

[Psicologia: Reflexão e Crítica](#)

Print version ISSN 0102-7972

Psicol. Reflex. Crit. vol.11 n.3 Porto Alegre 1998

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79721998000300017>

Relato de experiência

Inserção do psicólogo em programas de atenção primária à adolescência: uma experiência em Salvador-Bahia¹

Luís Augusto Vasconcelos da Silva²

Rodrigo Freire Oliveira³

Anamélia Lins e Silva Franco^{4,5}

Universidade Federal da Bahia

Resumo

Buscou-se relatar uma experiência de estágio curricular em Psicologia, no qual foram discutidos os novos contextos e demandas que surgem para a Psicologia, neste momento em que se encontra o processo de globalização e as influências neo-liberais. A inserção dos estagiários numa perspectiva multidisciplinar com profissionais de saúde foi concretizada a partir do desenvolvimento de grupos de adolescentes em um centro de saúde de um bairro de baixa-renda. Foram acompanhados três grupos, semanalmente, durante um semestre letivo, por dois estagiários de Psicologia. Buscou-se desenvolver estratégias de prevenção a partir da discussão de temas (AIDS, família, sexualidade) e demandas em geral trazidas pelos adolescentes, estimulando-os a problematizar, planejar e programar ações a longo prazo, além de ter sido incentivado o desenvolvimento da autonomia na escolha de estilos de vida. Observou-se que os adolescentes passaram a demonstrar comportamentos que predizem a formação de suporte social e comportamentos assertivos. No encerramento das atividades foi proposto pelos adolescentes a confecção de um vídeo, uma peça teatral e uma reportagem.

Palavras-chave: atenção primária; adolescentes; estágio supervisionado.


The role of the psychologist in programs of primary care with adolescents: an experience in Salvador, Brazil

Abstract

New contexts, social demands and economic perspectives of the current Brazilian reality in which the process of globalization and neoliberal influences were observed and discussed in an internship at the Department of Psychology of the Federal University of Bahia. Two trainees conducted a weekly meeting of a group of adolescents at a Primary Health Care Unit in a low income district. The group's goals were the development of prevention strategies based on the discussion of issues (AIDS, family, sexuality) and of autonomy to choose their lifestyles. The teenagers were encouraged to discuss these issues and to plan long-term actions. It could be seen that the adolescents started to present assertive behavior and developed new social support networks. At the end of the school term they were willing to make a video, produce a play, and write a report about the issues they discussed.







Key-words: Primary attention program; adolescents; Psychology Internship.

My SciELO

 Custom services

Services on Demand

Article

-  Article in xml format
-  Article references
-  How to cite this article
-  Curriculum ScienTI
-  Automatic translation
-  Send this article by e-mail

Indicators

Related links

Bookmark

| More

A atuação do psicólogo na área da saúde no estado da Bahia tem se concentrado em unidades hospitalares. O convênio selado entre a Universidade (UFBa), as secretarias de saúde e o Programa UNI (Uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde e união com a comunidade) – favoreceu a integração e a possibilidade de um outro campo de atuação da Psicologia próximo à comunidade.

Este contexto no qual o Estado e uma Fundação Multinacional se vinculam para desenvolver um programa social sugere a discussão de questões atuais, aparentemente distantes da prática do psicólogo, já que este, caracteristicamente, sempre direcionou sua atuação para abordagens individuais e a-históricas (Yamamoto, 1996).

Seriam questões relacionadas a esta prática: Quem é o Estado? Quais as atribuições do Estado? Quem se responsabiliza pelos programas sociais além do Estado? Quais seriam seus parceiros na área social? Uma atividade do psicólogo, em um centro de saúde, sofre e/ou influencia as políticas sociais? Todas essas perguntas emergem em um momento marcado pelas propostas de mudanças, reformas mundiais de configuração político-econômica e pela existência crescente de projetos sociais financiados por capital privado.

O Programa UNI vem marcando presença em âmbito nacional, subsidiado pelo financiamento da Fundação W. K. Kellogg. O programa procura estabelecer relações mais estreitas entre universidade, comunidade e os serviços de saúde. Numa perspectiva multidisciplinar, os projetos, além de possibilitar o desenvolvimento de novos modelos de educação dos profissionais da saúde, procuram desenvolver sistemas locais de saúde que tenham como "protagonistas ativos" os grupos da comunidade, enfatizando, assim, as suas necessidades concretas. Espera-se que a comunidade passe a buscar seu autogerenciamento, desenvolvendo lideranças na atuação em saúde.

Esse trabalho representa parte de uma análise que se iniciou em uma prática de serviço público, possibilitado, pois, por um dos projetos UNI. Buscando contextualizar este trabalho, considera-se necessário estabelecer relações com aspectos da política social brasileira nos anos 90. Dessa forma, vale pensar a práxis do psicólogo confrontando-a com as políticas de saúde vigentes.

Estado: diz-me com quem andas e te direi quem és.

Os avanços atuais em tecnologias de informação e a flexibilidade das organizações têm levado a mudanças nas relações entre os diversos países no que dizem respeito ao fluxo de capital e à internacionalização do mercado de trabalho; mudanças que indicam uma relativa dissolução dos centros de poder, dando lugar a relações interdependentes embora assimétricas (Castells, 1994, citado em Menezes & Menezes, 1997). Estas modificações têm recebido a designação de globalização, que, para alguns críticos, não se iniciou em paralelo ou foi desencadeada por estas mudanças referidas, mas assume nova caracterização neste momento de final de século.

Embora as peculiaridades desse processo de globalização sejam ainda pouco conhecidas, como, por exemplo, as possíveis formas de Estado a partir daí geradas, e principalmente em um momento onde se discute a sua própria viabilidade e seus instrumentos de ação, pode-se frisar o rápido desenvolvimento de novas formas de organização tempo-espacial advinda das tecnologias de informação.

Ortiz (1993, citado em Menezes & Menezes, 1997) destaca o conceito de desterritorialização como característico do processo de dilatação das fronteiras. A desterritorialização, então peculiar a essa nova cultura mundializada, significa um esvaziamento de conteúdos específicos e uma perda de centralização para o mercado internacional. Ainda segundo o autor, essa tendência atual é movimentada pela competição do mercado global. Nesse sentido, entre outros aspectos, pode-se falar em tendência neoliberal.

Para Netto (1993, citado em Yamamoto, 1996), o estabelecimento do mercado como instância mediadora básica e a idéia de que um estado minimalista seja a única solução para a democracia caracterizam as grandes premissas da ideologia neoliberal. Nessa direção, podem-se vislumbrar os processos de descentralização e privatização, os quais representam formas alternativas de gestão de problemas, tomadas como possibilidades concretas de eficácia e redução de custos; ao Estado caberia a gestão seletiva de gastos públicos em setores específicos conforme parâmetros politicamente definidos (Yamamoto,

1996).

A inserção do Brasil na política neoliberal, porém, não ocorre isenta de críticas. Oliveira (1996), ao discutir a problemática da criação de uma moeda única para os países membros da Comunidade Européia, mostrando uma disponibilidade de alguns países (como a Alemanha, a Inglaterra e a Itália) em rever alguns de seus princípios, mesmo no que concerne às decisões provenientes do acordo de Maastrich (1994), enfaticamente destaca posição passiva do Brasil e demais países da América Latina diante das decisões em âmbito internacional. O que está em pauta é a própria necessidade de se criar alternativas coerentes com a realidade nacional, quer seja histórico-social ou político-econômica, buscando uma participação ativa no contexto internacional.

Especificamente na área da política social e no setor saúde, deve-se destacar, também, a presença crescente no cenário neoliberal das organizações não-governamentais (ONGs). Arellano-López e Petras (1995), no entanto, ao contextualizar o incremento de financiamento de capital internacional na Bolívia, salientam que as ONGs, "alegando trabalhar diretamente com os pobres, com a assistência das agências doadoras internacionais, usurparam o espaço político que uma vez pertenceu às organizações populares" (p. 69). A partir dessa análise, questiona-se o caráter mediador e ambíguo das organizações não-governamentais frente às ideologias políticas das comunidades e do governo. Assim, os autores, respaldados na experiência boliviana, questionam a imparcialidade dessas organizações ao minar as bases institucionais da participação política.

O que fica implícito na análise é que, embora as ONGs sejam vistas como facilitadoras do desenvolvimento de populações marginalizadas, gerando emprego e descentralizando algumas gestões que antes pertenciam ao Estado, há algumas facetas contraditórias. Na Bolívia, ainda citando Arellano-López e Petras (1995), a maioria das ONGs se estabeleceu em áreas de potencial crescimento econômico, sendo que as instituições que trabalham nas áreas mais pobres são organizações de socorro patrocinadas pela Igreja e por grupos auto-organizados das comunidades locais. Com essa ressalva, pode-se perguntar quem, de fato, são os agentes beneficiados pelas ONGs e quais os reais objetivos dessas instituições que pretendem, de forma diferenciada, contribuir para o desenvolvimento e a erradicação da pobreza nos países ditos periféricos.

Em se tratando da participação das ONGs em território nacional, pode-se, também, questionar o modelo de gerenciamento da política social brasileira. Como salienta Yazbeck (1996), a trajetória histórica das políticas sociais brasileiras indica um funcionamento ambíguo, marcado por fragmentações, inoperância e assistencialismos, sem alterar as condições estruturais. A autora, pontuando o modelo atual de estado mínimo em tempos de globalização, juntamente com a retração dos investimentos no campo social, faz a seguinte análise:

"No entanto, as redefinições mais recentes do capitalismo contemporâneo, as mudanças nas relações entre capital e trabalho, o processo de globalização, as transformações que se operam no Welfare State e o avanço do neoliberalismo enquanto paradigma político e econômico, trazem para o campo da Seguridade Social, no país, profundos paradoxos. Pois, se de um lado o Estado brasileiro aponta constitucionalmente para o reconhecimento de direitos, por outro, se insere no contexto de ajustamento a essa nova ordem capitalista internacional, onde se observa a desmontagem de conquistas no campo social e onde as políticas ortodoxas de estabilização da economia, com suas restrições aos gastos públicos, reduzem e direcionam os investimentos sociais do Estado." (p. 41).

Toda esta discussão relacionada à atuação das ONGs no país parte da constatação da importância dessas instituições como atores nos programas sociais. Quando essas organizações buscam o desenvolvimento do autogerenciamento das comunidades, a atuação se aproxima de um dos objetivos das atividades desenvolvidas pelos Projetos UN.

Para a área da Psicologia, observa-se um reflexo destas novas configurações do estado na medida em que são ampliadas e flexibilizadas atuações no interior das práticas classicamente instituídas. A Psicologia da Saúde se mostra como um crescimento das concepções abordadas inicialmente como Psicologia Clínica, predominantemente.

Desenvolvimento de uma alternativa Teórico-prática na Psicologia - a Psicologia da Saúde.

A Psicologia da Saúde, enquanto campo de trabalho incipiente, se expande em um momento no qual se exige das profissões da área da saúde formas alternativas de enfrentar problemas e produzir estratégias de lidar com a saúde do indivíduo e da coletividade. Exige-se também da Psicologia, enquanto profissão, uma nova postura diante das transformações ocorridas no mundo do trabalho com o rápido avanço das tecnologias de informação, com a diminuição da oferta de trabalho e com a maior exigência na formação profissional.

São essas constantes transformações que mobilizam o profissional da Psicologia a encontrar novos campos de inserção. O campo da saúde pública possibilita, assim, uma nova forma de atuação onde a ciência do comportamento pode contribuir através de um conhecimento diferenciado. No entanto, deve-se perceber tais contribuições em um contexto complexo e dinâmico, possibilitado mesmo pelas mudanças de práticas e paradigmas no interior da medicina preventiva.

Perrisé (1985) afirma que os últimos dez anos têm testemunhado uma nova revolução no campo da saúde. A primeira revolução seria caracterizada pelo advento de técnicas e conhecimentos desenvolvidos no campo da Epidemiologia e da Medicina tradicional que concorreram para o controle e diagnóstico cada vez mais precoce de doenças infecciosas. A segunda revolução poderia ser caracterizada pela incorporação das diversas ciências comportamentais e humanas ao campo da saúde. Anteriormente, era atribuída às doenças infecciosas a responsabilidade pelos altos índices de morbidade e mortalidade. Entretanto com o desenvolvimento dessas novas tecnologias no campo da imunização, saneamento e nutrição, a maior contribuição para estes índices tem sido atribuída às doenças crônico-degenerativas e às causas externas.

No Brasil e em outros países ditos em desenvolvimento, estes dois quadros não chegaram a grandes diferenciações, configurando uma condição peculiar no qual patologias crônico-degenerativas e infecciosas, juntamente com causas externas, ocorrem paralelamente. A partir desse quadro, questionam-se esses dois momentos como separados e caracteristicamente transicionais.

Neste momento, quando aspectos pertinentes a estilos de vida e a condições de trabalho tornam-se fatores de morbimortalidade, sugere-se que, com o uso de tecnologia e conhecimento das ciências sociais e do comportamento, podem ser, também, desenvolvidas práticas preventivas. Este ponto de vista deriva da revisão de conceitos médicos fundamentais, a saber: (I) maior ênfase em uma orientação curativa do que em uma orientação preventiva; (II) a doença como fruto de um único agente; (III) a apresentação do indivíduo como um mosaico de órgãos que devem ser tratados quando apresentam disfunção. A revisão desses pontos nos leva a observar que a concepção de saúde-doença a ser adotada deve ser marcadamente ecológica. Sendo assim, programas de intervenção em saúde pública não deveriam ser pensados através de uma perspectiva eminentemente curativa, excluindo-se a atenção primária ou preventiva, inclusive porque seria economicamente custoso fazê-lo (Costa e López, 1996).

Nessa perspectiva ecológica, o processo do adoecer não seria provocado por apenas um fator ambiental ou genético, mas sim fruto de uma inter-relação de fatores genéticos e ambientais, concebendo os aspectos ambientais como integradores das condições geográficas e socioculturais. Por fim, essas reflexões nos levam a um ser humano mais integrado, não só à soma de fatores e aspectos de cunho biológico, psicológico e social, como também a um ser humano que pode ser agente ativo e crítico na manutenção de sua saúde ou na recuperação da mesma. Isso corresponde a ampliar o reconhecimento dos determinantes do processo saúde-doença, concedendo um papel ativo ao indivíduo e à coletividade.

A ciência do comportamento, segundo Costa e López (1989), constitui uma referência que pode contribuir efetivamente para o enfrentamento da crise alarmante dos sistemas de saúde. Diante das novas práticas nas quais se tem visto o psicólogo participar, podemos dizer que estamos diante, pelo menos, da reformulação da prática desse profissional no campo da saúde. Esta reformulação consistiria, principalmente, na incorporação da perspectiva preventiva na atuação (Spink, 1992).

O conhecimento e as técnicas dos quais lança mão a Psicologia da Saúde são freqüentemente oriundos da clínica, e naturalmente passam por uma série de adaptações que se configuram em uma verdadeira reconstrução da atividade e da identidade do psicólogo e da Psicologia. As implicações da atuação ou reinserção do psicólogo no campo da saúde são de natureza complexa e envolvem desde um treinamento específico para atuar neste campo – treinamento que não tem sido observado na grande maioria dos

cursos de graduação – até o equacionamento mais otimizado possível de uma resistência que é exercida por outros profissionais, tradicionalmente atuantes na área, frente à aparente inutilidade da atuação dos psicólogos no campo da promoção da saúde e à alta demanda para a atuação no modelo clínico (Spink, 1992). Essa resistência não é pequena também não parte exclusivamente dos profissionais já firmemente estabelecidos no campo da saúde, mas também do próprio psicólogo que não (re)conhece as possibilidades de sua atividade.

Segundo San Martín (1982 citado em Costa & López, 1989), o modelo biomédico, essencialmente curativo, configura-se em uma das raízes para a resistência encontrada no sistema de saúde à entrada de outros profissionais e à participação da comunidade. Ainda segundo estes autores, o modelo curativo seria antidemocrático e atravancador de empreendimentos interdisciplinares.

As perguntas que se impõem são: Como se configura a prática deste campo? É possível uma atuação junto à comunidade? Que papel terão as práticas usualmente utilizadas na Psicologia Clínica? Yamamoto (1996) faz a mesma pergunta: o arsenal teórico-prático de que dispõe a Psicologia pode ser aplicado em novos campos que a Psicologia desbrava? O autor nos assegura que as respostas a essas questões não são simples, e ressalta que não basta mudar de cliente; é importante que, além de mudar de cliente, o psicólogo realize uma revisão daquilo que teoricamente embasa sua atividade.

Para Costa e López (1989), a relação entre saúde e doença não se opera de maneira descontextualizada, isolada, e sim dentro de um tecido social e ecológico complexo. O equacionamento entre saúde e doença está intimamente ligado aos modos de vida social, aos alimentos que consumimos, à vida produtiva, à distribuição desigual dos recursos socioeconômicos, etc.

Esses autores afirmam que é através da atuação da Psicologia Comunitária que programas de saúde podem ser aplicados no âmbito local de cada comunidade. A Psicologia da Saúde e a Psicologia Comunitária estabeleceriam, assim, uma relação na qual esta última se converteria em um instrumento de implementação dos programas que envolvem conceitos da primeira. Seria através da Psicologia Comunitária, propõem Costa e López (1989), que os programas de saúde se tornariam ágeis e integrados ao tecido social em que os processos de saúde, adoecimento e morte se dão, e é justamente nesse nível que a intervenção preventiva deveria ocorrer. Entretanto, o que se deve tentar obter da comunidade é que a mesma analise e modifique seus comportamentos tentando torná-los favoráveis à saúde. Assim, a Psicologia Comunitária seria um ponto de ligação entre o sistema de saúde e a comunidade, numa configuração dinâmica e móvel.

Deve-se frisar que, em relação à Psicologia Comunitária, atualmente a área ainda descobre novos horizontes e perspectivas, existindo uma diversidade metodológica grande acompanhada até por uma ausência de metodologia (Mejias, 1995). Falta, entretanto, uma reflexão local sobre como se dá a atuação nesse campo. Spink (1992), discutindo sobre o presente e o futuro da Psicologia da Saúde, aponta algumas reflexões centradas em diversos aspectos, entre eles: as representações do processo saúde/doença; a configuração dos serviços de saúde e das profissões que aí atuam; as políticas setoriais e suas implicações para os usuários, etc. Através dessa reflexão é que se poderá alcançar uma consolidação das bases teóricas da Psicologia da Saúde, superando enfoques obsoletos intra-individuais, "adotando uma perspectiva globalizante e dinâmica que possibilite entender a saúde/doença como processo histórico multideterminado." (Spink, 1992, p. 21).

Uma concepção de homem possível para a Psicologia da Saúde: uma proposta inicial

O planejamento desta atividade de atenção primária no contexto de uma Unidade de Saúde da rede básica apontou a necessidade do aprofundamento de uma questão aparentemente anterior à explicitação de uma concepção de homem pertinente.

Essa concepção de homem tinha uma exigência: a compatibilidade com o pressuposto básico da atividade, que consistia no entendimento de que prevenção é uma prática possível e necessária, principalmente quando se observa um perfil epidemiológico para a faixa etária abordada, com alta prevalência de morte por causa externa, gravidez indesejada, consumo inadequado de álcool e drogas. A abordagem considerada adequada utilizada como modelo possível para esta atuação vem sendo desenvolvida por Bandura (1974) e outros.

Diante desse contexto, considera-se o comportamento como uma resultante da interação

de um organismo com o meio. Esta resultante não é fruto de condições imediatas, nem resultado de um condicionamento linear. Entende-se como condicionamento a descrição da aprendizagem adquirida através de experiências emparelhadas que podem ser mediadas cognitivamente.

As conseqüências dos próprios comportamentos e dos comportamentos observados dos indivíduos serviriam para fornecer informações que funcionariam como guias para a ação; assim também como servem pelo seu valor de incentivo. Desse modo, as pessoas teriam condição de exercer um controle antecipatório às suas ações, comportando-se a partir do que esperam que prevaleça no futuro.

Desenvolvimento dos grupos de adolescentes: uma proposta de análise

O estágio supervisionado, do qual as questões desenvolvidas neste texto foram originadas, representou para os autores deste trabalho momento para uma análise do contexto em que estudantes e profissionais de Psicologia estão inseridos. Não obstante o reconhecimento de uma etapa imprescindível que antecede à obtenção do diploma de psicólogo, deve-se enfatizar que essas reflexões deveriam estar presentes, reiteradamente, em todo o percurso da graduação. Por conseguinte, a experiência de estágio curricular obrigatório, tendo um centro de saúde como campo possível de realização, objetivou, além de propiciar aos estudantes uma prática de atenção primária, suprir algumas lacunas referentes às reflexões teórico-práticas.

A atuação dos estudantes junto à comunidade parece que, nesse exato momento, está sendo concretizada através de uma demanda dos próprios estudantes no sentido de procurarem formas alternativas de serviço e prática da Psicologia. Assim, alguns professores se disponibilizam a serem supervisores nessa prática. Pode-se mesmo pensar que alunos e professores começam a construir juntos essa área no Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Bahia.

O estágio curricular foi realizado, a partir de uma prática já existente em um centro de saúde, numa perspectiva multidisciplinar de atenção primária à adolescência. A universidade, através do Projeto UNI, oferece a possibilidade de os estudantes realizarem seus estágios curriculares priorizando a atenção primária. Essa possibilidade de estágio, n entanto, encontra-se ainda pouco difundida, principalmente porque a prática clínica no Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) ainda é um grande referencial.

Em Salvador, o projeto UNI tem como área de atuação o distrito docente-assistencial Barra-Rio Vermelho. Este distrito localiza-se em uma área central e litorânea da cidade e reúne tanto zonas de classe social alta como bairros originados de invasões em regiões de topografia bastante íngreme. O 15^o. Centro de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia é uma unidade localizada em uma dessas invasões, possuindo alta densidade demográfica e, atualmente, as maiores prevalências de violência da cidade.

O movimento de criação dos distritos docente-assistenciais originou-se na década de 80 com um programa lançado pelo MEC que, através da integração docente-assistencial, buscava conferir às universidades um caráter propulsor de mudanças, entendendo, assim, a inserção na prática de saúde como capaz de induzir mudanças nos currículos (Paim, 1994). Posteriormente, já na década de 90, os projetos UNI iniciam suas atividades nesta mesma perspectiva incorporando a participação da comunidade.

No 15^o Centro, uma das atividades que vem sendo desenvolvidas na parceria com o projet UNI são os grupos educativos com adolescentes. Nesta experiência, foram acompanhados três grupos de adolescentes da comunidade (entre 14 a 19 anos) por um período de quatro meses, que correspondeu ao semestre letivo de 97/1, sendo o primeiro formado por adolescentes primigestas, e o segundo e terceiro, por adolescentes do programa de atenção para essa faixa etária. Cada grupo foi acompanhado por um estudante de Psicologia cursando a disciplina Estágio Supervisionado I, juntamente com outros profissionais de saúde. Os encontros ocorriam uma vez por semana, seguindo algumas normas previamente estabelecidas entre os adolescentes e profissionais, como assiduidade e pontualidade. Essas normas parecem ser amplamente difundidas em todos os grupos como condições que viabilizam o funcionamento dos grupos educativos; portanto, sendo um padrão no centro de saúde.

A rotina das atividades dos grupos pressupunha que as reuniões fossem divididas em quatro momentos distintos: uma introdução, caracterizada por aquecimento realizado com o auxílio de uma dinâmica de grupo; abordagem do tema programado, que poderia utilizar

vídeo, elaboração de questões pelos adolescentes, produção de histórias, e outros; a discussão da atividade; a avaliação da reunião.

Embora se denomine tais grupos de educativos, o que veio se construindo, a partir das discussões entre os profissionais, foram grupos que, mesmo apreendendo conceitos e formas de prevenção básica em saúde, a todo momento eram reforçados a discutir seus problemas e a desenvolver estratégias de prevenção. Pode-se dizer que esses grupos foram estimulados a planejar e a programar ações a longo prazo que possibilitassem uma certa autonomia no momento de escolher seus estilos de vida.

Considerando a participação dos diferentes profissionais de saúde, tendo um objeto comum de análise e intervenção - no caso específico, saúde do adolescente - os grupos educativos possibilitaram congregação desses profissionais em uma prática comum, podendo vir a ser um *prática* interdisciplinar. Os profissionais, ainda que com suas especificidades teóricas, a partir de um diálogo que se construiu e se dirigiu para um mesmo objeto, compartilharam conhecimentos e experiências, facilitando a construção da interdisciplinaridade.

Uma das estratégias utilizadas pelos profissionais para viabilizar a aquisição de habilidades pelos adolescentes foi promover atividades externas à unidade. O principal objetivo era fazer com que os adolescentes vislumbassem outras possibilidades de ação. Um dos encontros, por exemplo, foi realizado em uma instituição de profissionalização. Os adolescentes puderam conhecer como os vídeos apresentados em algumas reuniões foram feitos, bem como trocar informações com os adolescentes aprendizes daquela instituição. Essa atividade, para a Psicologia, é importante na medida em que se criam novas e futuras perspectivas para aqueles adolescentes. Isso ficou evidenciado quando alguns se interessaram em se inscrever no programa.

Grupo 1

Dentro de uma perspectiva multidisciplinar, três profissionais, sendo uma profissional de enfermagem responsável pelo atendimento pré-natal, uma psicóloga e um estagiário de Psicologia, reuniram-se para compor o quadro de profissionais responsável pelo desenvolvimento do grupo de adolescentes primigestas. O grupo foi composto por nove adolescentes grávidas. Depois de algumas reuniões, veio juntar-se ao grupo uma supervisora de estudantes de enfermagem que trazia, a cada encontro, um conjunto diferente de três estagiárias. Esse grupo reuniu-se para discutir temas relacionados à gravidez, parto, cuidados com a criança e com a gestante, entre outros.

As primeiras reuniões visaram o levantamento de pontos que interessassem às participantes. As reuniões foram marcadas pela participação ativa e integrada de todos os profissionais, de forma que a psicóloga e o estagiário, não raro, complementavam as explicações concedidas pela profissional de enfermagem. Da mesma forma, esta última participava ativamente da implementação das técnicas de dinâmica de grupo. O grupo foi marcado, em todos os momentos, por espontaneidade e por um vínculo flagrante que se estabeleceu entre todos, especialmente pelo fato das primigestas compartilharem uma situação comum.

Apesar das reuniões ocorrerem dentro do centro de saúde, o grupo esteve em contato com outras instituições e profissionais do serviço estadual de saúde. Houve duas visitas de profissionais externos ao grupo: uma dentista prestou informações sobre cuidados especiais que deveriam ser tomados com os dentes no decorrer da gravidez; e a outra, de uma nutricionista, que explicou a importância de uma dieta balanceada durante a gestação. O grupo realizou uma visita a uma maternidade-escola, onde as gestantes puderam conhecer o ambiente e os profissionais de uma instituição na qual passariam um "dos momentos mais importantes de suas vidas" (fala de uma gestante). Lá, conheceram a sala de pré-parto, as salas de parto, as incubadoras e a sala de pós-parto. Nenhuma das adolescentes conhecia uma maternidade, e esta visita contribuiu muito para um enfrentamento mais natural do parto que, a princípio, provocava particular ansiedade.

O vínculo que se estabeleceu entre as participantes concorreu para a formação de uma rede de suporte social, representado pelo cuidado e atenção que demonstraram umas com as outras, o que foi percebido por uma troca de informações fora do horário das reuniões sobre os cuidados que deveriam tomar, sobre o parto de uma delas, que aconteceu antes do previsto, ou ainda, o estado de saúde de uma outra que faltou a uma reunião.

Além do constante caráter educativo que foi implementado nestas reuniões, deve-se destacar também uma postura voltada para o desenvolvimento de maior autonomia. Procurou-se reforçar as atividades que denotassem um planejamento prévio e a discussão

de valores que privilegiassem estilos de vida saudáveis e comportamentos que evitassem riscos.

Ao fim do grupo, três adolescentes já haviam dado à luz. Estes partos ocorreram por via vaginal, e as participantes foram unânimes em dizer que a participação no grupo configurou-se em um apoio. Uma das adolescentes, ao visitar a maternidade, achou desagradável o contato que teve com a sala de pré-parto e, sabendo que as pacientes costumavam dar à luz doze horas após o início das contrações regulares, decidiu aguardar parte deste tempo em casa evitando, assim, a passagem pela sala de pré-parto. Isto pode ser observado como uma amostra de comportamento planejado e de autonomia.

Grupo 2

O grupo contou com a presença de 10 adolescentes, uma enfermeira, um estagiário de Psicologia e uma psicóloga integrante do serviço de saúde. A configuração padrão das reuniões do centro refletiu-se no desenvolvimento das atividades. Os primeiros encontros foram voltados para a criação de um maior entrosamento entre os adolescentes e profissionais e também para que fossem definidos os temas que seriam discutidos a partir das demandas dos adolescentes, como sexualidade, DSTs, violência, drogas, comunidade, entre outros.

A participação dos profissionais foi pautada por uma atuação pouco integrada, diferente do grupo de adolescentes grávidas, e marcada por dificuldades na prática multidisciplinar. A falta de integração poderia ser observada através das constantes consultas que eram feitas entre os profissionais, do tipo: "Já acabou?" "Você ainda tem alguma coisa a dizer?" O grupo não se caracterizou por união e entrosamento fortes. Pôde-se notar a formação de subgrupos entre os adolescentes que já se conheciam. A identidade que se formou nesse grupo foi superficial e um suporte social incipiente desenvolveu-se tardiamente. Provavelmente, isso ocorreu devido a algumas dificuldades de manejo do grupo enfrentadas pelos profissionais, que resultou na dissolução e reinício do grupo depois de duas semanas. Portanto, o número de reuniões foi inferior ao esperado.

Apesar dessas dificuldades, começou a se formar uma identidade e um suporte social quando a frequência dos membros do grupo começou a estabilizar-se a partir da segunda metade das reuniões programadas. Observou-se que os adolescentes estavam mais integrados pelo modo como discutiram a peça que pretendiam apresentar no encerramento dos encontros. Foi também possível notar que comportamentos assertivos desenvolveram-se através da iniciativa dos jovens de ambos os sexos de pedirem "camisinhas" aos funcionários do centro. Esta iniciativa foi reforçada e os participantes do grupo receberam indicação de que deveriam voltar a fazer esta requisição outras vezes.

As técnicas de dinâmica de grupo utilizadas pelos estudantes de Psicologia buscavam relacionar o conteúdo das técnicas àquele que seria tratado na respectiva reunião. Os adolescentes passaram a ser incentivados a reunirem-se fora do horário dos grupos, de maneira que pudessem realizar tarefas que deveriam ser apresentadas no início das reuniões seguintes, por exemplo, apresentações sobre os diversos métodos contraceptivos.

Grupo 3

Este grupo caracterizou-se pela presença de 17 adolescentes, uma assistente social, um estagiário de Psicologia, e, posteriormente, pela presença de uma residente de Medicina.

Como funcionamento padrão, os temas trabalhados em grupo foram originados das próprias expectativas dos adolescentes. Assim, os encontros foram delineados pelo grupo que caminhou de acordo com suas metas e dúvidas, como gravidez, DSTs, família, sexualidade, violência, virgindade, etc. Em cada encontro, com a participação da assistente social, dos estagiários e adolescentes, era trabalhado um tema específico, o que não necessariamente se esgotava naquele encontro.

Os profissionais, nessa direção, se intercalavam nas intervenções. As dinâmicas de grupo as exposições dos temas foram realizadas pelos três profissionais, caracterizando uma prática multidisciplinar. Cada profissional tinha um estilo próprio de condução de grupo e com um discurso diferenciado mais ou menos diretivo, mais ou menos técnico.

Ainda que o trabalho desenvolvido no centro procure concretizar uma prática de prevenção que se prolongue no decorrer da vida desses adolescentes, foi possível vislumbrar alguns comportamentos mantidos pela própria contingência de grupo. Os adolescentes, no decorrer dos encontros, foram demonstrando maior intimidade entre os mesmos, o que pode predizer a existência de suporte social, na medida em que muitos apresentaram

reciprocidade de ação e ajuda mútua. O grupo passou a discriminar os componentes por características específicas a cada membro; por exemplo, "aquela que gosta de chocolates, de comer"; "o engraçadinho", "a menina inteligente", etc. Alguns começam a demonstrar naturalidade no momento de se agruparem para atividades conjuntas.

Um outro ponto a ser destacado é também o desenvolvimento alcançado na participação de atividades que requerem a habilidade verbal. Embora existissem os mais desinibidos, houve um crescimento na participação dos outros adolescentes, ainda que não fosse o padrão. No entanto, os mesmos mostraram-se mais à vontade para discutir questões que abordassem temas usualmente pouco discutidos, como sexualidade e gravidez. Os comportamentos mais assertivos podem ser exemplificados na confiança dos adolescentes (meninos) em pedir "camisinhas", e das meninas em pedir emprestadas algumas revistas do centro.

No que diz respeito ao modelo de trabalho desenvolvido nos encontros, pode-se dizer que para o pessoal de Psicologia, houve uma preocupação em utilizar técnicas que se distinguíssem dos modelos preestabelecidos. Essa prática foi sendo gradativamente desenvolvida no decorrer dos encontros. Assim, foi possível adaptar técnicas às necessidades e perfil do grupo. Em um primeiro momento, por exemplo, foi pedido ao estagiário de Psicologia que empregasse técnicas teatrais e de relaxamento. Observou-se, no entanto, além de uma impaciência da maioria dos adolescentes para aqueles trabalhos uma falta de infra-estrutura do centro que possibilitasse o desenvolvimento das técnicas.

Não obstante se tenha, num primeiro momento, alcançado bons resultados, como o início de uma discussão acerca de papéis sociais, os trabalhos posteriores foram mais estáveis, com uma maior participação, através do desenvolvimento de colagens, montagem de histórias, vídeo, utilização de objetos próprios de sua realidade, ou mesmo que despertassem curiosidade, assim como alguns jogos espontaneamente desenvolvidos em sala, priorizando as discussões e confrontos de opinião entre os mesmos. As dinâmicas iam sendo mescladas a partir de várias outras técnicas, incluindo o próprio teatro. Muito mais do que apresentar uma técnica previamente estabelecida, o importante era tomar aqueles adolescentes responsáveis pela condução dos trabalhos, como participantes ativos no desenvolvimento de suas habilidades e pontos de vistas.

Ao término das discussões referentes aos temas selecionados, foram expressas demandas dos adolescentes por atividades de encerramento: criação de uma peça teatral abordando tema da violência, montagem de um vídeo e reportagem com os temas AIDS e "ser mãe na adolescência", respectivamente. Vale salientar que, nessa etapa do trabalho, os grupos que se reuniam em dias distintos passaram a trabalhar conjuntamente, o que, para os profissionais, representou maior possibilidade na criação de suporte social e autonomia para o desenvolvimento do trabalho, já que os adolescentes não tinham a supervisão imediata dos profissionais.

Resultaram desta proposta a estruturação da peça de teatro e a elaboração de um painel abordando o tema "ser mãe na adolescência", construído a partir de entrevistas realizadas pelas adolescentes com mães adolescentes da comunidade.

É possível que estas atividades venham a desencadear um processo de formação de adolescentes multiplicadores, o que já é um dos objetivos dos trabalhos no centro de saúde. A inserção na comunidade, através de produções oriundas desses grupos, pode representar uma atividade de prevenção mais contextualizada.

Para os estagiários de Psicologia, a prática na atenção primária a adolescentes, juntamente com a possibilidade de problematizar questões referentes à formação e aos campos de atuação do psicólogo, representa uma experiência de formação sensível ao contexto, principalmente quando se estimula o estudante a analisar criticamente os aspectos político-econômicos e sócio-históricos subjacentes à atividade em saúde.

Essa experiência de estágio em Psicologia configura uma oportunidade de investigar alguns espaços que a prática profissional vem ocupando nesta nova conjuntura nacional e internacional. A atuação do psicólogo deveria ser pautada por uma concepção de homem como agente ativo e crítico atuando sobre as contingências que controlam seu comportamento.

Em se tratando de um grupo onde se procura construir uma prática que se concretize ao longo de sua vida, quando se fala em planejar e programar ações futuras, a longo prazo, é difícil coletar dados que mostrem efetivamente novos repertórios comportamentais. Outra dificuldade se impõe no momento em que esses adolescentes só são acompanhados

durante as reuniões no centro de saúde. É difícil também prever algumas mudanças, já que alguns adolescentes ainda não se depararam com contingências que possam gerar comportamentos de risco.

A partir da descrição dos grupos, é necessário enfatizar que, mesmo que os trabalhos realizados no centro de saúde tenham como um dos objetivos desenvolver a auto-estima e tomada de decisão daqueles adolescentes, é imprescindível conhecer melhor a realidade dos mesmos para alcançar essas metas, o que, em nossa visão, só será eficazmente atingido quando se fizer uma inserção desses profissionais de saúde na própria comunidade, além-muros. Estudos acerca das diferentes relações estabelecidas nos centros de saúde, seus significados e contextos culturais, assim como redes de suporte social seriam alternativas de trabalho que foram discutidas no contexto desta atividade curricular.

Referências

- Arellano-López, S. & Petras, J. (1995). A ambígua ajuda das ONGs na Bolívia. *Cadernos do CEAS*, 156, 56-71. [[Links](#)]
- Bandura, A. (1974). Behavior theory and models of man. *American Psychologist*, 859-869. [[Links](#)]
- Costa, M. & López, E. (1989). *Salud Comunitária*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca. [[Links](#)]
- Mejias, N. P. (1995). A atuação do psicólogo: da clínica para a comunidade. *Cadernos de Psicologia*, 1, 32-43. [[Links](#)]
- Oliveira, N. (1996). Opção por uma integralização passiva no processo de globalização. *Cadernos do CEAS*, 163, 10-27. [[Links](#)]
- Paim, J. S. (1994). *Recursos humanos em saúde no Brasil - problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. [[Links](#)]
- Perissé, P. M. (1985). Psicologia da Saúde: novos horizontes para pesquisa e prática psicológica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 37, 112-121. [[Links](#)]
- Spink, M. J. (1992). Psicologia da Saúde: a estrutura de um novo campo de saber. Em F. C. B. Campos, (Org.), *Psicologia e Saúde - Repensando Práticas* (pp. 11-23). São Paulo, Editora Hucitec. [[Links](#)]
- Yamamoto, O.H. (1996). Neoliberalismo e políticas sociais: o impacto na psicologia brasileira. *Psicologia Revista*, 2, 13-26. [[Links](#)]
- Yazbeck, M. C. (1996). A política social brasileira nos anos 90: reifantropização da questão social. *Cadernos do CEAS*, 164, 37-51. [[Links](#)]

Recebido em 12.08.93;

Revisado em 03.04.94

Aceito em 19.08.94

¹ Agradecemos à Profa. Evenice Chaves pela colaboração na seleção da bibliografia e pela confiança no prosseguimento deste trabalho iniciado em 1993; à Dra. Neusa Sader pela leitura cuidadosa dos manuscritos, como também aos consultores que nos possibilitaram o aperfeiçoamento deste material.

² Bolsista de Iniciação Científica (CNPq).

³ Bolsista de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq)

⁴ Mestre em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade de Brasília. Professora Substituta do Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Técnica do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

⁵ Endereço para correspondência: Instituto de Saúde Coletiva, Rua Padre Feijó, 29 4º.

andar 40110-170- Salvador, Bahia.



All the contents of this journal, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution License](#)

PRC

**Rua Ramiro Barcelos, 2600 - sala 110
90035-003 Porto Alegre RS - Brazil
Tel.: +55 51 3308-5691**

 e-Mail

prcrev@ufrgs.br