde.

A perda de peso a longo prazo

A pesquisa comportamental sobre obesidade, nas últimas décadas, mostra que as técnicas comportamentais conseguem fazer perder peso especialmente quando o tratamento é longo com acompanhamento continuado. Perri, Nezu, Patti, e McCann (1989) avaliaram, em um estudo experimental, a relação entre duração do tratamento de 20 e 40 semanas, com sucesso na

perda de peso. Os grupos em ambas as condições tiveram seguimento de 72 semanas. O tratamento mais longo foi associado a maior perda de peso. Após o término das atividades houve ganho de peso para os dois grupos.

O problema é manter as pessoas comparecendo aos programas. Uma alternativa é espaçar os intervalos de semanais, para quinzenais ou mensais. Os vigilantes do peso solicitam comparecimento mensal após atingir o peso desejado e dispensam do pagamento de sessões as pessoas que mantiveram o peso ou perderam mais peso pós-programa. Desconhecemos estudos sobre a manutenção do peso nesses programas.

Continua no caso da manutenção de peso o problema da energia gasta ou ingerida e uma avaliação detalhada dos reforços sociais e pessoais pela manutenção do peso. Segundo a experiência de Ades, em Recife, um mesmo problema era trazido freqüentemente, pelos pacientes e pelos profissionais do ambulatório de obesidade. Os primeiros reclamavam de que poderiam ser retirados do programa, porque não estavam conseguindo emagrecer há bastante tempo; os segundos reclamavam da falta de engajamento dos pacientes aos procedimentos do tratamento, e que não fazia sentido mantê-los no programa, ocupando o lugar de outra pessoa que poderia estar sendo beneficiada. Realmente, nada é mais frustrante do que tentar “catapultar” um paciente do estágio de contemplação para o estágio da ação antes de que ele esteja preparado para isto, sugerem Miller e Rollnick (2001), empregando o modelo de mudança de Prochaska e DiClemente (1982). Porém, nada é pior, para um paciente, do que se sentir impotente e incapaz de seguir o programa de emagrecimento. Tirá-lo do programa, pura e simplesmente, não parece o mais acertado. Como melhorar a situação?

Dentro das possibilidades de espaço e de tempo determinadas pela instituição, é necessário dar mais atenção aos fatores que influenciam a adesão e a continuidade do tratamento. O profissional de saúde teria muito mais flexibilidade em sua intervenção se levasse em conta, desde o começo, que é sua também a responsabilidade de aumentar as chances de adesão e comprometimento do paciente. O paciente não é motivado ou desmotivado para a mudança. Se considerarmos a motivação como um estado de prontidão ou

avidez para mudança, e que pode oscilar de tempos em tempos ou de uma situação para outra, podemos pensar em maneiras de influenciar tal estado, de modo a ajudar o paciente a desenvolver um comprometimento e a tomar uma decisão de mudar.

Nos Estados Unidos, Black, Gleser, e Kooyers (1990) fizeram uma meta-análise de alguns experimentos que incluíram os esposos, como suporte, no tratamento de obesidade, concluindo que não houve benefício a curto e a longo prazo dessa inclusão.

Na realidade os programas que incluem esposo ou alguém significativo no programa de emagrecimento o fazem para ensiná-los a dar apoio social ao esforço do parceiro. Como os resultados são modestos e as variáveis culturais e a avaliação da internação no casamento, fator crucial, é uma possibilidade em aberto para pesquisa com voluntários e em dias de semana e locais escolhidos para facilitar o comparecimento.

O estudo atual da área demonstra que, a longo prazo, a perda de peso não se mantém com o sucesso dos tratamentos a curto prazo (Jeffery et al., 2000). É um desejo e uma frustração para os pesquisadores. Apesar dos resultados positivos e bem estar consequente, a manutenção dos resultados dos programas é ponto a ser esclarecido.

Ensinar habilidades específicas para manutenção de peso

Geralmente os programas comportamentais de perda de peso, ao analisar o controle de estímulos de pessoas, locais ou alimentos já calculam uma prevenção da recaída. Marlatt e Gordon (1985), no entanto, ao salientarem esse fato e instruírem e ensinarem a identificar situações para aumentos pequenos de peso destacam ser essencial evitar reações psicológicas que precipitam o padrão de comportamento anterior. Há no entanto falta de estudos que mostrem a eficácia de programas de prevenção da recaída em relação a pessoas que foram deixadas com a aprendizagem dos programas e seus próprios meios.

O fato é que vivemos em uma época em que além de descobertas científicas veiculadas com rapidez, há a divulgação de fatores de estilos de vida que contribuem para a saúde. As recomendações em geral incluem aumento de exercício, o consumo de fibras, redução de gorduras e sódio ingeridos, não fumar, utilizar álcool com moderação, usar cinto de segurança, fazer sexo seguro, utilizando camisinha, reduzir o stress psicológico.

O interessante seria conhecer quantas dessas recomendações são seguidas pela pessoa ou quais ela prioriza ou mesmo se há sempre uma que é abandonada. Se essas recomendações são independentes ou se é possível aplicá-las todas ao mesmo tempo. Quantas vezes o parar de fumar é compreendido como perigo para engordar ou fumar como facilitador para perder peso. Fazer os dois ao mesmo tempo, perder peso e parar de fumar, pode ser considerada tarefa herculea e... abandonada.

O ponto básico para as pesquisas é, ainda, descobrir as diferenças individuais no valor reforçador do alimento e verificar seu papel na manutenção de comportamentos alimentares novos. Será que existem regras sobre alimentação que quando aprendidas dificilmente entram em desuso? É no entanto interessante constatar que pré-adolescentes têm mais sucesso em manutenção de peso que adultos. Será o processo biológico mais maleável em tenra idade ou será que novos comportamentos quase incompatíveis com comer são aprendidos e mantidos pela gratificação continuada?

Ades, L., & Kerbauy, R. R. (2002). *Obesity: Reality and Questions. Psicologia USP, 13* (1), 197-216.

Abstract: Intervention strategies to promote long term weight loss are a controversial issue. Weight control research shows the efficacy of behavior and cognitive therapy for short-term weight loss. Procedures of psychological modification are in constant development. It is necessary to focus on research about subjects such as favorite reinforcers, physical activity, social support, assessment of food intake and energy expenditure, biological correlates, and procedures. The problem is the study of the processes involved in weight gain and maintenance.

Index terms: *Feeding practices. Obesity. Eating disorders. Weight control. Prevention. Behavior therapy.*

Ades, L., & Kerbauy, R. R. (2002). Obésité: Réalités et Questions. *Psicologia USP*, 13 (1), 197-216.

Résumé: Les interventions pour promouvoir une perte de poids à long terme constituent un sujet controversé. Les recherches et le travail clinique montrent l'efficacité de la thérapie comportementale et cognitive pour perdre du poids à court terme. Des processus de modifications psychologiques sont en développement constant. Il est nécessaire de mettre au point des recherches pour répondre à des questions sur les thèmes comme préférence pour des renforçateurs, l'activité physique, l'appui social, l'évaluation de l'énergie ingérée et dépensée ainsi que les conduites biologiques. Reste le problème de l'étude du processus de prise de poids et de son contrôle.

Mots-clés: *Comportement alimentaire. Obésité. Troubles de la nutrition. Contrôle du poids. Prévention. Thérapie comportementale.*

Referências

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Black, D. R., Gleser, L. J., & Kooyers, K. J. (1990). A metaanalytic evalution of couples weight-loss programs. *Health Psychology*, 9, 330-347.
- Brownell, K. D., & Neil, P. M. (1993/1999). Obesidade. In D. H. Barlow (Ed.), *Manual clínico de transtornos psicológicos* (M. R. B. Osório & B. Range, trads.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Buzzo, M. P., & Kerbauy, R. R. (1995). A análise da história alimentar da mãe em relação ao comportamento alimentar dos filhos. In *Resumos do III Congresso Interno do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo* (p. 3). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Epstein, L. H., Valoski, A., Wing, R. R., & McCurley, J. (1994). Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment for childhood obesity. *Health Psychology*, 13, 373-383.
- Federação Latino-Americana de Sociedades de Obesidade. (1998). *Documento do Consenso Latino-Americano em Obesidade*. Santiago, Chile: Autor.
- Ferster, C. B., Nuremberger, J. L., & Levitt, E. B. (1962). The control of eating. *Journal of Mathetics*, 1, 87-109.

Lia Ades e Rachel Rodrigues Kerbauy

- Fisher Jr., E. B., Levenkron, J. C., Loue, M. R; Loro, R. A. D., & Green, L. (1985). Self-initiated self-control in risk reduction. In R. B. Stuart (Ed.), *Adherence, compliance and generalization in behavioral medicine* (pp. 145-168). New York: Brunner / Mazel.
- Flegal, K. M., Carroll, M. D., Kuczmarski, R. J., & Johnson, C. L. (1998). Overweight and obesity in the United States: Prevalence and trends, 1960-1994. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 22, 39-47.
- Gastrointestinal Surgery for Severe Obesity. (1991). *Consens Statement Online*, 9 (1), 1-20. Disponível na Internet: <http://text.nlm.nih.gov/nih/cdc/www/84.html>
- Heller, D. C. L., & Kerbauy, R. R. (2000). Redução de peso: Identificação de variáveis e elaboração de procedimentos com uma população de baixa renda e escolaridade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1, 31-52.
- Herman, C. P., & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43, 647-660.
- Jeffery, R. W., Epstein, L. H., Wilson, G. T., Hill, D. R., Drewnowski, A., Stunkard, A. J., & Wing, R. R. (2000). Long-Term maintenance of weight loss: Current status. *Health Psychology*, 1, 5-16.
- Kalarchian, M. A., Wilson, G.T., Brolin, R. E., Bradley, L. (1998). Binge eating in bariatric surgery patients. *International Journal of Eating Disorder*, 23 (1), 89-92.
- Kerbauy, R. R. (1972). Autocontrole: Manipulação das condições antecedentes e consequentes do comportamento alimentar. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Kuczmarski, R. J., Carroll, M. D., Flegal, K. M., & Troiano, R. P. (1997). Varying body mass index cutoff points to describe overweight prevalence among U.S. adults: NHANES III (1988 to 1994). *Obesity Research*, 5 (6), 542-548.
- Lissner, L., Odell, P. M., D'Agostino, R. B., Stokes, J., Kreger, B. E., Belanger, A. J., & Brownell, K. D. (1991). Variability of body weight and health outcomes in the Framingham population. *New England Journal of Medicine*, 324, 1839-1844.
- Mahoney, M. J., Moura, N. E., & Wade, T. (1973). The relative efficacy of self-reward, self-monitoring techniques for weight loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 404-407.
- Manson, M. D., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., Rosner, B., Monson, R. R, Speizer, F. E., & Hennekens, C .H. (1990). A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. *New England Journal of Medicine*, 322, 882-889.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.

Obesidade: Realidades e Indagações

- Miller, W. R. E., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Moutinho, A. E., & Kerbauy, R. R. (2001). Pesquisa sobre emagrecimento em uma empresa do setor químico de Minas Gerais: Um estudo sobre obesidade. In *Resumos do V Congresso Interno do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo* (p. 115). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Pavlou, K. N., Krey, S., & Steffee, W. P. (1989). Exercise as na adjunct to weight loss and maintenance in moderately obese subjects. *American Journal of Clinical Nutrition*, 49, 1115-1123.
- Perri, M. G., Nezu, A. M., Patti, E. T., & McCann, K. L. (1989). Effect of length of treatment on weight loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 450-452.
- Powers, P. S., Perez, A., Boyd, F., & Rosemurgy, A. (1999). Eating pathology before and after bariatric surgery. *International Journal Eating Disorders*, 25 (3), 293-300.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.
- Ravussin, E., Lillioja, S., Knowler, W. C., Christin, L., Freymond, D., Abbott, W. G. H., Boyce, V., Howard, B. V., & Bogardus, C. (1988). Reduced rate of energy expenditure as a risk factor for bodyweight gain. *New England Journal of Medicine*, 318, 462-472.
- Saunders, R. (1999). Binge eating in gastric bypass patients before surgery. *Obesity Surgery*, 9 (1), 72-76.
- Schachter, S. (1968). Obesity and eating. *Science*, 161, 75-80.
- Stalonas, P. M., Perri, M. G., & Kerzner, A. B. (1984). Do behavioral treatments of obesity last? A five-year follow-up investigation. *Addictive Behaviors*, 9, 175-183.
- Stuart, R. B. (1967). Behavioral control of overeating. *Behaviour Research and Therapy*, 5, 357-365.
- Stuart, R. B. (1971). A three-dimensional program for the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 177-186.
- Stuart, R. B. (1980). Weight loss and beyond: Are they taking it off or keeping it off? In S. M. Davison & P. D. Davison (Eds.), *Behavioral medicine: Changing health lifestyles* (pp. 151-194). New York: Brunner / Mazel.
- Stunkard, A. J., & Rush, J. (1974). Dieting and depression re-examined: A critical review of reports of untoward responses during weight reduction for obesity. *Annals of Internal Medicine*, 81, 526-533.

Lia Ades e Rachel Rodrigues Kerbauy

- Stunkard, A. J., Sorensen, T. I. A., Hanis, C., Teasdale, T. W., Chakraborty, R., Schull, W. J., & Schulsinger, F. (1986). News about obesity. *The New England Journal of Medicine*, 315, 130-131.
- World Health Organization. (1998). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Geneve: Author.

Recebido em 17.12.2001

Aceito em 5.02.2002

O PSICÓLOGO EM HOSPITAIS NO RIO GRANDE DO NORTE

Oswaldo H. Yamamoto¹

Luciana C. B. de Oliveira Trindade

Isabel Fernandes de Oliveira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

O presente estudo apresenta uma caracterização da situação dos psicólogos que atuam nos hospitais do Rio Grande do Norte. Foram entrevistados 59% do universo dos psicólogos vinculados às instituições hospitalares não-psiquiátricas do estado. São destacadas as condições da formação acadêmica e da prática do psicólogo, e discutidas questões referentes à realidade desse psicólogo como um profissional da saúde e implicações para a sua formação.

Descritores: Psicólogos. Formação profissional. Hospitais. Psicologia da saúde. Saúde pública.

Os estudos explorando a temática da prática profissional do psicólogo no Brasil têm apontado, dentre diversos aspectos, para dois que merecem destaque: por um lado, a supremacia, entre os psicólogos, daquelas atividades usualmente classificadas como pertencendo ao âmbito da clínica; por outro, a emergência de movimentos buscando novas formas de inserção profissional (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 1988, 1992, 1994).

Aparentemente, são dois fenômenos com uma conexão antinômica. As práticas clínicas tradicionais, desenvolvidas em consultórios privados pa-

1 Endereço para correspondência: Oswaldo H. Yamamoto, Depto. de Psicologia, UFRN, Caixa Postal 1622, CEP: 59078-970, Natal, RN. Endereço eletrônico: ohy@uol.com.br

ra uma clientela abastada, têm sido um dos alvos preferidos de críticas ao *status quo* da Psicologia no Brasil (Botomé, 1979; Campos, 1983; Mello, 1975; Spink, 1992; Yamamoto, 1987). Como contraponto, a construção de novos espaços e a emergência de práticas inovadoras têm sido recebidas como fatos alvissareiros, pelo vislumbre de caminhos alternativos a serem trilhados por uma Psicologia menos elitista e mais significativa do ponto de vista social (CFP, 1992, 1994).²

Sem pretender, por óbvio, negar a polarização que, no limite, nos conduz a horizontes bastante diversos para a Psicologia, é importante destacar que não estamos diante de dois campos mutuamente exclusivos. De fato, alguns estudos apontam para a possibilidade de movimentos inovadores no interior de áreas consolidadas, como é o caso da clínica (CFP, 1994; Guedes, 1992; Spink, 1992).

A questão subjacente a essa discussão é a dificuldade em precisar os limites do âmbito clínico. Os estudos, desde aqueles que registram as primeiras discussões sobre a profissão (Azzi, 1964-1965; Mello, 1975) até as análises mais recentes (LoBianco, Bastos, Nunes, & Silva, 1994), têm constatado a fluidez dos limites do fazer clínico. Guedes (1992) chega a propor, em sua revisão da produção acadêmica da área, que o propósito unificador para os psicólogos clínicos, independendo de abordagens, locais ou clientela, seria “o bem estar das pessoas” (p. 12).

Não precisamos ir tão longe. Na busca de uma conceituação mais discriminativa, encontramos em LoBianco et al. (1994), uma proposição de definição do psicólogo clínico como sendo aquele que

atua na área específica da saúde, colaborando para a compreensão dos processos intra e interpessoais, utilizando enfoque preventivo ou curativo, isoladamente ou em equipe multiprofissional em instituições formais e informais. Realiza pesquisa, diagnóstico, acompanhamento psicológico, e atenção psicoterápica individual ou em grupo, através de diferentes abordagens teóricas. (p. 8)

2 Uma discussão acerca das questões envolvidas nesse movimento inovador da Psicologia no Brasil pode ser encontrado em Yamamoto e Campos (1997).

Observe-se que, pela concepção acima, o campo de atuação do psicólogo clínico, definido como um profissional situado no âmbito da saúde, é sensivelmente ampliado com relação àquele que tipificava a prática na área.

Tal definição abrangente de Psicologia Clínica assemelha-se em muitos pontos à de Psicologia da Saúde que nos oferece Sarafino (1994), resumindo uma proposição da *American Psychological Association*: um conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais advindas da Psicologia para (a) a promoção e a manutenção da saúde; (b) a prevenção e o tratamento de doenças; (c) detecção de doenças e (d) melhoria dos sistemas de cuidado com a saúde.

A aproximação – ou a dificuldade de precisar fronteiras – é tanta que o Colégio Oficial de Psicólogos (COP) da Espanha prefere denominar a área de Psicologia Clínica e da Saúde (COP, 1998), definindo o profissional da área como um

psicólogo que aplica o conhecimento e as habilidades, as técnicas e os instrumentos proporcionados pela Psicologia e ciências afins a anomalias, aos transtornos e a qualquer outro comportamento humano relevante para a saúde e para a enfermidade, com a finalidade de avaliar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar ou prevenir nos diversos contextos em que os mesmos possam se manifestar. (p. 34)

A questão da existência de uma única área abrangente ou de duas áreas distintas – Psicologia Clínica ou Psicologia da Saúde – é tema de debate internacional (Belloch, 1997), cujo tratamento foge ao escopo da presente análise. Seria, evidentemente, um truísmo enfatizar aqui que a relação clínica-saúde está longe de constituir-se apenas em uma confusão de ordem semântica: não somente estão em jogo diferentes marcos teóricos ou concepções de base acerca do fazer psicológico e sua inserção social³, quanto questões vinculadas às relações entre a estrutura de classes e as práticas no campo da saúde.⁴

3 Spink (1992), por exemplo, prefere considerar a Psicologia da Saúde uma nova área e, situada na interface individual-social, especialidade da Psicologia Social.

4 Veja-se, apenas a título de exemplo, a análise de Teixeira (1989).

Entretanto, tomando por suposto que a saúde faz parte do conjunto de direitos sociais e assumindo a reivindicação dos psicólogos de que os profissionais do campo “clínico” constituem-se em profissionais da saúde, não nos parece desarrazoado presumir que todas as ações especificadas no conceito expresso por LoBianco et al. (1994), sem embargo das diferenças e/ou antagonismos teórico-ideológicos, fazem parte de uma Psicologia da Saúde amplamente definida.

Partindo de tal definição abrangente, é possível compreender o índice de 54% de psicólogos atuando na área da Saúde no levantamento realizado pelo CRP-6 (SP, MT e MS), ou de 67,6% naquele conduzido no Rio Grande do Norte (Yamamoto, Siqueira, & Oliveira, 1997). Se nossa atenção incidir sobre o local de atuação desses profissionais da saúde, observaremos que aproximadamente 40% do total de psicólogos em ambos os estudos exercem suas atividades em consultórios particulares, demonstrando o peso das modalidades tradicionais de ação com relação às novas formas de inserção.

Contudo, não pode passar despercebido que, no primeiro dos dois estudos, mais de 12% dos psicólogos exercem atividades em hospitais, unidades básicas de saúde, ambulatórios ou outros equipamentos de saúde e pronto-socorros. E que em levantamento recente realizado no Rio Grande do Norte, dos 67% de profissionais que trabalham na área da saúde, 23% deles o fazem em hospitais ou secretarias da saúde. Se não configuram uma improvável hegemonia, não deixa de ser um expressivo indicador de diversificação dos locais e das atividades consagradas.

Nosso foco de atenção, neste estudo, incide especificamente sobre aquele profissional que exerce atividades em hospitais não-psiquiátricos. Se a inserção dos psicólogos nos hospitais psiquiátricos sob a égide do modelo médico vem de longa data, nos demais nosocômios a sua presença, no Brasil ou no exterior, conquanto não seja propriamente uma novidade, é um fato mais recente (Belloch & Olabarria, 1994; Campos, 1988; Cummings, 1992; Dorken, 1993; Enright, Resnick, DeLeon, Sciara, & Tanney, 1990; Enright, Resnick, Ludwigsen, & DeLeon, 1993; Lamosa, 1987; Ludwigsen & Albright, 1994; Mozdzierz, Snodgrass, & DeLeon, 1992).

Nos mapeamentos gerais traçados no Rio Grande do Norte, é possível observar um interesse pelo trabalho no âmbito hospitalar, traduzido tanto nas opções de estágio obrigatório (4,5%) quanto no que tange ao exercício profissional (7,5% dos psicólogos atuando em hospitais) (Yamamoto et al., 1997).

Se o interesse pela atividade exercida nos hospitais pode constituir-se em uma novidade auspíciosa no que diz respeito à inserção diferenciada dos psicólogos norte-rio-grandenses, um olhar mais detido nos revela um quadro mais preocupante. Em um estudo preliminar sobre a inserção dos psicólogos em hospitais não-psiquiátricos (Yamamoto & Cunha, 1998) observamos, dentre os resultados principais, uma formação acadêmica e profissional débil, condições adversas de trabalho e práticas que muitas vezes não se distinguem do fazer clínico tradicional. Este último ponto, aliás, é amplamente corroborado por outro levantamento geral com os psicólogos do estado, que aponta a psicoterapia e a avaliação psicológica, em suas diversas modalidades, como sendo as atividades mais freqüentemente executadas pelos psicólogos que atuam em hospitais potiguares (Yamamoto, Silva, Medeiros, & Câmara, 1999).

Partindo desse quadro, definimos os objetivos do presente estudo: primariamente, caracterizar a prática profissional dos psicólogos nos hospitais do Rio Grande do Norte quanto à formação acadêmica básica e complementar, à trajetória profissional, às condições do exercício profissional e às atividades desenvolvidas; secundariamente, discutir o estatuto do profissional de Psicologia nos hospitais não-psiquiátricos enquanto um profissional da área da saúde, questão inescapável posta pelas definições com as quais iniciamos este tópico.

Método

Dos 96 hospitais não-psiquiátricos do Estado do Rio Grande do Norte, 18 (19%) contavam, quando da realização deste estudo, com a presença de psicólogos em seus quadros funcionais, perfazendo um total de 42 profissionais.

Participaram deste estudo, 25 psicólogos (20 do sexo feminino; 5 do masculino) vinculados a 14 instituições hospitalares do Estado, perfazendo uma amostra de 59 % do universo. Dessas instituições, são 11 públicas (civis ou militares) (79%) e 3 de direito privado, filantrópicos (21%).

Uma vez que a lógica que presidiu a composição do quadro de participantes do estudo foi censitária, a amostra resultante consistiu no total dos profissionais que puderam atender a solicitação da equipe de entrevistadores.

Os dados foram obtidos através da administração de entrevistas individuais, utilizando-se um roteiro previamente definido, dividido em cinco partes (dados pessoais, formação acadêmica, trajetória profissional, caracterização das atividades atuais e avaliação do trabalho).

O procedimento definido constava de um contato prévio para efetuar o convite, prestar informações acerca do projeto e demais acertos operacionais. As entrevistas foram conduzidas por bolsistas de Iniciação Científica do Curso de Psicologia da UFRN, sendo registradas em gravador de áudio sempre que permitido pelo entrevistado.

As entrevistas foram integralmente transcritas para análise posterior. Para a apresentação dos excertos dos depoimentos na seção de resultados, os entrevistados foram identificados com a letra “E” seguidos de um índice identificador (E₁ a E₂₅).

Resultados

Formação Acadêmica

A Tabela 1 apresenta três conjuntos de dados referentes à formação acadêmica no nível de graduação.

O primeiro conjunto diz respeito à agência formadora dos profissionais entrevistados: a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sendo a única no Estado com curso de formação em Psicologia no período de realização deste estudo, hegemoniza amplamente a amostra (76%). Os

demais distribuem-se em outras quatro universidades de quatro diferentes unidades da federação.

Itens da formação acadêmica	n	%
Agência formadora		
<i>UFRN</i>	19	76
<i>Outras</i>	6	24
Área de estágio curricular obrigatório		
<i>Clinica</i>	13	52
<i>Hospitalar</i>	8	32
<i>Hospitalar/Organizacional</i>	1	4
<i>Escolar</i>	1	4
<i>Geral</i>	1	4
Estudos pós-graduados		
<i>Aperfeiçoamento/Aprimoramento</i>	10	40
<i>Especialização</i>	7	28
<i>Mestrado</i>	2	8
<i>Supervisão</i>	1	4
<i>Nenhum</i>	5	20

Tabela 1: Formação acadêmica expressa pelos indicadores agência formadora, área de estágio curricular e estudos pós-graduados (n e %)

Uma vez que apenas cinco instituições de ensino superior são responsáveis pela totalidade dos psicólogos da amostra, essa alta concentração da formação possivelmente implica um peso considerável daquelas na conformação do campo no Estado.

Essa suposição ganha força se observarmos o segundo conjunto de dados. Considerando-se que, ao menos na UFRN, agência responsável por três quartos dos profissionais formados, a sistemática adotada para os estágios curriculares é a escolha forçada de uma área, não deixa de ser notável que 88% dos psicólogos da amostra tenham estagiado na área “clínica” ou

“hospitalar”. A destacar aqui, também, dois fatos: (1) o estágio na área clínica ainda prevalece sobre aquela mais diretamente ligada às atividades do psicólogo no âmbito hospitalar; (2) a inexistência da opção (na época) de estagiar na área da saúde.

Indagados sobre a qualidade dos seus cursos de graduação, cerca de 70% dos entrevistados afirmam ser insuficientes. E₄, por exemplo, afirma que “*a graduação foi insuficiente, não tem condições de formar para a prática. É necessário uma formação generalista e um pensar crítico*”. Já E₂₀ relata que “*a minha formação, como a de qualquer outro psicólogo daqui, é falha. Eu sei que não dá para a gente ser generalista, mas eu sinto dificuldade*”.

Mesmo aqueles que têm uma avaliação positiva da sua formação, apontam deficiências específicas no tocante ao trabalho em hospitais: “*Eu acho que, de uma forma geral, (...) a formação foi boa; me deu subsídios para começar a trabalhar como psicóloga, sem grandes dificuldades. Depois, quando eu vim trabalhar aqui no hospital, vi que faltou muita coisa, pois de hospital, não vi nada*” (E₁₇).

Tais relatos refletem um panorama geral de discussão que se relaciona não somente com a precariedade da formação, mas recai nas antigas, mas nem por isso pouco importantes, discussões acerca do caráter maciçamente “teórico” da graduação e das ênfases curriculares que refletiriam formações generalistas *versus* especializadas.

De qualquer forma, os relatos indicam uma insegurança dos profissionais, quanto à suficiência e quanto à qualidade do conhecimento adquirido na formação básica. Decorre daí uma procura por uma formação continuada, através das outras modalidades de formação, sobretudo, cursos de pós-graduação *lato sensu*, por 80% dos profissionais entrevistados.

A deficiência na formação parece estar relacionada tanto ao viés clínico dos cursos de Psicologia (conforme E₁₄, “*a própria universidade já direciona o curso para a clínica*”), como também a opção clara dos profissionais para a formação nessa área, traduzida, como vimos, pela opção da área de estágio curricular obrigatória. Sem embargo dessa preferência e, de forma

análoga às avaliações antes mencionadas, aparece nas entrevistas a crítica a tal direcionamento curricular. E₈ afirma: “*A formação acadêmica é elitista; prioriza a clínica particular. Me senti incapaz para atuar*”.

Situação e trajetória profissionais

Um dado importante considerando-se, por um lado, a aludida debilidade na formação acadêmica em geral que se articula com o viés clínico dos cursos e, por outro, a recentideade da inserção do profissional brasileiro nesse campo, com as dificuldades daí decorrentes, é a trajetória dos profissionais desde o término da graduação até a inserção no âmbito hospitalar.

Trajetória	n	%
<i>Primeiro trabalho em hospital</i>	12	48
<i>Consultório → Saúde Pública → hospital</i>	4	16
<i>Consultório → hospital</i>	2	8
<i>Outras áreas → hospital</i>	7	28

Tabela 2: Trajetórias profissionais até o trabalho em hospitais (n e %)

Em que pese às ponderações acima e, diferentemente do que se poderia imaginar, a Tabela 2 mostra que quase a metade dos psicólogos iniciou sua vida profissional trabalhando em hospitais. Se considerarmos a definição ampla de saúde, o índice daqueles que se vincularam ao campo já no início de suas carreiras profissionais sobe para mais de 70%.

Trata-se de um ponto importante, uma vez que esse dado pode ser indicador de tendências: de abertura de oportunidades profissionais para o psicólogo recém-formado nos hospitais, de um direcionamento dos psicólogos da área, desde o início de suas atividades profissionais para o campo da saúde e, finalmente, de um eventual decréscimo da influência do viés clínico na prática hospitalar. São pontos a serem verificados posteriormente.

Uma vez que dentre nossos propósitos figura uma caracterização tão precisa quanto possível da prática desses psicólogos e do campo, um dado que complementa aqueles acerca da trajetória seguida, diz respeito às razões pelas quais esses psicólogos tomaram tais decisões profissionais.

A Tabela 3 apresenta o rol de motivos alegados pelos psicólogos, seguindo-se a classificação sugerida por Carvalho, Ulian, Bastos, Sodré, e Cavalcante (1988):

Motivos	n	%
<i>Motivos voltados para a profissão</i>	11	44
<i>Motivos voltados para o outro</i>	2	8
<i>Motivos extrínsecos à profissão</i>	12	48

Tabela 3: Motivos alegados para a escolha do trabalho em hospitais (n e %)

Um dado expressivo desse conjunto é que quase a metade dos profissionais abraça a atividade atual por circunstâncias fortuitas, tais como abertura de concursos públicos, convites e, em alguns casos, de reenquadramento funcional. Não estamos concluindo que tais profissionais não tenham identificação com a área, mas não nos parece desarrazoado supor que, dadas circunstâncias outras, as suas escolhas fossem diversas da atual.

Tal suposição é confirmada por alguns dos depoimentos, nos quais a insatisfação com a presente ocupação é patente. À alegação de constituir-se em um campo novo, desconhecido por muitos e agravado pela já aludida deficiência teórico-técnica da sua formação básica, não raro são premidos a assumir um trabalho em condições precárias. Veja-se, a título de ilustração, o que diz E₁₇:

Não tinha nenhuma motivação para trabalhar em hospital, não. Nunca pensei em trabalhar em hospital. (...) Trabalhava no interior e pedi transferência. Depois de muita batalha, consegui. Quando cheguei aqui, me colocaram quatro opções de trabalho, cada uma mais complicada que a outra. (...) Foi difícil no começo.

Inverso é o quadro pintado por aqueles que fizeram opção precoce pela área. Neste grupo, é importante destacar um contingente não desprezível (44%) de profissionais que optaram pela área pelas suas características intrínsecas. É ilustrativa a entrevista E₁₆: “*O hospital sempre me chamou atenção. Psicólogo hospitalar sempre me fascinou. Trabalhar em instituição é uma coisa muito fascinante e possibilita trabalhar várias coisas, com o paciente, com a equipe, com a família e consigo mesmo*”. Ou então E₇: “*Pensava em fazer Medicina, mas depois vi que não era o estilo de vida que eu queria. Escolhi fazer Psicologia por questões pessoais, a profissão, achei que combinava comigo e quando casou de juntar com o hospital, deu certo*”.

Os profissionais se vêem também identificados com o campo da saúde pela eventual possibilidade de uma atuação com significado social mais amplo que o da clínica tradicional. E₆ afirma: “*Foi um desejo muito grande de ajudar as pessoas que não tinham condições financeiras de ter um suporte psicológico. A maneira que encontrei de concretizar isso foi no hospital*”.

Esses profissionais demonstraram ter um conhecimento prévio da atuação no campo através de estágios, cursos específicos ou até mesmo disciplinas cursadas durante a graduação. E₂₅ declara: “*Fiz (...) dois anos e meio de estágio extra-curricular na área de hospitalar em pediatria. Aqui na UFRN, pude ver clínica geral, CTI, maternidade. O estágio me despertou para eu vir para essa maternidade trabalhar*”.

A situação profissional atual é apresentada nos cinco conjuntos de dados da Tabela 4.

Observa-se que aproximadamente 70% dos psicólogos ocupam cargo e/ou função de “psicólogo”, importante indicador da inserção formal desse profissional na instituição hospitalar. Quanto aos 30% restantes, excluindo-se a modalidade de estagiário voluntário, que não caracteriza vinculação formal, constituem-se em exemplos evidentes de desvios de função: agentes administrativos ou técnicos em enfermagem. Restaria replicar o estudo no futuro, com o objetivo de verificar se tais desvios estarão ou não, tendencialmente em declínio.

	n	%
Cargo/função		
<i>Psicólogo</i>	17	68
<i>Outro</i>	8	32
Serviço ao qual está vinculado		
<i>Psicologia</i>	10	40
<i>Administração e recursos humanos</i>	2	8
<i>Assistência integrada</i>	2	8
<i>Direção clínica</i>	2	8
<i>Direção técnica</i>	2	8
<i>Ambulatório de dependência química</i>	2	8
Nenhum específico	6	24
Tempo de vínculo no emprego atual		
<i>até 3 anos</i>	11	44
<i>3 a 6 anos</i>	4	16
<i>6 a 9 anos</i>	6	24
mais de 9 anos	4	16
Regime de trabalho		
<i>Tempo parcial</i>	16	64
<i>Tempo integral</i>	9	36
Exercício de atividade paralela		
<i>Não</i>	9	36
<i>Sim*</i>	16	64
<i>Consultório</i>	11	44
<i>Serviços públicos de saúde</i>	3	12
<i>Outros</i>	3	12

* Respostas múltiplas admitidas.

Tabela 4: Situação profissional atual (n e %)

Se examinarmos outro corte, o dos serviços aos quais o psicólogo se vincula, teremos um vislumbre das formas de inserção desse profissional. Os dados nos indicam que menos da metade dos entrevistados exerce atividades

nos setores de Psicologia. Os 60% que não pertencem aos serviços de Psicologia das instituições dispersam-se em setores bastante diversos, desde aquelas de natureza mais administrativa (administração propriamente dita, recursos humanos e direções diversas) até as mais técnicas (ambulatórios de dependência química, assistência integrada).

O terceiro conjunto de dados confirma uma característica dedutível dos outros, qual seja, a absorção dos profissionais pelos hospitais potiguares tem uma tendência ascendente: 44% dos psicólogos vinculou-se ao serviço atual nos últimos três anos. Trata-se, novamente, de uma ilação que necessita ser confirmada por estudos posteriores.

Ainda com relação à situação funcional dos psicólogos, em que pese à diversidade de trabalhos desenvolvidos pelos profissionais, exigindo muitas vezes dedicação integral (36%), a atração exercida pelo trabalho clínico tradicional permanece bastante viva, traduzida pela busca de realização pessoal, profissional e/ou financeira através do exercício paralelo em consultório (44%).

O cotidiano desses profissionais que acumulam diversas atividades não é certamente tranquilo, conforme ilustra o depoimento da entrevista E₂₀: “*Trabalho três dias na semana no posto de saúde e dois no hospital, em um só turno. (...) No outro turno trabalho em meu consultório*”.

Atividades relativas a outras áreas da Psicologia também são referidas pelos profissionais, mas como forma de complementar seus orçamentos. Como afirma E₁₀, “*às vezes eu tenho que fazer trabalhos fora do hospital, mas é por necessidade, não por vontade*”.

Todavia, além da questão pecuniária, as ocupações paralelas são justificadas por razões de ordem teórico-técnica: “*Eu trabalho em consultório também por causa da segurança em atuar e outra coisa é a questão da escuta, que é fundamental (...) Seja onde for, eu percebo que a escuta do consultório facilita também a escuta institucional*” (E₁₆).

As duas tabelas que se seguem apresentam os dados referentes às atividades que desenvolvem atualmente nos hospitais. A Tabela 5 apresenta dois conjuntos de dados gerais, referentes aos alvos da atenção do psicólogo e os locais específicos de atuação.

	n	%
Alvos do trabalho		
<i>Pacientes</i>	24	96
<i>Familiares</i>	18	72
<i>Equipe de Saúde</i>	16	64
<i>Instituição</i>	9	36
<i>Estagiários e voluntários</i>	4	16
Local de atuação		
<i>Sala de Psicologia</i>	19	76
<i>Enfermaria/leito</i>	18	72
<i>Sala de outro profissional</i>	4	16
<i>UTI</i>	4	16
<i>Sala de grupos</i>	4	16
<i>Recreação</i>	3	12
<i>Recursos humanos</i>	3	12
<i>Sala de espera</i>	2	8
<i>Expectação/Pré-parto</i>	1	4
Outros	3	12

* Respostas múltiplas admitidas.

Tabela 5: Alvos e ambientes das atividades dos psicólogos nos hospitais* (n e %)

Com relação aos alvos da atenção do psicólogo, com uma única exceção, todos os profissionais atendem os pacientes dos hospitais (96%). Aquele psicólogo que não atende pacientes, tem o seu trabalho dirigido à instituição (desenvolvendo prioritária, mas não exclusivamente, ações no campo dos recursos humanos).

Seguem-se, com freqüência expressiva, familiares e equipe de saúde (72% e 64% respectivamente). A instituição como alvo, conquanto pouco freqüente com relação aos demais, já figura no rol das preocupações do psicólogo norte-rio-grandense.

Os locais onde os psicólogos entrevistados desenvolvem suas atividades são bastante diversificados, não obstante a alta incidência das Salas de

O Psicólogo em Hospitais no Rio Grande do Norte

Psicologia/Ambulatórios (76%) e das Enfermarias (72%). Pode ser, de acordo com E₁, “*qualquer lugar que requeira sua presença: o leito do paciente, a sala de espera, o pátio, o centro cirúrgico, o setor de Psicologia*”.

Alvo	Atividade	n	%
Pacientes	<i>Psicoterapia</i>	24	96
	<i>Orientação/Aconselhamento</i>	15	60
	<i>Avaliação psicológica</i>	11	44
	<i>Ludoterapia</i>	5	20
	<i>Encaminhamento</i>	2	8
Família	<i>Orientação/Aconselhamento</i>	15	60
	<i>Psicoterapia</i>	10	40
	<i>Encaminhamento</i>	1	4
Instituição	<i>Treinamento</i>	3	12
	<i>Seleção</i>	1	4
	<i>Avaliação de desempenho</i>	1	4
	<i>Psicoterapia (funcionários)</i>	1	4
	<i>Orientação/Aconselhamento (funcionários)</i>	1	4
Estagiários e voluntários	<i>Supervisão</i>	5	20

* Respostas múltiplas admitidas.

Tabela 6: Atividades desenvolvidas pelos psicólogos nos hospitais* (n e %)

Trata-se de um dado que permite uma dupla leitura. De uma parte, ela pode indicar uma certa dificuldade de o profissional consolidar-se no espaço

hospitalar, obrigado a buscar alternativas as mais diversas (como é o caso de Salas de Espera, por exemplo). Por outra, pode ser um interessante indicador tanto da capilaridade quanto da diversificação do trabalho do psicólogo nos hospitais.

Se a tabela anterior respondeu às questões “com quem” e “onde” realizam suas atividades, nada nos disse sobre “o que” fazem, aspecto mais importante. A Tabela 6 apresenta os dados dos alvos de atenção desagregados com relação às atividades desenvolvidas com cada um daqueles.

Observa-se, em primeiro lugar, um dado notável: todos os profissionais que trabalham diretamente com os pacientes, desenvolvem atividades psicoterápicas em suas diversas modalidades (breve, de apoio, individual ou grupal). Em seguida, figuram as mais diversas variantes de trabalhos que agrupamos sob o rótulo de “orientação/aconselhamento”: grupos informativos, trabalhos pré e pós-cirurgia, preparação para diagnóstico, esclarecimentos diversos e aconselhamento psicológico propriamente dito (60% do total de psicólogos). A avaliação psicológica (também tomada de forma ampla, incluindo psicodiagnósticos, elaboração de pareceres, triagens e demais modalidades), embora praticada por pouco menos da metade dos profissionais, o que não deixa de ser um dado expressivo, aparece apenas em terceiro lugar dentre as atividades dos psicólogos nos hospitais potiguares.

Estes trabalhos objetivam, segundo E₇, “*ajudar o paciente a se adaptar ao novo estágio da vida dele, (...) reestruturar sua identidade, sua imagem corporal*”. Esta mesma entrevistada afirma prestar acompanhamento à família, pois, em alguns casos, “*se entra(r) um familiar muito ‘descompensado’ para visitar o paciente, agrava o estado de todos os outros*”.

O excerto acima nos dá uma indicação do quadro: a utilização de recursos tradicionais para enfrentar situações pouco usuais na prática clínica convencional. O depoimento de E₁₇ ilustra isso:

Eu faço um trabalho de atendimento em enfermarias. Tem pacientes aqui que passam muito tempo porque o grande queimado passa, no mínimo, dois meses. Então dá para se fazer um acompanhamento mais sistemático, mais efetivo que se configura como uma psicoterapia, às vezes até a longo prazo.

Prossegue o mesmo profissional:

O paciente queimado sofre muito, tem um sofrimento muito cru, muito intenso. E o acompanhante sofre muito com isso, por ver, testemunhar aquele sofrimento. (...) Então, eu acompanho o paciente queimado e faço atendimento sistemático, também, ao acompanhante, para que ele fale da angústia, da preocupação, da ameaça de morte (E₁₇).

As circunstâncias específicas que fazem parte do cotidiano do trabalho nos hospitais ficam evidentes no depoimento da entrevista E₇:

Atendi uma paciente que estava na UTI, grave e todo o trabalho foi feito com a família porque a pessoa estava em coma, impossibilitada de atendimento psicológico. O trabalho foi com a mãe, com a tia e com o esposo. Essa paciente veio a falecer e então houve o acompanhamento durante a comunicação do óbito.

Também são realizadas atividades que não necessariamente deveriam ser realizadas dentro dos hospitais, mas que certamente fazem parte dos problemas que se oferecem aos psicólogos. Afirma E₂₅ em seu trabalho com gestantes: “*Uso a técnica de apoio em crise para desmistificar o parto, para aliviar a ansiedade, principalmente das primigestas*”.

Os exemplos acima também confirmam que os dados referentes à atenção aos familiares não apresentam um quadro diverso: as duas atividades mais freqüentemente citadas são “orientação/aconselhamento” (84% dos psicólogos que atendem familiares; 60% do total de psicólogos em hospitais) e “psicoterapia” (56% e 40%, respectivamente) – mas desencadeadas por circunstâncias presentes no cotidiano hospitalar.

Os dois conjuntos seguintes de dados merecem nossa atenção pelas tendências que, eventualmente, possam indicar. Com relação à equipe de saúde, o tipo de atividade mais freqüentemente desenvolvido é a “interconsulta” (82% dos psicólogos que atendem familiares; 53% do total de psicólogos em hospitais), seguido de “discussão de casos” (63% e 40%, respectivamente) e “atendimento em equipe multiprofissional” (38% e 24%, respectivamente). Nota-se que, no contingente de mais de 60% dos psicólogos que desenvolvem atividades com as equipes de saúde, a maioria logra obter uma

inserção importante tanto do ponto de vista de uma atenção integrada aos pacientes quanto de sua aceitação nas equipes técnicas.

Se é inegável que tal incidência de trabalho nas equipes seja um dado positivo como indicação de aceitação do psicólogo como profissional da saúde, as dificuldades também não são poucas. De acordo com o relato de E₇, apesar de utilizarem interconsulta, “*o trabalho em equipe poderia até ser bem maior, mas a própria instituição não permite. Os profissionais têm pouco tempo até para atender pacientes, quanto mais para estar reunidos em grupo, discutindo casos*”.

Além disso, nem sempre equipe significa o corpo todo de profissionais que a compõe. O depoimento de E₁₇ é bastante elucidativo não somente quanto às atividades possíveis e os seus limites, mas sobretudo no que diz respeito à hierarquia da equipe de saúde e a aceitação do psicólogo:

Com a equipe eu realizo um trabalho de grupo. Eu digo a equipe, mas por enquanto, só os auxiliares de enfermagem e enfermeiros estão participando (...). Minha proposta era um trabalho de reuniões, em que os profissionais que trabalham com queimados participassem, falassem das suas dificuldades em termos de relacionamento com o paciente e entre a equipe também (...). Os médicos alegam que não têm tempo, mas que acham a iniciativa muito boa. Acham importante, mas não se dispõem a participar.

Excluindo-se as atividades realizadas com estagiários e voluntários, que não nos trazem dados relevantes, o trabalho que tem como alvo a instituição é o nosso último ponto de análise. Com relação a esses dados, observa-se que as atividades desenvolvidas enquadram-se no campo de atuação classicamente conhecido como “Psicologia do Trabalho e/ou Organizacional”, e não propriamente um trabalho no campo da psicologia institucional.

Finalmente, as respostas obtidas com relação à avaliação do trabalho são sugestivas (Tabela 7). Foi solicitado que informassem acerca da receptividade por parte daqueles a quem o trabalho é dirigido, por parte da equipe de trabalho e uma auto-avaliação. As respostas foram agrupadas em duas categorias amplas e polares, para estabelecer tendências.

Referente a	Satisfatório		Insatisfatório	
	n	%	n	%
<i>Equipe/Instituição</i>	23	92	2	8
<i>Pacientes</i>	25	100	0	0
<i>Próprio trabalho</i>	20	80	5	20

Tabela 7: Percepção do psicólogo acerca da receptividade do seu trabalho (n e %)

A julgar pelas avaliações, os psicólogos consideram que seus trabalhos têm boa aceitação, apesar dos percalços na formação e das dificuldades no exercício profissional. Os entrevistados não hesitam em colocar uma receptividade positiva do trabalho, transmitida, segundo E₁₉, “através do retorno que eu tenho, quando os médicos entram em contato comigo, encaminhando casos”, ou ainda como afirma E₁₆, “quando os auxiliares nos procuram para solicitar atendimento e as próprias mães reconhecem o trabalho da gente”. Contudo, a despeito da avaliação positiva, diversas dificuldades e barreiras são relatadas.

Boa parte da equipe de saúde ainda seria reticente à presença do psicólogo na instituição hospitalar, em que pesem as solicitações, demandas, encaminhamentos e interconsultas. São constantes as queixas quanto à precariedade de material, local, baixa remuneração e falta de integração entre profissionais, fatos que, por si, prejudicam a aquisição de elementos essenciais para um trabalho de maior qualidade.

E₂₂ avalia de forma bastante realista o seu trabalho: “*Gostaria de avaliar meu trabalho como ótimo, mas a situação é precária, poderia ser bastante melhorada, principalmente com a equipe que não funciona como equipe*”. Como afirma E₆: “*O ideal seria que todos sentassem, conversassem, no sentido de um trabalho interdisciplinar*”.

Discussão

Partimos do duplo objetivo de caracterizar a atuação do psicólogo nas instituições hospitalares do Rio Grande do Norte e contribuir para o debate acerca da natureza da sua inserção no contexto hospitalar, enquanto um profissional de saúde. Embora nossa ênfase estivesse no primeiro deles, é evidente que não são questões apartadas, exigindo um tratamento conjunto. É a linha que adotaremos na discussão dos nossos resultados.

Convém esclarecer, preliminarmente, que estamos descartando a denominação de “Psicologia Hospitalar” que tem se popularizado em eventos e publicações dos profissionais que atuam nesse campo.

Tal denominação é inadequada por duas razões básicas. A primeira diz respeito à reiteração de uma lógica que toma como referência o local de atuação para denominar as áreas de atuação. É a forma pela qual as chamadas áreas tradicionais da Psicologia são conhecidas: “industrial”, “escolar” e mesmo “clínica” (Bastos, 1988; Mello, 1975). O critério que toma como referência principal o local, sem levar em conta as atividades nele desenvolvidas, produz classificações que são muito pouco elucidativas. Seria necessário ainda, conforme lembra Bastos (1988), considerar outros parâmetros, como os objetivos, os alvos de intervenção e os tipos de problemas.

A segunda razão é que a identificação por local tende à pulverização de áreas – teríamos, no limite, uma “psicologia” específica para cada novo espaço de intervenção do psicólogo. Se já é grande a fragmentação das práticas e a dispersão teórica da Psicologia, a adoção dessa lógica caminha, no nosso modo de ver, no sentido oposto à busca de uma identidade para o psicólogo que atua em hospitais como um profissional da saúde.

Retomemos, pois, o fio da meada, discutindo o que sugerem os dados acerca da conformação da área no Rio Grande do Norte.

Uma primeira constatação, já esboçada em estudos anteriores (Yamamoto et al., 1997; Yamamoto et al., 1999) é que o psicólogo está, de fato, ingressando de forma significativa nos hospitais do Rio Grande do Norte. Já havíamos constatado uma opção na ordem de 7,5% dos profissionais do Es-

tado atuando em hospitais, no estudo de 1997. Os dados deste estudo mostram que 18% dos hospitais não-psiquiátricos do Rio Grande do Norte contam com o concurso de psicólogos em seus quadros.

Se existem evidências suficientes para a afirmação acima, o mesmo não se pode dizer com relação à estabilidade de sua inserção. Vimos, de início, que aproximadamente a metade dos profissionais ingressa nesse campo por circunstâncias fortuitas, que denominamos, acompanhando Carvalho et al. (1988), de “motivos extrínsecos à profissão” (oferta de empregos, abertura de concursos públicos etc.).

Além disso, os dados apontam uma certa fragilidade da vinculação, expressa pela predominância do regime parcial de trabalho e pela recentidez nos atuais empregos.

Evidentemente, a consolidação da inserção profissional num determinado campo não se faz sem dificuldades. Os depoimentos apresentados mostram que uma das barreiras para a aceitação do psicólogo no ambiente hospitalar reside na resistência dos demais profissionais. Não se trata de uma exclusividade brasileira: a literatura registra, em nações em que o psicólogo já tem um reconhecimento de mais longa data, as dificuldades desse processo (Enright et al., 1990; Enright et al., 1993; Tanney, 1983). Um exemplo extremamente significativo dessas dificuldades nos é fornecido por Cummings (1992, p. 78): após uma apresentação do programa de diálise, um dos entusiasmados médicos presentes afirma, à guisa de elogio, que “este homem (Cummings) é tão profissional como qualquer um de nós”!⁵

Por outro lado, não se pode negligenciar o fato de que a outra metade dos profissionais faz a opção com uma convicção fundada na identificação com a área e com o conhecimento das características do trabalho.

5 É importante salientar que o reconhecimento profissional das chamados “paramédicos” nos Estados Unidos é uma questão bastante complexa, em grande medida devido ao estatuto profissional dos médicos. Trata-se de um aspecto fundamental para que possamos fazer comparações frutíferas entre a situação dos psicólogos nos hospitais do Brasil e dos Estados Unidos. Para análises da questão, ver Freidson (1988, 1994).

Cotejando os resultados atuais com o do levantamento preliminar (Yamamoto & Cunha, 1998) no qual sugerimos que o caminho preferencial dos profissionais da área seria consultórios particulares→hospitais ou saúde pública→hospitais, observaremos que metade dos psicólogos deste estudo já inicia suas atividades nos hospitais. Isto pode, eventualmente, indicar tanto uma maior abertura de possibilidades de trabalho, quanto a prevalência, em termos tendenciais, dos profissionais efetivamente identificados com esse campo de trabalho.

Uma vez estabelecido o fato de que o psicólogo norte-rio-grandense tem logrado, ainda que com as dificuldades assinaladas, uma significativa inserção nos hospitais do Estado, a questão seguinte a ser tratada é: o que tem feito esse profissional?

Esta questão desdobra-se em outras. Quais os alvos da atenção do psicólogo nos hospitais potiguares e quais as atividades desenvolvidas com cada um deles?

Vimos que, virtualmente, todos os psicólogos trabalham diretamente com os pacientes. E que *todos* aqueles que se ocupam dos pacientes desenvolvem alguma modalidade de trabalho psicoterápico. As orientações e aconselhamento, seguidos de avaliações psicológicas também aparecem com destaque. Um quadro semelhante também é registrado com relação aos familiares, o segundo alvo privilegiado da ação dos psicólogos.

Esses dados sugerem que, conquanto considerado um campo novo (LoBianco et al., 1994), a ação dos psicólogos nos hospitais norte-rio-grandenses não se distingue, em termos amplos, daqueles praticados pelos profissionais da área clínica tradicional no que tange às atividades desenvolvidas.

Esta situação também não é diferente do relatado em outros países. Enright et al. (1990) lembram que realizar psicodiagnóstico era o papel principal dos psicólogos norte-americanos quando de sua inserção em hospitais gerais. Em seguida, após acirrada contenda com os psiquiatras, é que entra em cena o “tratamento dos problemas psicológicos” (p. 1062). Enfim, o rol

de atividades apresentada por Enright et al. (1990) ou Ludwigsen e Albright (1994) não difere, essencialmente, da que obtivemos neste estudo.

O tema da utilização de recursos classicamente empregados na prática clínica no atendimento aos dois alvos privilegiados, isto é, da reiteração de uma ação tradicional em detrimento do desenvolvimento de novas modalidades necessita ser, contudo, qualificada.

Se os recursos são convencionais, as situações e as exigências enfrentadas no dia-a-dia do hospital não o são. Cummings (1992) lembra que, do cotidiano dos psicólogos nos hospitais fazem parte, por exemplo, as formas diferenciadas pelas quais pacientes (e familiares) respondem à enfermidade e ao tratamento e a perspectiva, sempre presente, da morte e do morrer.

O ponto a ser colocado, aqui, não diz respeito à *novidade* das práticas, mas à sua *adequação*. Considerando-se que os hospitais sejam locais privilegiados para a modalidade de atenção terciária, uma intervenção mais direta utilizando os recursos tradicionalmente desenvolvidos e empregados pelos psicólogos clínicos *talvez* seja a única escolha possível. Isso, entretanto, não isenta os profissionais que trabalham nos hospitais de demonstrar que tais práticas resistem às críticas que têm acompanhado o trabalho clínico tradicional. Dito de outra forma, essa “nova” modalidade terá herdado não sómente os recursos como também as objeções a tal abordagem individualista.

Além dessas críticas, uma outra questão concernente à adequação diz respeito à transposição relativamente linear dos modelos tradicionais (Yamamoto & Cunha, 1998). Apenas para exemplificar, examinemos um dado (que optamos por não apresentar nos resultados): as referências teóricas que enquadram os trabalhos dos profissionais potiguares. Dos 25 profissionais, 14 (56%) afirmaram trabalhar com o referencial psicanalítico (em suas diversas modalidades); a segunda em preferência são as abordagens comportamentais, com 12% das escolhas. Seria o referencial psicanalítico, para tornar o exemplo mais evidente, o mais adequado para um trabalho nos hospitais, partindo-se da constatação de que a psicoterapia é a atividade mais

desenvolvida?⁶ Ao que parece, a expectativa expressa por Lamosa (1987) de que a ação do psicólogo exigiria a busca de novas referências teórico-metodológicas não está sendo cumprida.

O transplante das práticas de intervenção psicoterápica consagradas no trabalho clínico exercido em consultórios traz outras implicações. Além de questões ligadas à eficácia das formas de atendimento (Cummings, 1992), o trabalho com pacientes hospitalizados exige uma reflexão mais acurada acerca dos preceitos éticos que confinam o tratamento – erros e acertos aí incluídos – às quatro paredes de um consultório, sob alegação de requisitos da teoria. Uma das críticas mais agudas às convenções da prática clínica tradicional é a ausência de controle externo sobre o trabalho executado nos consultórios. Um trabalho com um tipo bastante especial de “cliente” (enfrentando uma situação de crise), e realizado em íntima articulação com outros profissionais de saúde, certamente exige uma revisão desses preceitos.

A questão das formas de exercício profissional nos hospitais nos conduz, inescapavelmente, a outra: a formação desse profissional. Os dados do presente estudo nos indicam que a formação proporcionada pela universidade é deficiente e que uma complementação nas diversas formas de estudos pós-graduados e supervisões é necessária.

Mas, para além dos depoimentos, existem alguns pontos que merecem destaque. Mesmo supondo que os recursos empregados sejam os mesmos utilizados na prática clínica convencional, dificilmente alguém sustentará que a formação clínica tradicional seja suficiente para que esse profissional tome as decisões mais apropriadas em sua ação nos hospitais.

6 Trata-se de uma questão complexa, que desborda os limites do presente estudo. Todavia, cabe uma observação: a questão que está sendo posta diz respeito à transposição linear e acrítica dos pressupostos e recursos das tendências psicológicas consagradas. Esforços de reflexão, como a análise de Tourinho (1994), sobre a possibilidade de absorção do psicanalista, ao lado do psicólogo, no contexto hospitalar são, independentemente dos resultados, certamente bem vindos.

Não é possível transpor diretamente avaliações e propostas de outras realidades para a nossa. Todavia, tais comparações são, eventualmente, férreas para promover o debate.

Enright et al. (1990) afirmam que um psicólogo para atuar nos hospitais deve ter um treinamento clínico completo, isto é, em um prazo médio de 7,1 anos, concluir os estudos até o nível de doutoramento. Adicionalmente, uma residência de, no mínimo, um ano é requerida. “Após obter o grau de doutor e passar em exames orais e escritos, um psicólogo (...) deve ser supervisionado por aproximadamente dois anos” (p. 1061), completam.

Ludwigsen e Albright (1994), ao propor um esquema de formação para o profissional atuar em hospitais, sugerem, entre outros pontos, alguns já contemplados nas exigências acima arroladas, prática em clínica que incluiria, especificamente, psicodiagnóstico, psicoterapia, cursos de psicofarmacologia clínica e treino em competências específicas (como entendimento de tomógrafos e outros recursos médicos).

Enright et al. (1993) lembram, ainda, que os psicólogos, de uma forma geral, têm poucos conhecimentos acerca da cultura hospitalar, daí decorrendo os esforços da *American Psychological Association* na elaboração de manuais com informações básicas para os profissionais que desejavam ingressar nesse campo.

O confronto desse conjunto, que guarda as especificidades da formação norte-americana, com a realidade da formação brasileira, descrita na literatura (Boarini, 1996; CFP, 1988; Yamamoto & Cunha, 1998) põe a nua a precariedade das condições nas quais os psicólogos brasileiros e, no caso específico, norte-rio-grandenses, enfrentam o trabalho na instituição hospitalar.

Uma questão conexa, que não será tema de discussão aqui, mas que merece um exame cuidadoso, diz respeito à forma pela qual os psicólogos que trabalham em hospitais estão se credenciando: os diversos cursos de pós-graduação *lato sensu*. Sem um controle estrito, tais cursos estão proliferando e, devido à precariedade da formação no nível de graduação, virtual-

mente se apresenta como uma exigência. Não teríamos nada a aprender, aqui, do modelo norte-americano ao qual fizemos referência acima?⁷

Se parece indiscutível que o psicólogo norte-rio-grandense está conseguindo seu espaço nas instituições hospitalares do Estado, algumas questões ficam em aberto.

Uma delas, e talvez a mais urgente, seja a questão da formação, conforme apontado acima. Considerando-se que o psicólogo seja, conforme afirmam Enright et al. (1993), um profissional de saúde *bona fide*, não sómente as constatações de Boarini (1996) acerca da debilidade da formação do psicólogo, quanto as exigências para a formação dos trabalhadores da saúde expostas por LoBianco et al. (1994) e Silva (1992), são absolutamente pertinentes. Discutir a formação desse profissional é uma questão grave e um primeiro desafio para aqueles que trabalham nesse campo.

No que concerne à prática profissional, além do cuidado na transposição de recursos clínicos tradicionais para a realidade dos hospitais, o desenvolvimento de novas modalidades de ação parece ser uma questão vital. Os psicólogos norte-rio-grandenses, a despeito das dificuldades, têm conseguido progressos na sua relação com a equipe médica. O trabalho institucional, contudo, está bastante aquém do que se poderia esperar.

Mesmo em uma realidade extremamente desfavorável como é a norte-americana no que concerne às profissões médicas, a literatura tem registrado avanços não desprezíveis – como é o caso da participação dos psicólogos em comitês de ética dos hospitais (Mozdzierz et al., 1992). No terreno da prática, portanto, ao lado do questionamento da adequação dos recursos clínicos clássicos para as situações enfrentadas nos hospitais, coloca-se o segundo grande desafio para o profissional: superar as formas conservadoras

7 É importante salientar que não estamos desqualificando tais experiências *in toto*; tão somente estabelecendo a exigência de controle. Também é conveniente lembrar que existem, no Brasil, diversas experiências fecundas, como as residências realizadas em alguns hospitais como requisito e parte da formação especializada do psicólogo para atuar nesse campo.

de inserção, buscando ampliar seu espaço de atuação, com todas as implicações desse processo.

Agradecimentos

A execução do projeto que deu origem a este trabalho recebeu apoio do CNPq (O.H.Y., processo nº 520218/96-5; L.C.B.O.T., bolsa PIBIC/CNPq/UFRN). Os autores agradecem à psicóloga Adriana Dias Araújo, pela participação nas etapas iniciais do trabalho.

Yamamoto, O. H. (2002). Psychologists in Rio Grande do Norte Hospitals. *Psicologia USP*, 13 (1), 217-246.

Abstract: The purpose of this paper was to study the situation of psychology in hospital settings of *Rio Grande do Norte* State (Northeast of Brazil). A range of 59% of the psychologists working in general hospitals was interviewed. The results describe the undergraduate training and the professional practice of these psychologists. It also discusses the current professional realities considering psychology as a health-care profession and the training requirements for competency.

Index terms: *Psychologist. Vocational education. Hospitals. Health psychology. Public health.*

Yamamoto, O. H. (2002). Psychologues Dans les Hôpitaux du Rio Grande do Norte. *Psicologia USP*, 13 (1), 217-246.

Résumé: Cette étude présente une caractérisation de la situation des psychologues qui opèrent dans les hôpitaux du Rio Grande do Norte. On a interrogé 59 % de l'ensemble des psychologues rattachés aux institutions hospitalières non psychiatriques de l'État. Les conditions de formation académique et de pratique des psychologues sont mises en valeur ainsi que les questions qui se réfèrent à la vision du psychologue comme un

professionnel de santé et les implications qui en découlent pour sa formation.

Mots-clés: Psychologues. Formation professionnelle. Hôpitaux. Psychologie de la santé. Santé publique.

Referências

- Azzi, E. (1964-1965). A situação atual da profissão de psicólogo no Brasil. *Boletim de Psicologia, 47-50*, 47-61.
- Bastos, A. V. B. (1988). Áreas de atuação: Em questão o nosso modelo de profissional. In Conselho Federal de Psicologia. (Org.), *Quem é o psicólogo brasileiro?* (pp. 163-193). São Paulo: Edicon.
- Belloch, A. (1997). One hundred years of clinical psychology. In R. Fuller, P. N. Walsh, & P. McGinley (Eds.), *A century of psychology: Progress, paradigms and prospects for the new millennium* (pp. 85-106). London: Routledge.
- Belloch, A., & Olabarria, B. (1994). Clinical psychology: Current status and future prospects. *Applied Psychology: An International Review, 43*, 193-211.
- Boarini, M. L. (1996). A formação (necessária) do psicólogo para atuar na saúde pública. *Psicologia em Estudo, 1*, 93-132.
- Botomé, S. P. (1979). A quem nós, psicólogos, servimos de fato? *Psicologia, 1*, 1-16.
- Campos, R. H. F. (1983). A função social do psicólogo. *Educação & Sociedade, 16*, 74-84.
- Campos, T. C. P. (1988). *O psicólogo em hospitais: Aspectos de sua atuação em hospital geral.* Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Carvalho, A. A., Ulian, A. L. A. O., Bastos, A. V. B., Sodré, L. G. P., & Cavalcante, M. L. P. (1988). A escolha da profissão: Alguns valores implícitos nos motivos apontados pelos psicólogos. In Conselho Federal de Psicologia. (Org.), *Quem é o psicólogo brasileiro?* (pp. 49-68). São Paulo: Edicon.
- Colégio Oficial de Psicólogos de España. (1998). *Perfiles profesionales del psicólogo.* Madrid, España: Autor.
- Conselho Federal de Psicologia. (Org.). (1988). *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicon.

O Psicólogo em Hospitais no Rio Grande do Norte

- Conselho Federal de Psicologia. (Org.). (1992). *Psicólogo brasileiro: Construção de novos espaços*. Campinas, SP: Átomo.
- Conselho Federal de Psicologia. (Org.). (1994). *Psicólogo brasileiro: Práticas emergentes e desafios para a profissão*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Conselho Regional de Psicologia, 6a. Região. (1995). *Psicologia: Formação, atuação profissional e mercado de trabalho (Estatísticas 1995)*. São Paulo: Autor.
- Cummings, J. W. (1992). Psychologists in the medical surgical setting: Some reflections. *Professional Psychology-Research and Practice*, 23, 76-79.
- Dorken, H. (1993). The hospital private practice of psychology: CHAMPUS 1981-1991. *Professional Psychology-Research and Practice*, 24, 409-417.
- Enright, M. F., Resnick, R. J., DeLeon, P. H. Sciara, A. D., & Tanney, F. (1990). The practice of psychology in hospital settings. *American Psychologist*, 45, 1059-1065.
- Enright, M. F., Resnick, R. J., Ludwigsen, K. R., & DeLeon, P. H. (1993). Hospital practice: Psychology's call to action. *Professional Psychology-Research and Practice*, 24, 135-141.
- Freidson, E. (1988). *Profession of medicine* (2nd ed.). Chicago: Chicago University Press.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism reborn*. Chicago: Chicago University Press.
- Guedes, M. C. (1992). Atuação do psicólogo clínico: Análise de trabalhos publicados em periódicos brasileiros e de dissertações e teses defendidas no país no período 80/92. In Conselho Federal de Psicologia. (Org.), *Psicólogo brasileiro: Construção de novos espaços* (pp. 11-22). Campinas, SP: Átomo.
- Lamosa, B. W. R. (1987). *O psicólogo clínico no hospital: Contribuição para o desenvolvimento da profissão no Brasil*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- LoBianco, A. C., Bastos, A. V. B., Nunes, M. L. T., & Silva, R. C. (1994). Concepções e atividades emergentes na Psicologia Clínica: implicações para a formação. In Conselho Federal de Psicologia. (Org.), *Psicólogo brasileiro: Práticas emergentes e desafios para a profissão* (pp. 7-79). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ludwigsen, K. R., & Albright, D. G. (1994). Training psychologists for hospital practice: A proposal. *Professional Psychology-Research and Practice*, 25, 241-246.
- Mello, S. L. (1975). *Psicologia e profissão em São Paulo*. São Paulo: Ática.
- Mozdzierz, G. J., Snodgrass, R. W., & DeLeon, P. H. (1992). A new role for psychologists: Hospital ethics committees. *Professional Psychology-Research and Practice*, 23, 493-499.

- Sarafino, E. P. (1994). An overview of psychology and health. In *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* (2nd ed., pp. 2-33). New York: John Wiley & Sons.
- Silva, R. C. (1992). A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública. In F. C. B. Campos (Org.), *Psicologia e saúde: Repensando práticas* (pp. 25-40). São Paulo: Hucitec.
- Spink, M. J. (1992). Psicologia da saúde: A estruturação de um novo campo de saber. In F. C. B. Campos (Org.), *Psicologia e saúde: Repensando práticas* (pp. 11-27). São Paulo: Hucitec.
- Tanney, F. (1983). Hospital privileges for psychologists: A legislative model. *American Psychologist*, 38, 1232-1237.
- Teixeira, S. F. (1989). Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In S. F. Teixeira (Org.), *Reforma sanitária: Em busca de uma teoria* (pp. 17-46). São Paulo: Cortez.
- Tourinho, M. L. (1994). *O que pode um analista no hospital?* Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Yamamoto, O. H. (1987). *A crise e as alternativas da Psicologia*. São Paulo: Edicon.
- Yamamoto, O. H., & Campos, H. R. (1997). Novos espaços, práticas emergentes: Um novo horizonte para a psicologia brasileira? *Psicologia em Estudo*, 2, 89-111.
- Yamamoto, O. H., & Cunha, I. M. F. F. O. (1998). O psicólogo em hospitais de Natal: Uma caracterização preliminar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11, 345-362.
- Yamamoto, O. H., Silva, F. L., Medeiros, E. P., & Câmara, R. A. (1999). *Atividades e áreas de atuação: A psicologia no RN*. Trabalho apresentado no I Congresso Norte-Nordeste de Psicologia, Salvador, BA.
- Yamamoto, O. H., Siqueira, G. S., & Oliveira, S. C. C. (1997). A psicologia no Rio Grande do Norte: Caracterização geral da formação acadêmica e do exercício profissional. *Estudos de Psicologia*, 1, 42-67.

Recebido em 17.12.2001
Aceito em 05.02.2002

ORIENTAÇÃO EDITORIAL E NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

I - Linha Editorial - Informações Gerais

A proposta editorial da Revista *Psicologia USP* vem ao encontro das tendências contemporâneas de integração e complementaridade, cada dia mais presentes nas ciências humanas. Esta tendência leva em conta a vocação da Psicologia para a diversidade e para a articulação de áreas e conhecimentos. Se o homem pode ser visto como máquina biológica complexa ele é, no entanto, fabricante de cultura e de símbolos, criador de história. A Revista *Psicologia USP* vem procurando atender às diferentes concepções expressas por aquela duplidade, publicando artigos que refletem o amplo espectro de preocupações atuais dos pesquisadores sem, contudo, ficar ausente dos debates mais significativos que se travam nas áreas de fronteira das ciências humanas e biológicas. Tendo em vista essa finalidade mais ampla, a revista vem publicando artigos de reflexão e ensaios quer em números temáticos, quer sob a forma de núcleos temáticos e artigos diversos, dando ênfase a tópicos clássicos da Psicologia.

II - Submissão do manuscrito

O original deverá ser encaminhado à Revista *Psicologia USP*, através de correio eletrônico ou via postagem e limitando-se a 50.000 (cinquenta mil) caracteres aproximadamente, incluídos os caracteres em branco. No caso de envio pelo correio, o trabalho deverá ser apresentado em disquete 3 ½ digitado em Word for Windows acompanhada duas cópias impressas do trabalho em editor de texto WORD 6.0 ou superior ao seguinte endereço eletrônico: revpsico@edu.usp.br

III - Forma de Apresentação dos Manuscritos

Psicologia USP baseia-se nas normas da American Psychological Association (APA)¹ no que diz respeito a apresentação das citações no texto e das referências bibliográficas.

A apresentação dos manuscritos deverá obedecer à seguinte seqüência:

1 - Folha de Rosto Identificada, contendo:

- Título do trabalho em português e inglês

¹ American Psychological Association. (1994). *Publication manual of the American Psychological Association* (4th ed.). Washington, DC: Author.

- Nome completo e afiliação institucional de cada um dos autores
- Nota de rodapé com endereço completo para correspondência (incluindo CEP, telefone, Fax e E-mail) de cada um dos autores
- Nota de rodapé com informações sobre apoio institucional, agradecimentos, origem do trabalho (apresentação em evento, derivado de dissertação ou tese) e outras informações eticamente necessárias.

2 - Folha de Rosto sem Identificação, contendo apenas:

- Título do trabalho em português e inglês

3 - Resumo (Abstract) e Descritores (Index Terms)

- Resumo em português (aproximadamente 150 palavras) e descritores (até o máximo de cinco) devem figurar antes do texto propriamente dito. O *abstract* e os *index terms* (versão para o inglês do resumo e descritores) precedidos pela referência bibliográfica do próprio artigo, devem ser apresentados após o texto antes da apresentação da lista final das referências.

4 - Texto

4.1 - Citações no texto

4.1.1 - Citação de autores no texto

- Devem ser apresentados pelo sobrenome do(s) autor(es) seguido(s) do ano da publicação. Nas citações com dois autores os sobrenomes quando citados entre parênteses devem ser ligados por “&”; quando citados no texto devem ser ligados por “e” (“e” no caso do texto ser em português, “and” em inglês, “y” em espanhol e assim por diante).

Exemplo: (Ades & Botelho, 1993) ou Ades e Botelho (1993)

- No caso de citações com três a cinco autores, a primeira vez em que aparecem no texto são citados todos os autores; nas citações seguintes cita-se o sobrenome do primeiro autor seguido da expressão latina “et al.”. Já em citações com seis ou mais autores, cita-se o sobrenome do primeiro autor seguido da expressão “et al.”.

Exemplo de citações de três a cinco autores:

Primeira vez em que os autores aparecem citados no texto:

(Haase, Diniz, & Cruz, 1997) ou Haase, Diniz, e Cruz, 1997

Nas citações seguintes:

(Haase et al., 1997) ou Haase et al. (1997)

OBS.: Nas Referências (independente do número de autores) mencionar todos os autores na ordem em que aparecem na publicação.

- Em citações de vários autores e uma mesma idéia, deve-se obedecer à ordem alfabética de seus sobrenomes.

Exemplo: (Badaines, 1976; Biller, 1968, 1969) **ou** Badaines (1976), Biller (1968, 1969)

- No caso de citações de autores com mesmo sobrenome indicar as iniciais dos dos prenomes abreviados.

Exemplo: (M. M. Oliveira, 1983; V. M. Oliveira, 1984) **ou** M. M. Oliveira (1983) e V. M. Oliveira (1984)

- No caso de documentos com diferentes datas de publicação e um mesmo autor, cita-se o sobrenome do autor e os anos de publicação em ordem cronológica.

Exemplo: (Merleau-Ponty, 1942, 1960, 1966) **ou** Merleau-Ponty (1942, 1960, 1966)

- Em citações de documentos com mesma data de publicação e mesmo autor, deve-se acrescentar letras minúsculas após o ano da publicação.

Exemplo: (Rogers, 1973a, 1973b, 1973c) **ou** Rogers (1973a, 1973b, 1973c)

- Documentos cujo autor é uma entidade coletiva, devem ser citados pelo nome da entidade por extenso, seguido do ano de publicação.

Exemplo: (American Psychological Association, 1994) **ou** American Psychological Association (1994)

4.1.2 - Citação de informações obtidas através de canais informais (aula, conferência, comunicação pessoal, E-mail, etc.)

- Acrescentar a informação entre parênteses após a citação.

Exemplo: (Informação verbal, 9 de setembro de 1999)

4.1.3 - Citação de obras antigas e reeditadas

- Citar a data da publicação original seguida da data da edição consultada.

Exemplo: Freud (1898/1976) **ou** (Freud, 1898/1976)

4.1.4 - Citação textual

- No caso de transcrição literal de um texto, esta deve ser delimitada por aspas duplas, seguidas do sobrenome do autor, data e página citada. No caso de citação de trecho com 40 ou mais palavras, este devem ser apresentadas em parágrafo próprio sem aspas duplas, iniciando com a linha avançada (equivalente a cinco toques de máquina) e terminando com a margem direita igualmente recuada.

Atenção: Na citação de depoimento ou transcrição de entrevista, as falas devem ser apresentadas em itálico, e sua forma de apresentação deve seguir a orientação apontada acima (citação textual).

4.1.5 - Citação indireta

- Na citação indireta, ou seja, aquela cuja idéia é extraída de outra fonte, utilizar a expressão “citado por” (no caso do texto ser em inglês “as cited in” e assim por diante).

Exemplo: Para Matos (1990, citado por Bill, 1998) ou Para Matos (1990) citado por Bill (1998)

OBS.: Nas referências mencionar apenas a obra consultada (no caso, Bill, 1998).

4.1.6 - Citação de trabalhos em vias de publicação

- Cita-se o sobrenome do(s) autor(es) seguido da expressão “no prelo”

Exemplo: (Sampaio, no prelo) ou Sampaio (no prelo)

OBS.: No caso do texto estar redigido em inglês “in press.”

4.1.7 - Citação de Homepage ou Web Site

- Cita-se o endereço eletrônico de preferência entre parênteses após a informação.

Exemplo: (www.usp.br/sibi)

OBS.: Não é necessário listá-lo na relação de *Referências* no final do texto.

4.1.8 - Pontuação e grafia na citação textual

- A grafia e a pontuação de uma citação textual devem obedecer à utilizada pelo autor do documento consultado.

4.2 - Notas de rodapé

As notas de rodapé devem ser evitadas sempre que possível, no entanto, quando apontadas no corpo do texto devem ser indicadas com números arábicos seqüenciais, imediatamente depois da frase a que digam respeito. As notas devem ser apresentadas no rodapé da mesma página. As referências dos autores citados no texto devem ser apresentadas no final do texto não em notas no rodapé.

4.3 – Referências

Devem ser apresentadas no final do artigo. Sua disposição deve ser em ordem alfabética do último sobrenome do autor e constituir uma lista encabeçada pelo título *Referências*. No caso de mais de uma obra de um mesmo autor, as referências deverão ser dispostas em ordem cronológica de publicação.

Exemplos de referências bibliográficas e eletrônicas:

4.3.1 - Livros

Com um autor

Macedo, L. (1994). *Ensaios construtivistas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Com autoria institucional

American Psychological Association. (1994). *Publication manual of the American Psychological Association* (4th ed). Washington, DC: Author.

Com entrada pelo título sem autoria específica

The world of learning (41st ed.). (1991). London: Europa.

Com indicação de edição

Bosi, E. (1994). *Memória e sociedade: Lembranças de velhos* (4a ed.). São Paulo: Companhia das Letras.

Com indicação de tradutor

Piaget, J. (1996). *As formas elementares da dialética* (F. M. Luiz, trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Orientação Editorial e Normas Para Publicação

Com indicação da data e título da edição original

Merleau-Ponty, M. (1994). *Fenomenologia da percepção* (C. A. R. Moura, trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1945. Título original: *Phénoménologie de la perception*)

Com indicação do título traduzido

Merleau-Ponty, M. (1964). *Le visible et l'invisible* [O visível e o invisível]. Paris: Gallimard.

Com indicação de volumes

Carterette, E. C., & Friedman, M. P. (Eds.). (1974-1978). *Handbook of perception* (Vols. 1-10). New York: Academic Press.

Capítulo de livro

Chauí, M. (1998). Notas sobre cultura popular. In P. S. Oliveira (Org.), *Metodologia das ciências humanas* (pp. 165-182). São Paulo: Hucitec / UNESP.

Heilman, K. M. (1995). Attention asymmetries. In R. J. Davidson & K. Hugdahl (Eds.), *Brain asymmetry. Chap.4: Attention and learning* (pp. 217-234). Cambridge, MA: The MIT Press.

Capítulo de livro com indicação da data da edição original

Freud, S. (1977). Histeria (J. Salomão, trad.). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 77-102). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1888)

Freud, S. (1973). El yo y el ello (L. Lopez-Ballesteros & De Torres, trads.). In *Obras completas* (3a ed., Vol. 3, pp. 2701-2728). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1923)

4.3.2 - Periódicos Científicos

Edição completa (Fascículo)

Fowler, R. D. (2000, January). Positive psychology [Special issue]. *American Psychologist*, 55 (1).

Artigo

Haase, V. G., Diniz, L. F. M., & Cruz, M. F. (1997). A estrutura temporal da consciência. *Psicologia USP*, 8 (2), 227-250.

The new health-care lexion. (1993, August/September). *Copy Editor*, 4, 1-2.

Artigo publicado em suplemento

Tandon, R. (1999). Cholinergic aspects of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 174 (Suppl. 37), 7-11.

Artigo em vias de publicação (no prelo)

Sampaio, M. I. C., & Peixoto, M. L. (no prelo). Periódicos brasileiros de psicologia indexados nas bases de dados LILACS e PsycINFO. *Boletim de Psicologia*.

4.3.3 - Revista de Divulgação

Texto publicado

Silva, A. A. (2000, 30 de agosto). Em busca do par ideal. *Veja*, 33 (35), 142.

4.3.4 - Jornal

Artigo

Frayze-Pereira, J. A. (1998, 22 de maio). Arte destrói a comunicação comum e instaura a incomum. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Caderno 5, p. 24.

Entrevista publicada

Silveira, E. (1992, 23 de agosto). O ideal moderno de namorado [Entrevista com César Ades]. *Jornal do Brasil*, p. 9.

Atenção: No caso de Depoimento = ... [Depoimento ...].

4.3.5 - Eventos Científicos (Congressos, Seminários, Simpósios, etc.)

Publicado em resumos ou anais

Thiers, V. O., Seabra, A. G., Macedo, E. C., Arbex, S. M., Feitosa, M. D., & Capovilla, F. C. (1993). PCS-Comp: Picture Communication Symbols System: Versão computadorizada. In *Resumos de Comunicações Científicas, III Congresso Interno do Núcleo de Pesquisa em Neurociências e Comportamento da Universidade de São Paulo* (p. 15). São Paulo: Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo.

Todman, J., & Lewins, E. (1996). Use of an AAC system for casual conversation. In *Proceedings of the Seventh Biennial Conference of the International Society for Augmentative and Alternative Communication* (pp. 167-168). Vancouver, Canada.

Publicado como artigo

Macedo, L., Petty, A. L. S., & Botelho, A. P. A. (1991). A construção de correspondências ou o fio de Ariadne. *Ciência e Cultura*, 43 (Supl. 7), 820-821. Trabalho apresentado na 43a Reunião Anual da SBPC, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Não publicado

Aguirre, A. M. B. (1988). *Terapia corporal*. Trabalho apresentado no 2o Simpósio de Psicologia das Faculdades de Educação e Cultura do ABC, São Caetano do Sul, SP.

4.3.6 - Dissertação de Mestrado e Teses

Não publicadas

Figueiredo, S. M. A. (1991). *Estudos piagetianos: Uma análise crítica*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Estudos e Pesquisas Psicossociais, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

Granja, E. C. (1995). *Produção científica: Dissertações e teses do IPUSP (1980/1989)*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Pérez-Ramos, J. (1980). *Satisfação no trabalho: Metas e tendências*. Tese de Livre-Docência, Instituto de Letras, História e Psicologia, Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, Assis, SP.

Atenção: No caso de teses ou dissertações publicadas seguir o modelo de referênciação de livro no todo.

4.3.7 - Trabalho não publicado

Sabadini, A. A. Z. P., & Sampaio, M. I. (2001). *Avaliação das revistas científicas em psicologia - CAPES-ANPEPP*. Texto não publicado.

4.3.8 - Documentos extraídos de fontes eletrônicas

- Os exemplos abaixo baseiam-se nas recomendações publicadas no texto “Electronic reference formats recommended by the American Psychological Association (2001).”²

2 Electronic reference formats recommended by the American Psychological Association (2001, January). Waswington, DC: American Psychological Association. Texto recuperado em 11 abr. 2001: www.apa.org/journals/webref.html

Artigo de periódico

Paiva, G. J. (2000). Dante Moreira Leite: Um pioneiro da psicologia social no Brasil. *Psicologia USP*, 11 (2). Recuperado em 12 mar. 2001, da SciELO (Scientific Eletronic Library OnLine): <http://www.scielo.br>

Resumo de artigo de periódico

Machado, A. P. (1996). Comportamento e trânsito [Resumo]. *Psicologia Argumento*, 14 (18), 79-92. Recuperado em 9 jan. 2001, da Base de Dados Index Psi Periódicos: <http://www.pol.org.br>

Texto

Walker, J. R., & Taylor, T. (2000, March). *The elements of citation*. New York: Columbia University Press. Texto recuperado em 31 mar. 2001: <http://www.columbia.edu/cu/cup/cgos/basic.htm>

4.4 - Imagens e ilustrações

Na apresentação de imagens como fotografias, desenhos e gráficos (estritamente necessários à clareza do texto) assinalar, no texto, pelo seu número de ordem, os locais onde deverão ser intercalados. Apresentar imagens de boa qualidade, seja de fotografias, gráficos ou desenhos, com tamanho máximo de 100x150mm, lembrando que a imagem poderá sofrer redução, enviar preferencialmente nos formatos TIFF ou GIF. As imagens originais devem ser enviadas separadas do artigo, ainda que estejam no artigo original. Se as imagens enviadas já tiverem sido publicadas, mencionar a fonte e a permissão para reprodução.

IV - Procedimentos da Comissão Executiva

Os manuscritos deverão ser encaminhados à Comissão Executiva da revista de acordo com as condições acima descritas. Após seu recebimento os originais serão submetidos à aprovação do Conselho Editorial após prévia avaliação da Comissão Executiva. Se necessário serão encaminhados a consultores “ad hoc.”

Os consultores “ad hoc” serão escolhidos pela Comissão Executiva entre pesquisadores reconhecidos na área da publicação. Não será informado aos consultores “ad hoc” a identidade dos autores e suas afiliações institucionais, assim como, a identidade dos consultores aos autores dos manuscritos.

Após análise dos manuscritos, os consultores emitem por escrito os pareceres: aprovado, aprovado com recomendações e/ou sugestões ou rejeitado para publicação. A revista *Psicologia USP* conta com consultores qualificados que procuram emitir parece-

Orientação Editorial e Normas Para Publicação

res construtivos aos trabalhos dos autores. As cópias dos pareceres dos consultores serão fornecidos na íntegra aos autores do trabalho. A decisão final acerca da publicação ou não do manuscrito, no entanto, será da Comissão Executiva.

A Comissão Executiva da revista reserva-se também o direito de fazer pequenas modificações no texto dos autores durante o processo de editoração gráfica. Antes de enviar os manuscritos para impressão final, a Comissão enviará uma prova gráfica para a última revisão dos autores, que deverá ser feita em cinco dias úteis e devolvida à revisão. No caso do autor não devolver o texto indicando correções o manuscrito será publicado conforme a prova.

Os autores receberão dois exemplares da revista na qual seu artigo foi publicado e 15 separatas.

V - Direitos Autorais

Os direitos autorais de todos os artigos publicados pertencem à *Psicologia USP*. A reprodução total dos artigos em outras publicações requer autorização por escrito da Comissão Executiva da revista.

VI - Endereço para encaminhamento do manuscrito

O envio de manuscritos para publicação deve ser endereçado para:

Comissão Executiva
Revista *Psicologia USP*
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Av. Prof. Lúcio Martins Rodrigues - Travessa 4, 399 - Bloco 23
Cidade Universitária - Butantã
CEP: 05508-900 - São Paulo, SP

Comunicações breves podem ser efetuadas através de:

Telefone: (0**11) 3818-4452
Fax: (0**11) 3818-4462
E-mail: revpsico@edu.usp.br

VII – Assinaturas e pedidos de exemplar avulso

Telefone: (0**11) 3818-4300
Tele/fax: (0**11) 3818-4392
E-mail: bibip@edu.usp.br

Psicologia USP

Revista editada pelo
Instituto de
Psicologia da
Universidade de São
Paulo

PSICOLOGIA USP

vol. 5, números 1/2, 1994

NÚMERO ESPECIAL - ALTERIDADE

SUMÁRIO

A questão da Alteridade

JOÃO A. FRAYZE-PEREIRA

ARTIGOS ORIGINAIS

A presença do Outro na Arte

JOSÉ AMÉRICO MOTTA PESSANHA

A Alteridade da Arte: Estética e Psicologia

JOÃO A. FRAYZE-PEREIRA

A voz do Outro na Literatura: Proust

LEDA TENÓRIO DA MOTTA

As portas do Sonho

ADÉLIA TOLEDO BEZERRA DE MENESES

Rumo a uma Nova Barbárie

ANNA TEREZA FABRIS

Lasar Segall e sua Crítica no Contexto da Modernidade

CLAÚDIA VALLADÃO DE MATTOS

A Ação Teatral: Espaço da Ambivalência, Tempo da Reciprocidade

VERA LÚCIA GONÇALVES FELÍCIO

Um Palco de Espelhos: Narcisismo e Contemporaneidade

CRISTINA FREIRE

Outro Espaço: Aspectos do Design e do Informal nas Grandes Metrópoles

MARIA CECÍLIA LOSCHIAVO DOS SANTOS

Tempo e Individuo no Mundo Contemporâneo: o Sentido da Morte

MARIA HELENA OLIVA AUGUSTO

O Conceito de Representação Social: a Questão do Individuo e a Negação do Outro

JOSÉ LEON CROCHÍK

O Fantasma do Fim da História e a Positividade do Princípio Feminino

RENATA UDLER CROMBERG

O Outro no Trabalho: a Mulher na Indústria

ARACKCY MARTINS RODRIGUES

Corpo Desviante/Olhar Perplexo

LÍGIA ASSUMPÇÃO AMARAL

A Experiência do "Outro" na Antropologia

RENATE BRIGITTE VIERTLER

A Subjetividade à Luz de uma Teoria de Grupos

MARIA INÉS ASSUMPÇÃO FERNANDES

A Questão da Alteridade na Teoria da Sedução Generalizada de Jean Laplanche

LUÍZ CLAUDIO MENDONÇA FIGUEIREDO

O Outro em Lacan: Consequências Clínicas

JUSSARA FALEK BRAUER

COMUNICAÇÃO

Uma Breve Reflexão sobre o Outro

ROBERTO GAMBINI

RESENHA

Poesia e Psicoterapia

JOÃO A. FRAYZE-PEREIRA

PSICOLOGIA USP

vol. 6, número 1, 1995

NÚMERO ESPECIAL - PSICOLOGIA E ETÓLOGIA

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

Psicologia Animal no Brasil: o Fundador e a Fundação

HANNELLORE FUCHS

Trilha de Formigas, Senda de Psicólogo e Etólogo (Meus Caminhos e Descaminhos no Estudo do Comporta-

mento)

WALTER HUGO DE ANDRADE CUNHA

A Escavação do Solo pela Fêmea da Saíva (Atta sexdens rubropilosa)

FERNANDO JOSÉ LEITE RIBEIRO

Organização do Trabalho em Colônias de Saíva: Relações com os Locais e Objetos das Atividades

ANA MARIA ALMEIDA CARVALHO

Divisão de Trabalho e Especialização em Obreiras de Atta sexdens

MARIA MARGARIDA P. RODRIGUES

A Construção da Teia Geométrica enquanto Instinto: Primeira Parte de um Argumento

CÉSAR ADES

Reprodução, Alimentação e a Reatividade em Planárias sob Condições de Manutenção

INÉS AMOSO DOLCI-PALMA

Plasticidade e Esteoriotipia no Desenvolvimento de Padrões Institutivos

VERA SILVIA RAAD BUSSAB

Habituação e Sensibilização Comportamental

TAKECHI SATO

PSICOLOGIA USP

vol. 6, número 2, 1995

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

Hegel no Espelho do Dr. Lacan

PAULO ARANTES

Winnicott e o Pensamento Pós-Metafísico

ZELIO LOPARIC

Os Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade: um Texto Perdido em suas sucessivas Edições?

MÔNICA GUIMARÃES TEIXEIRA DO AMARAL

O Despertar para uma Nova Realidade: o Estudo do Psiquismo Pré e Perinatal e sua Penetração nas Universidades

VERA STELA TELLES

A Criança e a Psicanálise: o "Lugar" dos Pais no Aendimento Infantil

LÉIA PRISZKULNIK

O uso de procedimentos projetivos na Pesquisa de representações sociais: projeção e transicionalidade

TÂNIA MARIA JOSÉ AIELLO-VAISBERG

A relação psicoterapeuta - cliente

ELISA MARIA P. C. RIBEIRO, EVA MARIA MIGLIAVACCA,

IVONISE FERNANDES DA M. CATAFESTA, LILIAN MEYER

FRAZÃO E MARIA HELENA RAIMO C. DE OLIVEIRA

PSICOLOGIA USP

Volume 7 - Número 1/2 - 1996

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

Magia e Bruxaria na Idade Média e no Renascimento

FRANCO CARDINI

A Escola de Vigotski e a Educação Escolar: Algumas Hipóteses para uma Leitura Pedagógica da Psicologia Histórico-Cultural

NEWTON DUARTE

O Hiato entre Conhecimento sobre as Vias de Transmissão e as Práticas de Prevenção da AIDS entre Estudantes da USP: A Atuação das Ideologias Coletivas de Defesa

ARAKCY MARTINS RODRIGUES

Organizational Commitment: Compromisso ou Submissão?

FÁBIO DE BIAZZI

O Laboratório de Educação e Saúde Popular da UFSC: Primeiras Reflexões

CARMEN SILVIA DE ARRUDA ANDALÓ, JOSÉ LUIS C. DE ABREU, JADETE RODRIGUES GONÇALVES E CARMEM LEONTINA OCAMPO MORE

A Exclusão no Ciclo Básico: Uma Pedagogia de Apariências

IVANA SERPENTINO CASTRO FEIJÓ E MARILENE PROENÇA REBELLO DE SOUZA

O Cidadão Policial Militar e sua Visão da Relação Policia-Sociedade

PAULO ROGÉRIO MEIRA MENANDRO E LÍDIO DE SOUZA

Manipulação de Envolvimento de Ego via Parâmetros Experimentais: Efeitos sobre Estados de Ánimo e Desempenho Edutivo em Resolução de Problemas.

FERNANDO CÉSAR CAPOVILLA, ALESSANDRA GOTUZO S. CAPOVILLA, ELIZEU COUTINHO DE MACEDO, CARLOS EDUARDO COSTA E MARCELO DUDUCHI

Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o Português

MARIANGELA GENTIL SAVÓIA, PAULO REINHARDT SANTANA E NILCE PINHEIRO MEJIAS

Fim dos Estudos Universitários: Efeitos das Dificuldades do Mercado de Trabalho na Representação do Futuro Profissional e no Estabelecimento de Projetos Pós-Universitários dos Estudantes

KATHIA MARIA COSTA NEIVA

O Cientista que Ensina

RACHEL RODRIGUES KERBAUY

PSICOLOGIA USP

Volume 8 - Número 1 - 1997

NÚMERO ESPECIAL - PSICOLOGIA E RAZÃO INSTRUMENTAL

SUMÁRIO

PSICOLOGIA E RAZÃO INSTRUMENTAL

Conhecimento e Razão Instrumental.

FRANKLIN LEOPOLDO E SILVA

Dos Males da Medida

LILIA MORITZ SCHWARCZ

Para uma Crítica da Razão Psicométrica

MARIA HELENA SOUZA PATTO

Inteligência Abstraída, Crianças Silenciadas: as Avaliações de Inteligência

MARIA APARECIDA AFFONSO MOYSÉS E CECÍLIA AZEVEDO LIMA COLLARES

ARTIGOS ORIGINAIS

Representação de Escola e Trajetória Escolar

SILVIA HELENA VIEIRA CRUZ

A Constituição da Identidade Masculina: Alguns Pontos para Discussão

MARIA JURACY TONELI SIQUEIRA

Piaget: Notas para uma Teoria Construtivista da Inteligência

LEANDRO DE LAJONQUIÈRE

Vértices da Pesquisa em Psicologia Clínica

MARLENE GUIRADO

A Leitura Cognitiva da Psicanálise: Problemas e Transformações de Conceitos.

VERA STELA TELLES

A CONSCIÊNCIA NUMA PERSPECTIVA BIOLÓGICA

O Morcego, outros Bichos e a Questão da Consciência Animal

CÉSAR ADES

Quimeras, Centauros e a Questão da Consciência Animal: Comentário a Respeito do Artigo de César Ades

FERNANDO JOSÉ LEITE RIBEIRO

O Imaginário Animal

JOSÉ LINO OLIVEIRA BUENO

A Consciência Como Fruto da Evolução e do Funcionamento do Sistema Nervoso

ALEXANDRE DE CAMPOS, ANDRÉIA M. G DOS SANTOS E GILBERTO F. XAVIER

A Estrutura Temporal da Consciência

VÍTOR GERALDI HAASE, LEANDRO F. MALLOY DINIZ E MARIA DE FÁTIMA DA CRUZ

MÉTODOS PARA O ESTUDO DA CONSCIÊNCIA

Principais Modos de Pesquisar a Consciência Mediata de Outros

ARNO ENGELMANN

Expressão Facial Como Acesso à Consciência do Recém-Nascido

NÍELSY HELENA PUGLIA BERGAMASCO

Estado de Consciência Onírica

THEREZINHA MOREIRA LEITE

A Entrevista Fenomenológica e o Estudo da Experiência Consciente

WILLIAM BARBOSA GOMES

PSICOLOGIA USP

Volume 9 - Número 1 - 1998

PSICOLOGIA USP

Volume 8 - Número 2 - 1997

NÚMERO ESPECIAL - CONSCIÊNCIA

SUMÁRIO

A CONSCIÊNCIA NUMA PERSPECTIVA GLOBAL

Dois Tipos de Consciência: a busca da Autenticidade

ARNO ENGELMANN

Sincronização e Consciência: Fundamentos Naturais da Cultura ou Fundamentos Culturais da Natureza?

HENRIQUE SCHÜTZER DEL NERO

Consciência e Comportamento Verbal

LÍGIA MARIA DE CASTRO MARCONDES MACHADO

A Teoria da Consciência de David Chalmers

JOÃO DE FERNANDES TEIXEIRA

N. ESPECIAL - CAROLINA BORI, PSICOLOGIA E CIÉNCIA NO BRASIL

SUMÁRIO

I. CAROLINA BORI, PSICOLOGIA E CIÉNCIA NO BRASIL
O inicio: a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo

ANA MARIA ALMEIDA CARVALHO, MARIA AMELIA MATOS, EDU T. DE OLIVEIRA TASSARA, MARIA IGNEZ ROCHAE SILVA E DEYSE DAS GRAÇAS DE SOUZA

Carolina Bori: a Essência de um Perfil

AZIZ NACIB AB'SABER

Uma Cientista Ímpar: Carolina Martuscelli Bori

MARIA ISaura PEREIRA DE QUEIROZ

- **A AFIRMAÇÃO DA PSICOLOGIA NA UNIVERSIDADE E NA SOCIEDADE**
Carolina Martuscelli Bori e a Psicologia na USP
 WALTER HUGO DE ANDRADE CUNHA
Carolina Martuscelli Bori
 ARNO ENGELMANN
Carolina Bori: a Psicologia Brasileira como Missão
 MARIA AMELIA MATOS
Lembranças a respeito de Carolina: 1968
 CÉSAR ADES
Carolina M. Bori
 ELIAS MALLET DA ROCHA BARROS
Professora Carolina
 MARIA CLOTILDE MAGALDI
 - **INovações: ANÁLISE EXPERIMENTAL DO COMPORTAMENTO NO BRASIL**
Contingências para a Análise Comportamental no Brasil
 MARIA AMELIA MATOS
Carolina Martuscelli Bori e a UnB
 MARIZA MONTEIRO BORGES
Depoimento sobre Carolina Bori
 RACHEL RODRIGUES KERBAUY
Carolina Bori e a Criação do Curso de Psicologia da UFBA
 MERCÉDES CUNHA C. DE CARVALHO E EDUARDO SABACK
 D. DE MORAES
Carolina Bori, Presença no Nordeste
 GIZELDA SANTANA MORAES
Carolina em Belo Horizonte
 JOÃO BOSCO JARDIM
O Percurso de uma Nova Área de Pesquisa na UFSCar
 DEISY DAS GRAÇAS DE SOUZA
 - **ALÉM DA UNIVERSIDADE: EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO DE PROFESSORES – A CIÊNCIA NO COTIDIANO DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO**
Será que eu Contei Tudo?
 MARIA JULIETA SEBASTIANI ORMASTRONI
Há Vinte Anos
 JESUÍNA LOPES DE ALMEIDA PACCA
Uma Professora com Competência Dialógica
 ALBERTO VILLANI
Professora Carolina Bori
 VERA SOARES
Professora Carolina Martuscelli Bori
 MARIA JOSÉ PEREIRA M. DE ALMEIDA
Depoimento sobre Carolina Bori
 MARIA BENEDITA LIMA PARDO
- Carolina Bori: a Abertura de Novos Espaços*
 EDA T. DE OLIVEIRA TASSARA
Carolina Bori
 VERA LÚCIA IMPERATRIZ FONSECA
E a Caminhada Valeu
 MARIA IGNEZ ROCHA E SILVA
Além da Ciência
 LUIZ CARLOS DE MENEZES
A Influência de Carolina Bori no CENAFOR: uma semana que germinou
 RAUL ALBINO PACHECO FILHO
Aprendendo a Compreender Minha Ação numa Pré-Escola Montessoriana
 VERA LAGOA
CIÊNCIA E POLÍTICA NO BRASIL DAS ÚLTIMAS DÉCADAS
Carolina M. Bori
 OSCAR SALA
Foto
 WILSON TEIXEIRA BERALDO
Carolina SBPC Bori
 ADEMAR FREIRE-MAIA
Carolina Martuscelli Bori
 EDUARDO MOACYR KRIEGER
Depoimento: Carolina M. Bori
 FRANCISCO MAURO SALZANO
Carolina Bori
 LUIZ EDMUNDO DE MAGALHÃES
Sobre Carolina Bori
 JOSÉ GOLDEMBERG
Depoimento sobre a Professora Carolina Martuscelli Bori
 ALDO MALAVASI
Carolina Martuscelli Bori: uma Vida com Repercussão nas Gerações vindouras
 ALBA APPARECIDA DE CAMPOS LAVRAS
A Dona Carolina que Conheci
 JOSÉ PEREIRA DE QUEIROZ NETO
Carolina em 20 anos
 ENNIO CANDOTTI
O Humanismo de Carolina Bori
 GILBERTO VELHO
Um Modelo de Comportamento Acadêmico
 MARCELLO G. TASSARA
Carolina
 SYLVIA LESER DE MELLO

“DONA” CAROLINA

Carolina Bori: Retratos

MARIADO CARMO GUEDES

Carolina

MARGARIDA HOFMANN WINDHOLZ

A Importância de Carolina em minha Vida Acadêmica

NILCE PINHEIRO MEJIAS

Minha chefê, Dona Carolina

ISAÍAS PESSOTTI

A Confiança de Dona Carolina

WILMA SANTORO PATITUCCI

Prolegômenos ao Conhecimento de uma Carolina Bori

OLGIERD LIGEZA STAMIROWSKI

Dona Carolina

HERMA BRIGITTE DRACHENBERG

II. PRODUÇÃO NA UNIVERSIDADE: OS FRUTOS DA PÓS-GRADUAÇÃO

ANA MARIA ALMEIDA CARVALHO, MARIA AMELIA
MATOS, EDÁ T. DE OLIVEIRA TASSARA, MARIA IGNEZ
ROCHA E SILVA E DEYSE DAS GRAÇAS DE SOUZA

*Programação de Ensino no Brasil: o papel de
Carolina Bori*

NIVALDO NALE

Sobre Análise do Relato Verbal

ELIZABETH TUNES E LÍVIA MATHIAS SIMÃO

PSICOLOGIA USP

Volume 9 - Número 2 - 1998

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

*Humilhação Social – um Problema Político em
Psicologia*

JOSÉ MOURA GONÇALVES FILHO

*Os Desafios atuais do Estudo da Subjetividade na
Psicologia.*

JOSÉ LEON CROCHÍK

*Cura, Culpa e Imaginário Radical em Cornelius
Castoriadis: Percursos de um Sociobárbaro*

HELIANA DE BARROS CONDE RODRIGUES

Leôlo, Leolô: o Trabalho e o Sonho

MARIA HELENA SOUZA PATTO

*Apontamentos Sobre Ética e Individualidade a partir
da Mínima Moralia*

ARI FERNANDO MAIA

Trabalho Informatizado e Sofrimento Psíquico

SEIJI UCHIDA

*Condições Sociais da Constituição do Desenho
Infantil*

SILVIA MARIA CINTRA DA SILVA

*Paralelismo entre História e Psicogênese da Escrita
do Ritmo Musical*

JOSÉ NUNES FERNANDES

A Mascarada e a Feminilidade

WALKIRIA HELENA GRANT

Cultura e Co-Educação de Gerações

PAULO DE SALLES OLIVEIRA

A Memória no Outono

CARLOS RODRIGUES BRANDÃO

PSICOLOGIA USP

Volume 10 - Número 1 - 1999

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

*O Lugar do Inconsciente ou Sobre o Inconsciente
como Lugar*

DEODATO CURVO DE AZAMBUJA

Inconsciente e Percepção na Psicanálise Freudiana

NELSON ERNESTO COELHO JUNIOR

O Inconsciente Segundo Karl Abraham

RENATO MEZAN

*O Inconsciente e a Constituição de Significados na
Vida Mental*

ELIAS MALLET DA ROCHA BARROS

Bion: o Zero da Experiência

MARIA EMILIA LINO SILVA

*Caminhos da Intersubjetividade: Ferenczi, Bion,
Matte-Blanco*

IGNÁCIO GERBER

*O Telescópio e o Caleidoscópio: o Inconsciente em
Freud e Groddeck*

LAZSLO ANTONIO ÁVILA

*Em Busca do Referente, às Voltas com a Polissemia
dos Sonhos: a Questão em Freud, Stuart Mill e
Lacan*

ANA MARIA LOFFREDO

*Entre os Sonhos e a Interpretação: Aparelho
Psíquico/Aparelho Simbólico*

JOÃO A. FRAYZE-PEREIRA

O Inconsciente e as Condições de uma Autoria

EDSON LUIZ ANDRÉ DE SOUSA

Silêncios

LUCIANO MARCONDES GODOY

O Memorial de Sofia: Leitura Psicanalítica de um Conto de Clarice Lispector

YUDITH ROSENBAUM

O Inconsciente da Moda: Psicanálise e Cultura

Caipira

OSVALDO LUIS BARISON

Jogo de Opostos: uma Aproximação à Realidade Mental através do Mito de Dioniso

EVA MARIA MIGLIAVACCA

Psicanálise e Educação: Banquete, Fast Food e Merenda Escolar.

MARCIA SIMÕES CORRÊA NEDER BACHA

Inconsciente: um Resgate de sua Dimensão Social-Histórica

MARION MINERBO

RESENHA

Entre a Psicanálise e a Arte

HELENA K. ROSENFELD A MEMÓRIA NO OUTONO

PSICOLOGIA USP

Volume 10 - Número 2 - 1999

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

Elementos para uma Psicologia do Sujeito Cativo
CONRADO RAMOS

Fantasia e Conhecimento: um Estudo Crítico Preliminar
LUIS GUILHERME COELHO MOLA

O Desvio do Olhar: dos Asilos aos Museus de Arte
JOÃO A. FRAYZE-PEREIRA

Lógica da Ironia
MARIE-JEAN SAURET

As Três Categorias Peircianas e os Três Registros Lacanianos
MARIA LUCIA SANTAELLA BRAGA

O Campo Lacaniano: Desejo e Gozo
LUIZ CARLOS NOGUEIRA

Quando o Princípio do Absurdo Disparou a Idéia

Psicanalítica: uma Concepção da Teoria dos Campos

ANDREA GIOVANNETTI

Freud, Politzer, Merleau-Ponty

REINALDO FURLAN

Estatuto da Criança e do Adolescente: é Possível Torná-lo uma Realidade Psicológica?

SYLVIA LESER DE MELLO

Neoliberalismo, Política Educacional e Ideologia: as Ilusões da Neutralidade da Pedagogia como Técnica

MARCELO DOMINGUES ROMAN

Pensando com Winnicott sobre Alguns Aspectos Relevantes ao Processo de Ensino e Aprendizagem

CINTIA COPIT FRELLER

O Discurso e o Laço Social dos Meninos de Rua

MIRIAM DEBIEUX ROSA

“Djunta-mon:” O Processo de Construção de Organizações Cooperativas

LENY SATO

Representação Social da Religião em Docentes-Pesquisadores Universitários

GERALDO JOSÉ DE PAIVA

RESENHA

Mentes e Máquinas, ou o que Tem a Inteligência Artificial a nos Dizer a Respeito dos Fundamentos da Psicologia?

SAULO DE FREITAS ARAUJO

PSICOLOGIA USP

Volume 11 - Número 1 - 2000

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

Clinica(s): Diagnóstico e Tratamento
LÉIA PRISZKULNIK

Diagnóstico Estrutural de Personalidade em Psicopatologia Psicanalítica
TÂNIA MARIA JOSÉ AIELLO VASBERG E MARIA CHRISTINA LOUSADA MACHADO

A Formação da Atitude Clínica no Estagiário de Psicologia
ANA MARIA DE BARROS AGUIRRE, ELIANA HERZBERG,

ELIZABETH BATISTA PINTO, ELISABETH BECKER,
HELENA MOREIRA E SILVA CARMO E MARY
DOLORES EWERTON SANTIAGO

*A Desvinculação do TAT do Conceito de "Projeção" e
a Ampliação de Seu Uso*
VERA STELA TELLES

*Notas Sobre o Diagnóstico Diferencial da Psicose e
do Autismo na Infância*
MARIA CRISTINA MACHADO KUPFER

*Diagnósticos e Psicotrópicos - uma Resposta pela
Psicanálise*
ANDRÉ GELLIS

*A Inquietante Estranheza do Corpo e o Diagnóstico
na Adolescência*
SANDRA DIAS

Leitura e Diagnóstico do Sintoma Orgânico
RENATA VOLICH EISENBRUCH

O Diagnóstico de Depressão
MARIA JOSEFINA SOTA FUENTES RODRIGUES

*A Alienação Eternizada: uma Abordagem Estrutural
de um Caso Clínico*
MARIA CRISTINA RICOTTA BRUDER

*Uma Reflexão Acerca do Diagnóstico de Psicose
Infantil: Uma Abordagem Psicanalítica*
CLAUDIA DO AMARAL DE MEIRELES REIS

*Entre a Inibição e o Ato: Fronteiras do Trabalho
Analítico com Crianças*
JUSSARA FALEK BRAUER

Bataille com Lacan
ROLAND LETHIER

Ofício de Tradutor

DANTE MOREIRA LEITE

A Realidade Americana na Literatura

DANTE MOREIRA LEITE

Remissão

DANTE MOREIRA LEITE

Poemas

DANTE MOREIRA LEITE

O Louco de Rua Visto Através da Literatura
FLÁVIO CARVALHO FERRAZ

Machado de Assis Adverte:
CELINA RAMOS COURI

*Ensaios Teóricos: os Capítulos Introdutórios de
Henry Fielding*
SANDRA GUARDINI T. VASCONCELOS

O Sonho e a Literatura: Mundo Grego
ADÉLIA BEZERRA MENESSES

RESENHA

*Inventário Analítico do Arquivo do prof. Dr. Dante
Moreira Leite*
ELIZABETH CONCETA MIRRA

PSICOLOGIA USP

Volume 12 - Número 1 - 2001

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

A Noção de Consciência n'A Estrutura do Comportamento (Merleau-Ponty)
REINALDO FURLAN

*Considerações Sobre o Conto Terror de Vladimir
Nabokov Por uma Perspectiva Heideggeriana*
JOÃO RODRIGO OLIVEIRA E SILVA

*Comentários Críticos das Referências
Textuais de Freud a Kant*
LEOPOLDO FULGENCIO

*Psicanálise e o Pensamento Científico: Entre o
Físicalismo e/ou a Contraciência em Diferentes
Modos de Subjetividade*
ROGÉRIO LUSTOSA BASTOS

*O Projeto Interdisciplinar da Teoria Crítica: A
História e a Psicologia*
SUELI SOARES DOS SANTOS BATISTA

PSICOLOGIA USP

Volume 11 - Número 2 - 2000

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

Dante Moreira Leite: Mestre da Psicologia Social
ECLÉA BOSI

*Dante Moreira Leite: um Pioneiro da Psicologia
Social no Brasil*
GERALDO JOSÉ DE PAIVA

*Dante Moreira Leite: Ciência Psicológica,
Interdisciplinaridade e Diferença*
MARIA LUISA SANDOVAL SCHMIDT E TATIANA FREITAS
STOCKLER DAS NEVES

O Papel de Coordenador de Grupos
CARMEN SILVIA DE ARRUDA ANDALÓ

A Infância na Pobreza Urbana: Linguagem Oral e a Escrita da História pelas Crianças
SANDRA MARIA SAWAYA

O Psicodiagnóstico Entre as Incompatibilidades de Seus Instrumentos e as Promessas de Uma Metodologia Psicopatológica
NELSON DA SILVA JUNIOR & FLÁVIO CARVALHO FERRAZ

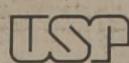
Monitoramento e Avaliação da Pós-Graduação: Algumas Reflexões Sobre Requisitos e Critérios
ANA M. A. CARVALHO

RESENHAS

A Face Perversa do Narcisismo Moderno
IRAY CARONE
Machado de Assis: O Enigma do Olhar
CELINA RAMOS COURI

ASSINATURAS/INTERCÂMBIO
Instituto de Psicologia
Serviço de Biblioteca
e Documentação
Av. Prof. Mello Moraes, 1721
CEP - 05508-900
Tel./Fax: (11) 3091-4392
São Paulo - SP - Brasil.

A revista conta com a colaboração
de consultores “ad doc”



CREDENCIAMENTO E APOIO FINANCEIRO DO
PROGRAMA DE APOIO ÀS PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS PERIÓDICAS DA USP
COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

