
ÍNDICE

MOBILIDADE SUSTENTÁVEL: O USO DA BICICLETA ENTRE OS ESTUDANTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ -	04
PREVALÊNCIA DE TENTATIVA E IDEACÃO SUICIDA ENTRE OS PACIENTES DE UMA CLÍNICA-ESCOLA -	22
CLIMA ORGANIZACIONAL COMO INSTRUMENTO DE MEDIDA OU ESTRATÉGIA DE CONTROLE NO AMBIENTE ORGANIZACIONAL? PROPOSIÇÕES E REFLEXÕES SOBRE O TEMA –	40
ANÁLISE PSICOLÓGICA DE UM CASO CLÍNICO INFANTIL NA PERSPECTIVA HUMANISTA -	52
PSICANÁLISE E PSICOTERAPIA -	68

EDITORIAL

Este periódico, a *Revista de Psicologia*, do Centro Universitário Padre Anchieta, reúne o trabalho de profissionais de diferentes segmentos de atuação dentro da psicologia, com o propósito de, através das símiles muitas vezes suplantadas pela heterogeneidade no ramo da psicologia, ampliar o espaço de discussões e de trazer o resultado de pesquisas e de reflexões de seus autores.

A pluralidade de temas se unifica na riqueza e diversidade de olhares, que favorecem a construção da psicologia, cuja principal preocupação é a qualidade de vida das pessoas. Ideal que deve ser alcançado não somente e a construção de um sólido embasamento teórico dentro da especificidade das abordagens, mas também pela reflexão conjunta dos diversos segmentos.

O primeiro artigo, *Mobilidade sustentável: o uso da bicicleta entre os estudantes da Universidade Federal do Paraná*, de autoria de Alessandra Sant'Anna Bianchi e Cláudio Márcio Antunes Franco, apresentam dados sobre o uso de bicicletas entre universitários e as justificativas para utilizá-la ou não, como meio de transporte. O principal motivo identificado para não utilização das bicicletas como meio de transporte foi a falta de ciclovias. Trazendo reflexões sobre a necessidade de campanhas que promovam o ciclismo e melhora na infraestrutura para tal.

O segundo artigo, *Prevalência de Tentativa e ideação suicida entre os pacientes e uma clínica-escola*, escrito por Livia Márcia Batista de Andrade e Luciana Moreira Lourenço, investiga a prevalência de tentativa e de ideação suicida entre os pacientes de uma clínica-escola. Propondo, desta forma, a elaboração de estratégias preventivas e clínicas voltadas a essa problemática..

O terceiro artigo, *Clima organizacional como instrumento de medida ou estratégia de controle no ambiente organizacional? Proposições e reflexões sobre o tema*, texto de Andreia Menegazzi, Aimar Martins Lopes e Angela Coelho Moniz, apresenta e discute as diversas concepções encontradas na literatura sobre “Clima Organizacional” e investiga a percepção dos estudantes de Administração sobre o assunto, trazendo, assim, indagações sobre as definições dadas ao conceito e sobre sua inserção, enquanto instrumento, nas políticas e práticas organizacionais.

Em *Análise psicológica de um caso clínico infantil na perspectiva humanista*, as autoras Tatiana Hoffmann Palmieri Perches, Aline Ribeiro da Silva e Roberta Maria Luz, apresentam a análise psicológica de um caso clínico de uma criança cuja queixa dos responsáveis estava relacionada à falta de limites, intolerância, agressividade e não saber brincar. As autoras analisaram as intervenções e o progresso do cliente discutindo o caso a partir do embasamento teórico de conceituados autores da psicologia humanista.

Também o tema seguinte busca referência em autores clássicos, apresentando a fundamentação dos argumentos de antagonismo entre a psicanálise e a psicoterapia. Os mesmos são apresentados por Daisy Maria Ramos Lino e Patrícia Merli Macieira Matalani, em *Psicanálise e psicoterapia*, embasando sua argumentação nas opiniões de Freud sobre a cientificidade da Psicanálise

Esperamos que este conjunto de artigos possa contribuir no fomento da discussão, e que sirvam para lembrar a multiplicidade de possibilidades de atuação dos psicólogos, assim como, a necessidade de constante ressignificação de nossas práticas cotidianas.

Angela Coelho Moniz
Coordenadora da Revista Psicologia

**MOBILIDADE SUSTENTÁVEL: O USO DA BICICLETA ENTRE OS
ESTUDANTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**SUSTAINABLE MOBILITY: BICYCLE USE AMONG UNDERGRADUATE
STUDENTS OF THE FEDERAL UNIVERSITY OF PARANÁ**

Cláudio Márcio Antunes Franco
Universidade Federal do Paraná¹¹
Alessandra Sant'Anna Bianchi
Universidade Federal do Paraná

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi investigar o uso de bicicletas entre universitários e justificativas para utilizá-la ou não, como meio de transporte. O principal motivo para não utilização foi a falta de ciclovias. Os resultados indicam a necessidade de campanhas que promovam o ciclismo e melhora na infraestrutura para tal.

Palavras-chave: Mobilidade, Sustentabilidade, Ciclismo, acessibilidade, uso da bicicleta

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the use of bicycles by undergraduate students. The main reason for not using the bike was the lack of bike lanes. The results indicate the need to develop campaigns to promote cycling, but also the development of infrastructure for this to happen.

Keywords: Mobility, Sustainability, Cycling, accessibility, bicycle use

¹ Atualmente é psicólogo e consultor de psicologia na Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos do Estado do Paraná.

O trânsito é um dos desafios das grandes metrópoles no mundo. A população mundial cresce a cada dia e, com ela, a necessidade de prover transporte para atender esse crescimento. Por essa razão, diversas pesquisas e programas têm sido desenvolvidos para melhor entender o sistema de transportes e para facilitar a mobilidade dentro do sistema viário das metrópoles.

Vasconcelos (2001) define mobilidade como a “habilidade de movimentar-se, em decorrência de condições físicas e econômicas”. Para o Ministério das Cidades do Brasil (BRASIL, 2010), a mobilidade urbana é um atributo das cidades e se refere à facilidade de deslocamentos de pessoas e bens no espaço urbano. Tais deslocamentos são feitos por meio de veículos, vias e toda a infraestrutura que possibilitam esse ir e vir cotidiano (BRASIL, 2010). Face à mobilidade urbana, os indivíduos podem ser pedestres, ciclistas, usuários de transportes coletivos, passageiros ou motoristas; podem utilizar-se do seu esforço direto (deslocamento a pé) ou recorrer a meios de transporte não-motorizados (bicicletas, carroças, cavalos) e motorizados (coletivos e individuais) (VASCONCELOS, 1996).

Sustentabilidade se tornou uma palavra mestre para os que querem estar ecológica e politicamente corretos, e por isso, é importante definir seu uso no contexto da mobilidade. Segundo a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – EMBRAPA (2003), a definição de Sustentabilidade ambiental é o uso das funções vitais do ambiente biofísico de maneira a permanecerem disponíveis indefinidamente. Assim, desenvolvimento sustentável é o desenvolvimento que satisfaz as necessidades presentes sem comprometer a capacidade das gerações futuras de suprir suas próprias necessidades (EMBRAPA, 2003). Segundo Boareto (2003) mobilidade urbana sustentável pode ser definida como o resultado de um conjunto de políticas de transporte e circulação que visam proporcionar o acesso amplo e democrático ao espaço urbano. A mobilidade urbana sustentável pode ser viável de forma efetiva, por meio da priorização dos modos não motorizados e coletivos de transportes, socialmente inclusiva e ecologicamente sustentável, baseada nas pessoas e não nos veículos (BOARETO, 2003).

A preocupação com a sustentabilidade do planeta está promovendo o crescimento do cicloativismo. Cicloativismo é um movimento global de luta pela

sustentabilidade, pela redução de poluentes, por cidades mais humanas, menos ruidosas, com maior equidade no uso do espaço da via pública (XAVIER, 2007), a força proposta para alcançar isso é a mobilidade por bicicleta. Xavier (2007) observa que a bicicleta ganha cada vez mais espaço como alternativa para o transporte urbano, apesar da ausência de infra-estrutura urbana para os ciclistas e da resistência cultural ao abandono do carro.

Segundo dados da Associação Nacional de Transporte Público – ANTP (2008), 7,4% dos deslocamentos em área urbana são feitos de bicicleta, totalizando aproximadamente 15 milhões de viagens diárias no país. A bicicleta é um veículo de propulsão humana dotado de duas rodas e deve obedecer as normas do Código de Trânsito Brasileiro (CTB) (BRASIL, 1997). O CTB (BRASIL, 1997) estabelece locais e regras para seu uso (Art. 58), os comportamentos que são considerados infrações (Art. 244) e suas penalidades (Arts. 247 e 255). Finalmente, o CTB (BRASIL, 1997) no Capítulo XV (Arts. 170, 181, 193, 214), também regula o comportamento dos motoristas em relação aos ciclistas.

No Brasil, existe um programa do Governo Federal que incentiva o uso da bicicleta - o Bicicleta Brasil (BRASIL, 2010). O Bicicleta Brasil é um programa da Secretaria Nacional de Transporte e da Mobilidade Urbana (SeMob) que visa re-inserir a bicicleta no cenário urbano por meio de uma política nacional em favor deste modal de transporte no contexto da mobilidade urbana sustentável (BRASIL, 2010).

A deterioração do trânsito na cidade contribui para a degradação urbana (SCARINGELLA, 2001). Para o Ministério das Cidades (BRASIL, 2010) a inclusão da bicicleta nos deslocamentos urbanos deve ser considerada elemento fundamental para a construção de cidades sustentáveis. Pois seu uso reduz o custo da mobilidade das pessoas e a degradação do meio ambiente (BRASIL, 2010).

A bicicleta tem sido promovida como meio de transporte que diminui a emissão de poluentes, que reduz os congestionamentos e aumenta a atividade física, promovendo benefícios para a saúde tanto nos deslocamentos utilitários quanto no lazer. Pessoas que utilizam a bicicleta regularmente, como modo de transporte, têm benefícios significativos para a saúde (BACCHIERI et al., 2005) e seu uso reduz o risco de mortalidade por doenças crônico-degenerativas (ANDERSEN et al., 2000).

Andersen et al. (2000) realizaram um estudo longitudinal para avaliar a relação entre os níveis do uso da bicicleta para ir ao trabalho e todas as causas de mortalidade. Os resultados apontaram que pedalar para ir ao trabalho diminuiu aproximadamente 40% o risco de mortalidade por problemas de saúde (ANDERSEN et al., 2000). Um estudo longitudinal, realizado na Dinamarca com crianças em idade escolar buscou associar o uso da bicicleta para ir à escola e a aptidão cardio-respiratória das crianças (COOPER et al., 2008). Os participantes que substituíram os meios motorizados pela bicicleta, apresentaram uma evolução no desempenho da frequência cardio-respiratória e aqueles que utilizavam a bicicleta e a substituíram por meios de transportes motorizados, apresentaram uma regressão no desempenho. Cooper et al. (2008) concluíram que o uso da bicicleta como transporte escolar contribuiu para um melhor condicionamento cardio-respiratório entre as crianças.

A bicicleta, ou o seu uso combinado com um meio de transporte público em um trajeto, é uma alternativa para o automóvel (MARTENS, 2004). Em estudo realizado na Holanda, Martens (2007) demonstrou que o uso combinado da bicicleta com outros meios de transporte resultou em uma pequena redução do uso do carro e um crescimento no uso da bicicleta em deslocamentos não freqüentes.

Segundo Rietveld e Daniel (2004) as variáveis que contribuem para a escolha da bicicleta como meio de transporte são o número de paradas que o ciclista precisa fazer durante o trajeto, os obstáculos nas vias e a segurança dos ciclistas. Dijkstra et al. (1998) indicam que uma distância aceitável para o uso da bicicleta é cerca de cinco quilômetros. Winters et al. (2007), sugeriu que a escolha da bicicleta como meio de transporte também está associada às características individuais, como idade e clima, sendo que o uso da bicicleta é menor para idosos diminuindo muito também em dias frios e chuvosos. O clima desfavorável também foi apontado pela pesquisa de Unwin (1995), realizada na Inglaterra, como fator que não propicia a escolha da bicicleta como meio de transporte.

Segundo Dijkstra et al. (1998), os baixos níveis do uso da bicicleta refletem o fato de que para muitos a bicicleta deixou de ser um meio de transporte importante e para alguns é visto apenas como brincadeira de criança ou com propósitos de recreação. Estudos desmonstraram que em países com baixa utilização da bicicleta, as pessoas

apresentam mais atitudes negativas em relação a ciclistas e apontam que há diferença para o uso da bicicleta entre gêneros (DIJKSTRA et al., 1998; GARRARD et al., 2007; WINTERS et al., 2007). Os homens tendem a utilizar mais a bicicleta do que as mulheres (WINTERS et al., 2007), apesar dessa tendência se alterar nas cidades onde o índice de utilização de bicicleta é mais alto (DIJKSTRA et al., 1998). As mulheres demonstram preferência em trafegar nas ciclovias, longe dos automóveis (GARRARD et al., 2007). A associação da bicicleta com a fase infantil aparece em um estudo de Unwin (1995) que encontrou como justificativa, entre os sujeitos do sexo masculino, a resposta que andar de bicicleta é uma atitude infantil, parar de andar de bicicleta é um sinal de passagem para a fase adulta, e a aquisição de um meio de transporte motorizado é uma forma de ser aceito entre seus pares e atrair mulheres. Entre os sujeitos do sexo feminino, andar de bicicleta foi justificado como incompatível com um visual feminino mais atraente (UNWIN, 1995).

A escolha da bicicleta como meio de transporte também está relacionada a aspectos físicos como topografia, tamanho das cidades, características da população (RIETVELD & DANIEL, 2004), características demográficas e climáticas, trânsito perigoso e longas distâncias (UNWIN, 1995). A disponibilidade de calçadas contribui significativamente para explicar a escolha do meio de transporte e a utilização de meios de transporte não motorizados (RODRIGUEZ & JOO, 2004). Rodriguez e Joo (2004) constataram que o terreno em aclive está relacionado à propensão individual para andar de bicicleta, pois nesse tipo de terreno, a propensão a caminhar e a andar de bicicleta diminui, sendo essa última a atividade que é mais negativamente afetada.

Wardman et al., (2007) realizaram um estudo na Inglaterra sobre fatores que influenciam a propensão ao uso da bicicleta no trajeto ao trabalho. Seu modelo foi usado na previsão das tendências de alterações urbanas com o passar do tempo e para prever os impactos das diferentes medidas de incentivo ao ciclismo e mostrou que incentivos financeiros são altamente estimulantes para promover o uso da bicicleta. Segundo o estudo, com duas libras diárias acrescidas no salário, o número de trabalhadores usuários de bicicleta dobraria. A política ideal para que a bicicleta fosse uma escolha como meio de transporte entre os ingleses seria uma combinação de abono salarial e ciclovias adequadas aliadas a facilidades como bicicletários e vestiários com

chuveiros no local de trabalho (WARDMAN et al., 2007). Em uma experiência sueca, Jakobsson et al. (2002) constataram uma leve redução no uso do automóvel em função do desestímulo econômico da cobrança de uma taxa por quilômetro percorrido.

Em um estudo realizado em Barcelona (Espanha), Copenhague (Dinamarca) e Amsterdã (Holanda) (DIJKSTRA et al., 1998), o número de trajetos percorridos de bicicleta variou bastante de cidade para cidade: menos de 1% em Barcelona, 26% em Copenhague e 28% em Amsterdã. Foi observada diferença entre países. Os participantes da Espanha, com pouca ou nenhuma experiência no uso da bicicleta, eram muito negativos com relação a esse meio de transporte. Eles não acreditavam que esse meio de transporte fosse confortável. Eles relataram que a bicicleta os deixava muito expostos, por esse motivo evitavam usá-la quando o tráfego estava muito intenso, pois percebiam que a possibilidade de envolverem-se em algum acidente era muito alta. Em contraste, os participantes da Holanda e Dinamarca, que eram favoráveis ao uso das bicicletas, se dispunham a usá-las na maioria das circunstâncias. Esses fatos sugerem que precisam ser adotadas diferentes estratégias de acordo com a proporção de bicicletas existentes em cada cidade (DIJKSTRA et al., 1998).

Para Unwin (1995), a escolha do meio de transporte pode ser interpretada como um hábito. Os hábitos constituem um importante componente do comportamento humano e são economicamente eficientes em muitos casos como na escolha do automóvel (DAVIDOV, 2007). Finalmente, Aarts e Dijksterhuis (2000) concluíram que a escolha do meio de transporte pode ser automaticamente associada ao destino, onde um “dispositivo mental” ativa na memória a lembrança de um meio de transporte. Entretanto, quando o indivíduo encara uma mudança permanente no ambiente, o comportamento deixa de ser influenciado pelos hábitos e, se forem apresentadas novas alternativas de transporte, podem ocorrer variações na sua escolha.

Wardman et al., (2007) prevêem que o futuro da bicicleta será desolador se não houver medidas que a tornem mais atrativa frente ao carro que, segundo Hiscock et al., (2002), oferece aos seus usuários benefícios psicossociais de proteção, autonomia, prestígio e segurança. Além disso, o tempo, a minimização dos esforços, a preocupação com privacidade pessoal e os custos monetários são motivos pelos quais o automóvel é escolhido como meio de transporte (GARDNER & ABRAHAM, 2007).

Entre as condições de risco para os acidentes devido ao ciclismo, trânsito foi apontado como fator de risco (UNWIN, 1995). Já o estudo feito por Thompson e Rivara (2001) destaca: sexo masculino; idade entre 9 e 14 anos; verão; fim de tarde no início da noite; não usar capacete; automóvel envolvido; ambiente inseguro; ciclista portador de distúrbio psiquiátrico; intoxicação (álcool e outras drogas); competições de *mountain bike*. As causas apontadas foram principalmente falhas do ciclista como perda de controle, inexperiência, realização de acrobacias e alta velocidade, falha do motorista de outro veículo envolvido, ambientes perigosos (obstáculos, cascalho na pista) e problemas mecânicos na bicicleta. Em geral, as colisões com outros veículos e a alta velocidade são os responsáveis pelos acidentes fatais.

O ciclista está sujeito à queda e, por apresentar-se geralmente desprotegido, pode sofrer algum tipo de traumatismo (BATISTA et al., 2006; WAKSMAN & PIRITO, 2005). Nos ciclistas traumatizados, as regiões mais afetadas são pelve/ membros inferiores e cabeça e pescoço (BATISTA et al., 2006). O uso do capacete pode reduzir traumatismos cranianos em 60% dos casos e reduzir a mortalidade em até 15% (WAKSMAN & PIRITO, 2005). Apesar disso, o CTB (BRASIL, 1997) não obriga os ciclistas ao uso do capacete como equipamento de segurança, determinando que os equipamentos obrigatórios de segurança para bicicletas são: a campainha, sinalização noturna dianteira, traseira, lateral e nos pedais, e espelho retrovisor do lado esquerdo. No entanto, Waksman e Pirito (2005) defendem que o capacete não é um simples acessório e sim uma necessidade.

Em 2005, no Brasil, foram registrados 383.371 acidentes de trânsito com vítimas, onde 5.763 morreram. Dentre os mortos, 1.515 eram ciclistas (MELLO JORGE & KOIZUMI, 2007). Os ciclistas constituem um grupo de risco, onde vários fatores aumentam a chance deles se envolverem em um acidente (MELLO JORGE & KOIZUMI, 2007). A infraestrutura insuficiente e a baixa conscientização de motoristas para presença de ciclistas em via pública contribuem para o número considerável de acidentes envolvendo ciclistas (BACCHIERI et al., 2005).

Existe dentro do CTB (BRASIL, 1997) e das propostas do Ministério das Cidades (BRASIL, 2010) uma série de possibilidades de trabalhar a circulação da bicicleta e por conseqüência a mobilidade do ciclista dentro do sistema viário. A frota

nacional de bicicletas, de 50 milhões, dobrou na última década e continua crescendo (ANTP, 2007). Mesmo com o crescimento, poucas pesquisas têm sido realizadas no Brasil, e em outros países, relacionando a bicicleta como meio de transporte ou mesmo como atividade de lazer (BACCHIERI et al., 2005; WARDMAN et al., 2007). Em pesquisa na base de dados *Scielo*, utilizando as palavras bicicleta, ciclismo e trânsito, foram encontrados apenas dois artigos publicados nos últimos 5 anos (i.e. BACCHIERI et al., 2005; MELO & SCHETINO, 2009).

Assim, esse trabalho é um estudo exploratório que teve por finalidade investigar, entre estudantes universitários, se sabiam andar de bicicleta e se possuíam uma. Também foi pesquisado as ocasiões em que a bicicleta era usada, os equipamentos de segurança utilizados pelos ciclistas e os motivos para usar, ou não, a bicicleta como meio de transporte.

MÉTODO

Participantes

A amostra se constituiu de 212 estudantes universitários em Curitiba, com idade variando de 17 a 39 anos (Média = 22,02 e Desvio Padrão = 4,34), sendo 43,9% do sexo masculino.

Instrumentos

Foi utilizado um questionário desenvolvido para este estudo contendo 8 questões de múltipla escolha. O instrumento perguntava quais os motivos para possuir ou não uma bicicleta, quais as ocasiões que a bicicleta era utilizada, que equipamentos de segurança faziam parte das bicicletas e quais equipamentos de segurança eram utilizados pelos ciclistas, porque os estudantes utilizavam a bicicleta e porque não a utilizavam. As questões propostas no instrumento foram desenvolvidas com base na revisão de literatura.

Procedimento de coleta de dados

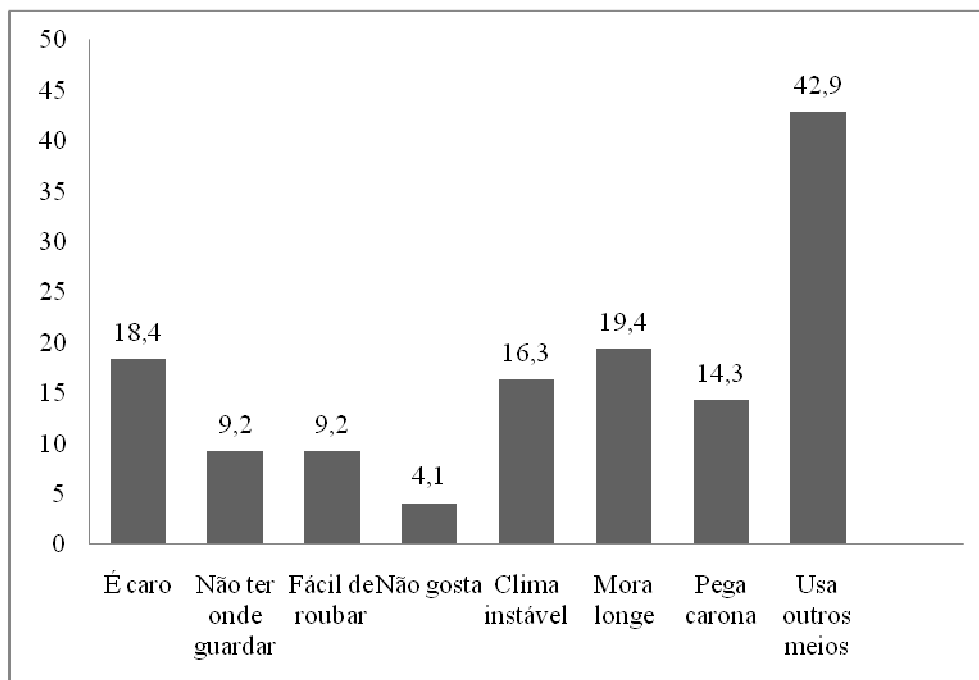
Os estudantes eram abordados na hora do intervalo e de entrada e saída das aulas. Os participantes preenchiam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e em seguida respondiam ao questionário. Cada participante utilizou, em média, 10 minutos para completar o instrumento.

RESULTADOS

A maior parte da amostra (89,6%) sabia andar de bicicleta. Dos 10,4% que não sabiam andar de bicicleta, 5,7% eram do sexo feminino. A maioria dos sujeitos (53,8%) possuía bicicleta e desse total 50% eram do sexo masculino. Apenas 57,4% dos que declararam saber andar de bicicleta tinham bicicleta.

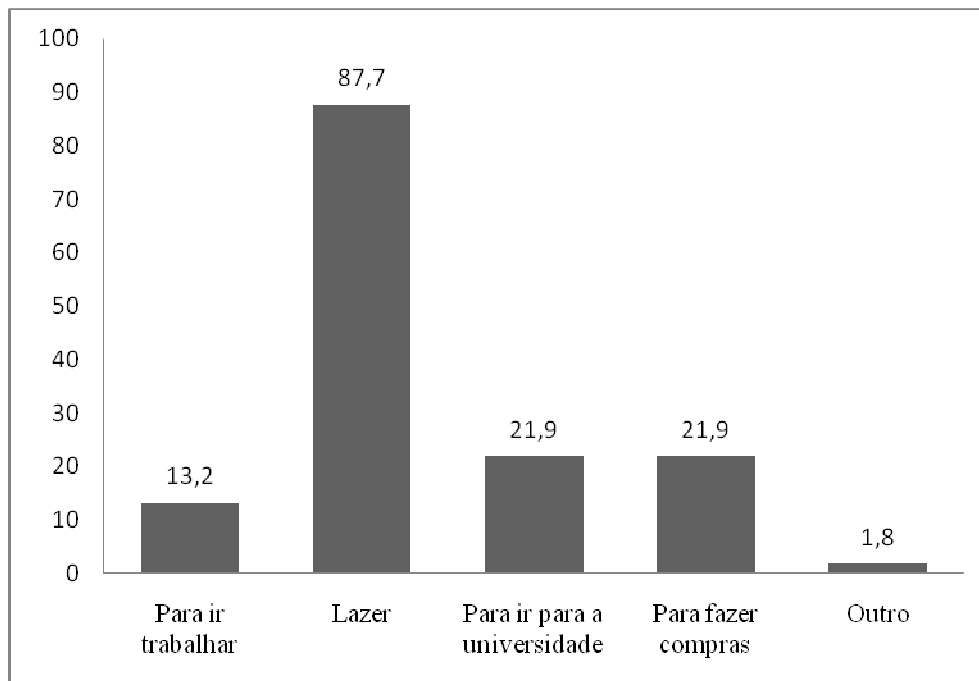
As razões pelos quais 46,2% da amostra não possuíam bicicleta são apresentadas na Figura 1. Pode ser observada a distribuição das diversas razões assinaladas, entre essas, destacam-se como motivação para não possuir bicicleta o uso de outro meio de transporte (42,9%), o fato de morar longe (19,4%) e o custo de comprar uma bicicleta (18,4%).

Figura 1. Motivos pelos quais não tem bicicleta em % (n=98)



Dos 114 participantes que declararam ter bicicleta, 87,7% por cento dos participantes relataram utilizar a bicicleta principalmente para o lazer, seguido das opções de ir às compras e ir para a universidade (ambas com 21,9%). 13,2% utilizavam para ir ao trabalho e 1,8% apontaram outras ocasiões (Figura 2).

Figura 2. Ocasões que usa a bicicleta em % (n=114)



A Figura 2 mostra a comparação de frequência de resposta de ambos os sexos para cada item. Os homens utilizavam mais a bicicleta para trabalhar (66,7%) e para lazer (60%) e as mulheres mais para ir a universidade (54%) e para fazer compras (52%). Segundo o teste Qui Quadrado do tipo de independência somente houve diferença significativa entre os sexos, em relação ao uso da bicicleta para lazer. Os homens utilizam mais a bicicleta para lazer do que as mulheres ($X^2(1, n=114)=3,99, p=0,046$).

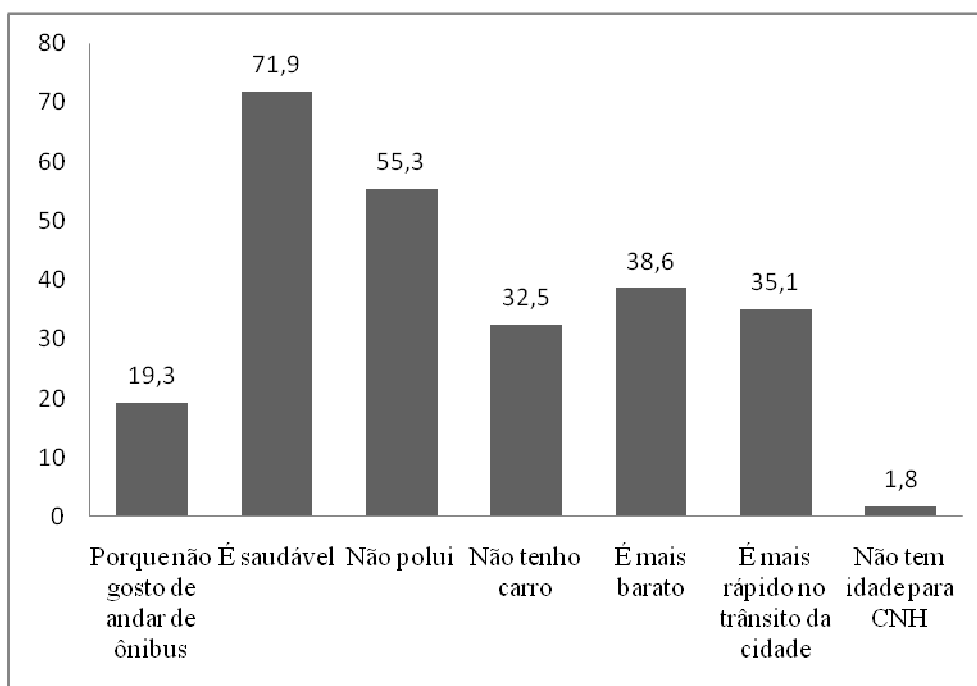
Quanto aos equipamentos de segurança utilizados, 78,9% dos sujeitos que tinham bicicleta afirmaram não utilizar equipamento algum de segurança. O capacete e a luva eram utilizados por 11,4% dos ciclistas e 5,3% utilizam os óculos de proteção.

Em relação aos acessórios de segurança da bicicleta, aqueles mais frequentemente indicados foram o freio (93,9%), os refletores de roda (34,2%) e

refletores traseiros (33,3%), buzina ou campainha (15,8%) e espelho (14,9%). Segundo o teste do qui-quadrado, somente houve diferença significativa em relação ao uso do espelho ($X^2(1, n = 114) = 6,91, p = 0,009$).

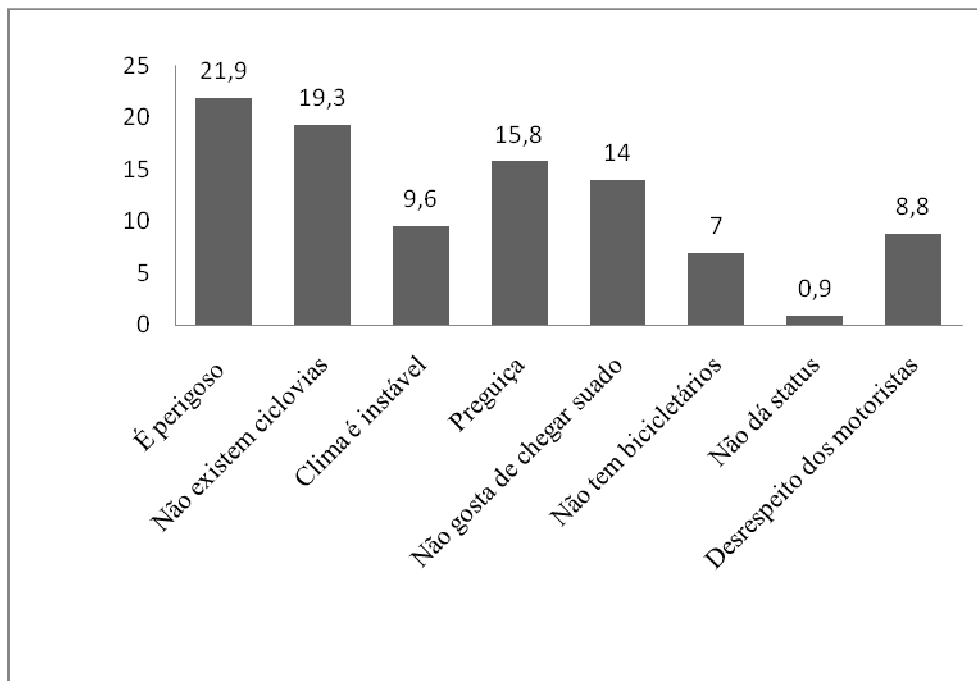
Os principais motivos para andar de bicicleta estão indicados na Figura 3. São eles: Saúde (71,9%), preocupação com o meio ambiente (55,3%), economia no transporte (38,6%), rapidez (35,1%), falta de disponibilidade de outro meio de transporte (32,5%), não gostar de andar de ônibus (19,3%) e não ter idade para ter CNH (1,8%). Não houve diferença significativa entre os motivos para andar de bicicleta, entre os sexos.

Figura 3. Os motivos para andar de bicicleta em % (n=114)



Os participantes que declararam ter bicicleta, foram questionados sobre seus motivos para não fazer uso desta (Figura 6). Os principais motivos foram por ser perigoso/medo de ser atropelado (21,9%), a inexistência de ciclovias (19,3%), preguiça (15,8%), não querer chegar suado ao destino (14%), o clima instável (9,6%), desrespeito dos motoristas (8,8%) e a falta de bicicletários (7%). Não houve diferença significativa entre os motivos para não andar de bicicleta entre os sexos.

Figura 6. Motivos para não andar de bicicleta em % (n=114)



DISCUSSÃO

Curitiba é a maior cidade da região sul do Brasil com uma população de 1.797.408 habitantes (IBGE, 2007). Entre a população curitibana, há uma parcela importante de estudantes do ensino superior, somente na Universidade Federal do Paraná (UFPR) estão cerca de 21.000 estudantes de graduação (Relatório parcial de atividades UFPR, 2006) que se locomovem todos os dias no trajeto para a universidade.

Tendo o segundo maior pólo automobilístico do Brasil, a região de Curitiba vem experimentando um alto índice de crescimento populacional e econômico. Montadoras como *Audi*, *Volkswagen*, *Nissan*, *Renault*, *New Roland* e *Volvo* fazem de Curitiba um importante pólo industrial. O trânsito da cidade demonstra sentir os efeitos desse crescimento populacional apresentando congestionamentos, sendo difícil trafegar entre sete e dez horas e entre dezoito horas até vinte horas. O número de automóveis também cresceu muito segundo o Ministério das Cidades (BRASIL, 2007) a taxa de motorização per capita (0,57) já ultrapassa a da cidade de São Paulo (0,45) que tem a maior frota do Brasil.

Nesse estudo, as principais justificativas para não ter bicicleta foram por utilizar outros meios de transporte e devido ao custo da bicicleta. Outros motivos foram as longas distâncias e o clima instável, esses também apontados nos estudos de Dijkstra et al. (1998) e UNWIN (1995). No que se refere a importância do clima para o uso ou não da bicicleta como meio de transporte, os resultados são similares àqueles encontrados por Rietveld e Daniel, (2004); Winters et al., (2007) e Rodriguez e Joo, (2004) indicando que, na opinião dos estudantes, o clima da cidade de Curitiba influenciava na escolha da bicicleta como meio de transporte. Dessa forma, por Curitiba apresentar um clima instável a bicicleta não era utilizada entre os estudantes. No entanto, poderiam ser desenvolvidos programas que considerassem essa alternância climática, similar ao que é feito na França no programa da prefeitura de Paris (REVISTA ÉPOCA, 2007), que oferece bicicletas durante o verão para uso da população em geral visando uma diminuição do tráfego de automóveis e para combater a poluição. Cerca de 10.600 bicicletas são distribuídas em 750 pontos geograficamente estratégicos com um custo de um euro ao dia para o usuário que desejar locar uma bicicleta.

A utilização da bicicleta como lazer e não como um meio de transporte ocorreu entre os estudantes com mais frequência, coincidindo com o resultado da amostra da cidade de Barcelona (DIJKSTRA et al., 1998). As mulheres são as que mais utilizam a bicicleta para o lazer, isso pode ser explicado pelo fato das mulheres não gostarem de peladar próximo ao tráfego intenso dos veículos, assim como no estudo de Garrard et al. (2007).

No entanto, apesar da preocupação com a própria segurança, a grande maioria dos participantes disse não utilizar nenhum equipamento considerado obrigatório pelo CTB (BRASIL, 1997). A baixa utilização dos equipamentos de segurança também foi encontrada no estudo realizado por BACCHIERI et al. (2005). Entre os trabalhadores que utilizavam a bicicleta como meio de transporte, menos de 1,0% possuía os equipamentos de segurança em sua bicicleta exigidos pelo CTB (BRASIL, 1997).

O capacete e o freio foram os acessórios de segurança mais citados, mas estes não figuram entre os equipamentos exigidos pelo CTB (BRASIL, 1997). O uso do capacete pode evitar lesões sérias em caso de acidentes com bicicletas, como afirmam Tompsom e Rivara (2001) quando descrevem que a chave para prevenir os

traumatismos é o incentivo do uso do capacete. O ciclista precisa ser informado dos perigos de uma condução sem os equipamentos necessários, campanhas publicitárias devem ser urgentemente desenvolvidas nesse sentido, tanto para incentivar o uso dos equipamentos já considerados necessários como também para forçar as autoridades a incluírem o capacete como item obrigatório e indispensável para uma condução segura, pois os equipamentos podem evitar lesões mais sérias e o capacete proteger de traumatismos como demonstram Batista et al. (2006) e Warsman e Pirito (2005). Esses últimos apontam ainda que o uso regular do capacete pode reduzir em 60% o risco de traumatismo em crianças por essas razões é imprescindível que as autoridades regulamentem o uso do capacete como equipamento obrigatório.

Outra medida para aumentar o uso dos equipamentos de segurança seria regulamentar leis que obrigassem os fabricantes de bicicletas a incluir esses como itens de série a exemplo do que já é feito com os automóveis, uma vez que não são fornecidas nem mesmo instruções ou avisos sobre a existência de equipamentos de segurança e nem sobre quais têm obrigatoriedade de uso prevista no CTB (BRASIL, 1997).

De maneira geral os estudantes demonstraram saber que a bicicleta não é poluente, é uma atividade que melhora o condicionamento físico e traz benefícios à saúde e esses argumentos apareceram como razões para utilizá-la. No entanto, o trânsito perigoso na cidade de Curitiba se mostrou uma razão de preocupação e um motivo para que a bicicleta deixe de ser usada, similar aos resultados apontados por Unwin (1995). Os estudantes demonstraram que têm medo de serem atropelados durante seus trajetos, além de não se sentirem respeitados pelos condutores de automóveis, corroborando o trabalho de Rietveld e Daniel, (2004), no qual a segurança dos ciclistas é uma das variáveis políticas que contribui para o uso da bicicleta como meio de transporte.

Há um indicativo que deve ser explorado em estudos posteriores referentes aos incentivos necessários se existência de mais infraestrutura nas dependências nas universidades propiciaria um aumento no número de usuários da bicicleta, uma vez que não têm onde tomar banho e trocar de roupa depois da pedalada, nem onde guardar sua bicicleta e seus equipamentos de segurança nas dependências da universidade. Faltam estacionamentos para as bicicletas e inexistem vestiários com chuveiros para os estudantes que optarem pelo uso desse meio de transporte. Essas facilidades já haviam

sido citadas por Wardman et al. (2007) como parte de uma política ideal para o maior uso da bicicleta. Além disso, para que o fomento do ciclismo seja bem sucedido é importante que toda a universidade esteja preparada, incluindo a existência e acessibilidade de lugar para guardar as bicicletas nas casas de estudante.

Uma vez que no trânsito ocorre uma disputa de espaço físico que acaba refletindo numa disputa pelo tempo e pelo acesso aos equipamentos urbanos essa disputa pelo espaço tem sempre uma base ideológica e política e que vai depender de como as pessoas se vêem na sociedade e de seu acesso real ao poder (VASCONCELOS, 1985). Segundo Thielen (2002) essa é sempre uma negociação coletiva onde os vários agentes devem abandonar suas necessidades estritamente individuais (a necessidade de deslocamento) e recontextualizá-la em um âmbito coletivo (o da mobilidade sustentável).

Falta ao ente público, aqui duplamente representado pela universidade e pela prefeitura, oferecer as condições necessárias a essa prática. Reservar espaço nos terminais de ônibus para guardar as bicicletas e oferecer espaços que possibilitem a acessibilidade dos usuários da bicicleta nas empresas, nos logradouros públicos e nas universidades, poderiam ser os primeiros passos a serem dados pela universidade e pela cidade de Curitiba rumo a uma cidade ecologicamente correta, adequada aos conceitos de mobilidade, acessibilidade e ao modelo de desenvolvimento sustentável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSEN, L. B.; SCHNOHR, P.; SCHROLL, M. & HEIN, H. O. All-cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports, and cycling to work. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1621-1628, 2000.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRANSPORTES PÚBLICOS, 2008. Recuperado em 01 de abril de 2008 <http://www.antp.org.br/>.

AARTS, H. & DIJKSTERHUIS, A. The automatic activation of goal-directed behaviour: the case of travel habit. *Journal of Environmental Psychology*, 20 (1), 75-82, 2000.

BACCHIERI, G.; GIGANTE, D. P. & ASSUNÇÃO, M. C. Determinantes e padrões de utilização da bicicleta e acidentes de trânsito sofridos por ciclistas trabalhadores da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (5), 1499-1508, 2005.

BATISTA, S. E. A.; BACCANI, J. G.; PAULA E SILVA, R. A.; GUALDA, K. P. F. & VIANNA, R. J. A.. Análise comparativa entre os mecanismos de trauma, as lesões e o perfil de gravidade das vítimas, em Catanduva – SP. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 33(1), 6-10, 2006.

BOARETO, R.. A mobilidade urbana sustentável. *Revista dos Transportes Públicos*. São Paulo: ANTP, 100, 49-56, 2003.

BRASIL, 1997. *Código de Trânsito Brasileiro*. Lei nº. 9.503, de 23 de setembro de 1997. Recuperado em 01 de abril de 2008 de <http://www.detran.pr.gov.br/>.

BRASIL, 2010. *Ministério das Cidades*. Recuperado em 10 de setembro de 2010 de <http://www.cidades.gov.br/>.

COOPER, A. R.; WEDDERKOPP, N.; JAGO, R.; KRISTENSEN, P.L.; MOLLER, N. C.; FROBERG, K.; PAGE, A. S. & ANDERSEN, L. B.. Longitudinal associations of cycling to school with adolescent fitness. *Preventive Medicine*, 47, 324-328, 2008.

DAVIDOV, E.. Explaining Habits in a New Context the Case of Travel-Mode Choice. *Rationality and Society*, 19 (3), 315 – 334, 2007.

DIJKSTRA, A.; LEVELT, P.; THOMSEN, J.; THORSON, O.; VAN SEVEREN, J.; VANSEVENANT, P.; NILSSON, P. K.; JØRGENSEN, E.; LUND, B. LA C. & LAURSEN, J. G. *Best practice to promote cycling and walking. Analysis and Development of New Insight into Substitution of short car trips by cycling and walking* – ADONIS. Copenhagen, 1998.

Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – EMBRAPA, 2003. *Glossário: Sistemas de Produção*. recuperado em 20 de dezembro de 2009 <http://sistemasdeproducao.cnptia.embrapa.br/FontesHTML/BovinoCorte/BovinoCorteRegiaoSudeste/expediente.htm>.

GARDNER, B. & ABRAHAM, C. What drives car use? A grounded theory analysis of commuters' reasons for driving. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 10 (3), 187-200, 2007.

GARRARD J.; ROSE, G. & LO, S. K.. Promoting transportation cycling for women: the role of bicycle infrastructure. *Preventive Medicine*, 46(1), 55-9, 2007.

HISCOCK, R.; MACINTYRE, S.; KEARNS, A. & ELLAWAY, A. Means of transport and ontological security: Do cars provide psycho-social benefits to their users? *Transportation Research Part D: Transport and Environment*, 7 (2), 119-135, 2002.

IBGE (2007). *Contagem da população 2007*. recuperado em 21 de Abril de 2008 de <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

JAKOBSSON, C., FUJII, S & GÄRLING, T. Effects of economic disincentives on private car use. *Transportation*, 29 (4), 349-370, 2002.

KLÖCKNER, C. A. & MATTHIES, E. How habits interfere with norm-directed behaviour: A normative decision-making model for travel mode choice. *Journal of Environmental Psychology*, 24 (3), 319-327, 2004.

MARTENS, K. Promoting bike-and-ride: The Dutch experience. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, [41 \(4\)](#), 326-338, 2007.

MARTENS, K. The bicycle as a feeding mode: experiences from three European countries. *Transportation Research Part D: Transport and Environment*, [9 \(4\)](#), 281-294, 2004.

MELLO JORGE, M. H. P. DE & KOIZUMI, M. S. *Acidentes de trânsito no Brasil: Um Atlas de sua distribuição*. São Paulo: ABRAMET, 2007.

MELO, V. A. & SCHETINO, A. A bicicleta, o ciclismo e as mulheres na transição dos séculos XIX e XX. *Estudos Feministas*, 17(1), 111-134, 2009.

Relatório Parcial de Atividades UFPR. Pró-Reitoria de Planejamento, Orçamento e Finanças. Coordenadoria de Planejamento Institucional. Curitiba. Imprensa Universitária, 2006.

REVISTA ÉPOCA. 13 de agosto de 2007.p. 24, 2007.

RIETVELD, P. & DANIEL, V. Determinants of bicycle use: do municipal policies matter? *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, [38 \(7\)](#), 531-550, 2004.

RODRÍGUEZ, D. & JOO, J. The relationship between non-motorized mode choice and the local physical environment. *Transportation Research Part D: Transport and Environment*, [9 \(2\)](#), 151-173, 2004.

SCARINGELLA, R. S. A crise da mobilidade urbana em São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*, 15(1), 55-59, 2001.

THIELEN, I. P. *Percepções de motoristas sobre excesso de velocidade no trânsito de Curitiba, Paraná, Brasil*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

THOMPSON, M. J., & RIVARA, F. P., 2001. *Bicycle-Related Injuries*. University of Washington School of Medicine. Seattle, Washington. Recuperado em 08 de setembro de 2009 de <http://www.aafp.org/afp/20010515/2007.pdf>

THOMSON, H.; HOSKINS, R.; PETTICREW, M.; OGILVIE, D.; CRAIG, N.; QUINN, T. & LINDSAY, G. Evaluating the health effects of social interventions. *British Medical Journal*, 328 (7434), 282–285, 2004.

UNWIN, N. C. Promoting the public health benefits of cycling. *Public Health*, [109 \(1\)](#), 41-46, 1995.

VASCONCELOS, E. A. *O que é trânsito?* São Paulo: Brasiliense, 1985.

VASCONCELOS, E. A. *Transporte Urbano em Países em Desenvolvimento*. Ed. Annablume, São Paulo, 1996.

VASCONCELOS, E. A. *Transporte urbano, espaço e equidade. Análise das políticas públicas*. São Paulo: Annablume, 2001. 40-41, 2001.

WARDMAN, M.; TIGHT M. & PAGE M. Factors influencing the propensity to cycle to work. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, [41 \(4\)](#), 339-350, 2007.

WAKSMAN, R.D. & PIRITO, R.M.B.K. O pediatra e a segurança no trânsito. *Jornal pediátrico*, 81 (5), 181-188, 2005.



WINTERS, M., FRIESEN, M., KOEHOORN, M. & TESCHKE, K. Utilitarian Bicycling: A Multilevel Analysis of Climate and Personal Influences. *American Journal of Preventive Medicine*, 32 (1), 52-58, 2007.

XAVIER, G. N. A. O ciclo ativismo no Brasil e a produção da lei de política nacional de mobilidade urbana. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, 2 (2), 16-21, 2007.

**PREVALÊNCIA DE TENTATIVA E IDEAÇÃO SUICIDA ENTRE OS
PACIENTES DE UMA CLÍNICA-ESCOLA**

**PREVALENCE OF SUICIDAL IDEATION AND ATTEMPT AMONG
PATIENTS AT A CLINIC-SCHOOL**

Lívia Márcia Batista de Andrade
Luciana Moreira Lourenço
Centro Universitário Padre Anchieta (Unianchieta)

RESUMO

Diante da magnitude do fenômeno do suicídio, o presente trabalho teve como objetivo verificar a prevalência de tentativa e de ideação suicida entre os pacientes de uma clínica-escola, de um município do interior do Estado de São Paulo. Os resultados indicam a importância do conhecimento de estratégias preventivas e clínicas.

Palavras-chave: tentativa de suicídio; psicopatologia; ideação suicida; psiquiatria.

ABSTRACT

Considering the magnitude of the phenomenon of suicide, this study aimed to determine the prevalence of suicidal ideation and attempts among patients in a clinical school, a municipality in the state of Sao Paulo. The results indicate the importance of knowledge of preventive strategies and clinical.

Keywords: suicide attempt, psychopathology, suicidal ideation; psychiatry.

O suicídio apresenta-se de forma paradoxal em nossa sociedade: apesar de sua magnitude global – a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) estima que aproximadamente um milhão de pessoas se suicide anualmente – de modo geral, quase não se fala sobre ele, não é um assunto sobre o qual se comente.

Apesar de não se comentar, de se tentar ignorar sua presença, certamente quase todas as pessoas conhecem alguém que tenha se matado ou tentado se matar. Se não conhecem quem tenha chegado às vias de fato, provavelmente conhecem quem tenha ao menos pensado em se matar.

A tentativa e a ideação suicida se apresentam como indicadores de risco e devem ser identificadas como tais, pois dessa forma, tornam-se importantes indicadores de prevenção ao suicídio, permitindo intervenções preventivas, já que se evidencia uma grande ocorrência de suicídio entre os indivíduos com histórico de tentativas e mesmo de ideação. (PRIETO E TAVARES, 2005).

O suicídio não é uma condição nova ou exclusiva de nossa sociedade. Em cada época e cultura houve diferentes significados e formas de se lidar com o suicídio. Na antiguidade havia aprovação por parte do Estado, que inclusive fornecia o meio para sua efetivação, (sendo normalmente o veneno o mais utilizado então), após ter sido avaliado o motivo apresentado que justificasse o suicídio. (KALINA E KOVADLOFF, 1983). Já no início do século XIX, na Inglaterra o suicídio era uma ofensa capital e, caso alguém tentasse ou cometesse suicídio, todos os seus bens imóveis e pessoais eram confiscados, assim como os de seu cônjuge. (SOARES, 2003).

Stefanello (2007) salienta que a partir da metade do século XIX, os suicídios foram relacionados a problemas mentais, e houve uma associação de suicídio com sensibilidade e instabilidade mental, que foi ligada às mulheres.

O fenômeno suicídio revela complexidades em todos seus aspectos envolvidos, desde sua significação cultural, passando por sua conceituação até sua compreensão particular na história de cada indivíduo.

Durkheim (1897/2005) define o suicídio como: “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado”. (p. 10).

Após mais de um século, alguns pontos foram acrescentados e modificados dessa definição, principalmente quanto à intencionalidade do sujeito frente ao seu ato. Cassorla (1998) acredita que raramente o indivíduo possui a lucidez que se supõe, para saber que o seu ato o levará à morte. Dessa forma, o indivíduo atuaria rumo ao sacrifício de uma parte de si, faltando o discernimento de que, caso ocorra a morte, ela o atingirá por inteiro.

Independente do grau da consciência de quem o executa, Martínez (2008) define o suicídio como um processo sistêmico de disposição autodestrutiva, que está orientado a comunicar a intenção de uma resolução de um conflito, através de meios letais.

O comportamento suicida pode ser concebido ao longo de um *continuum*: a partir de pensamentos de autodestruição, passando por planos, tentativas de suicídio e, finalmente o suicídio, compreendendo cada nível como um gradiente de gravidade. (FENSTERSEIFER E WERLANG, 2005; STEFANELLO, 2007).

Quanto ao termo tentativa de suicídio, também não há uma comum definição, já que, da mesma forma, há dificuldade de definir a intencionalidade do indivíduo sobre seu ato. Estudos (BOTEGA E RAPELI, 2002) demonstram que a maioria das pessoas que, de alguma forma, tentam a morte, sem efetivá-la, fazem-no sem que a principal motivação seja a de morrer.

Holmes (2007) acredita que em muitos casos a tentativa de suicídio é uma forma dramática de pedir ajuda, já que muitas vezes as pessoas que tentam o suicídio se sentem ignoradas quando necessitam, reafirmando que independente da motivação, as tentativas não devem ser banalizadas.

Se os conceitos de suicídio e de tentativa de suicídio, como atos, revelam-se complexos e repletos de divergências, as definições de ideação suicida podem ser muito instáveis e diversas (SILVA, 2006), caracterizando-se por pensamentos inespecíficos de morte até idéias de suicídio com planos concretos de realização.

O suicídio é uma das 10 maiores causas de morte em todos os países, e uma das três maiores causas de morte na faixa etária de 15 a 35 anos (OMS, 2000), com um aumento de 60% nos índices de suicídio nas últimas cinco décadas, considerando-se os dados do mundo inteiro. (PRIETO E TAVARES, 2005).

As taxas mundiais de suicídio variam de mais de 25 para cada 100.000 habitantes na Escandinávia, Suíça, Alemanha, Áustria, países do Leste Europeu e Japão, até menos de 10 para cada 100.000 habitantes na Espanha, Itália, Irlanda, Egito e Holanda. (KAPLAN, SADOCK E GREBB, 2003).

No Brasil, embora a taxa de mortalidade por suicídios, de quatro e meio para cada 100.000 habitantes, seja considerada baixa, existem estados e municípios que apresentam taxas duas vezes superiores à média nacional, como, por exemplo, o Estado do Rio Grande do Sul (9,8 para cada 100.000 habitantes). Nesse Estado, em determinadas faixas etárias, as taxas chegam a 30,2 para cada 100.000 habitantes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Apesar da expressividade desses números, sabe-se que há uma imprecisão neles, considerando que a família não costuma registrar a morte por suicídio, por vergonha, motivos religiosos (praticamente todas as tradições religiosas estigmatizam o suicida) ou para receber o seguro, negado a quem morre por opção, tendendo o número de casos ser ainda maior. (TRIGUEIRO, 2006).

Segundo Botega e Rapeli, (2002), estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo menos 10 vezes.

A ideação suicida é bem mais comum que a tentativa de suicídio e o suicídio completo (SOARES, 2003). Silva (2006), aponta estudos recentes, de base populacional, realizado no Brasil, mostrou prevalência de 17,1% para ideação suicida ao longo da vida e 5,3% para ideação no último ano, e estimam que 60% dos indivíduos que se suicidam tem, previamente, ideação suicida.

Há evidências de que o perfil dos suicidas se diferencia dos que tentam. Para a mortalidade, a maioria se compõe de homens entre 25 a 39 e de 40 a 59 anos, casados, que usam o enforcamento e a arma de fogo como os principais meios para efetuar sua própria morte. Mais mulheres que homens tentam se matar, em sua maioria, domésticas, donas de casa e estudantes. Mais de 50% delas usam substâncias não medicinais, drogas e medicamentos, de forma abusiva, na tentativa. (SOUZA, MINAYO E CAVALCANTE, 2009).

Não é possível pensar em causas isoladas para o suicídio, já que muitos são esses fatores que afetam a ocorrência desse fenômeno, ainda que isso seja possível para um fim descritivo e favoreça sua compreensão.

No campo da genética, segundo Kaplan, Sadock e Grebb (2003) os fatores genéticos envolvidos no suicídio, são principalmente aqueles envolvidos na transmissão dos transtornos do humor, esquizofrenia e dependência de álcool – os transtornos psiquiátricos mais comumente associados com o suicídio. Além disso, sugerem a existência de um fator genético para o suicídio, “independente ou em conjunção com a transmissão genética dos transtornos psiquiátricos, e este pode ser um fator genético para a impulsividade, que pode estar relacionado com uma anormalidade no sistema central de serotonina”. (KAPLAN, SADOCK E GREBB 2003, p. 732).

Além dos genéticos, os fatores sociológicos também se apresentam relacionados com o suicídio. Segundo D’Oliveira (2006) a compreensão é que se pode tentar entender as circunstâncias dos fatos, as crises vivenciadas pelo indivíduo e sua família, a dinâmica funcional do meio familiar, os sentimentos envolvidos e a influência e peso de fatores ambientais. Isso porque o suicídio ocorre num ambiente, que pode ser a família, a escola, o lugar de trabalho. Ele não acontece fora de um sistema social, ainda que os indivíduos pareçam estar isolados da sociedade, queixem-se de isolamento e a solidão apareça e seja frequentemente referida por eles.

Já em relação aos fatores psicodinâmicos, segundo Freud (1920/1968), vivemos constantemente num estado de conflito entre Eros e Tanatos, pulsão de vida e pulsão de morte. Esses dois grupos de pulsões estão fundidos, funcionando sempre juntos, complementando-se e opondo-se.

Brandão (2006) salienta que quando a pulsão de morte predomina, o indivíduo se defronta em situações de sofrimento, manifestado nas áreas somática, mental e social, e em estados de permanência dessa predominância pode levar à morte emocional (na loucura) e à morte do corpo, através de somatizações graves ou atos suicidas, ou mesmo mortes naturais precoces.

Questionando de que forma seria possível que o instinto de vida fosse vencido pelo de morte, Freud (1910/1968), afirma então o mesmo só ser possível considerando estado da melancolia.

Segundo Monteiro e Lage (2007), é em torno da falta, da perda do objeto, que a estruturação do sujeito é norteada, dessa forma, o luto ocupa um lugar central e na medida em que se correlaciona com a questão dos sintomas depressivos e da melancolia, observa-se uma tendência à depressão dentro da própria constituição humana.

Freud (1917/1968) afirmou sua crença de que o suicídio representava uma agressão voltada contra um objeto de amor introjetado, com investimento ambivalente, e duvidava da existência de um suicídio sem o desejo anteriormente reprimido de matar outra pessoa.

Além das pulsões, as fantasias inconscientes auxiliam a compreensão dos comportamentos autodestrutivos, no qual, em último grau, situa-se o suicídio. Dentre elas verifica-se: a) a identificação com um objeto perdido e conseqüente reencontro com pessoas queridas mortas, o que talvez explicasse a maior chance de pessoas que perderam pessoas muito próximas tornarem-se mais vulneráveis à morte; b) renascimento ou encontro com outras figuras idealizadas, como Deus ou algo similar; c) ida para um mundo paradisíaco, regulado pelo princípio do prazer e onde não existe sofrimento e d) volta ao útero materno, numa espécie de parto ao contrário, onde não existem desejos e necessidades. (CASSORLA, 1992; HOLMES, 2007).

Como salientado, não se pode pensar em uma etiologia única para um fenômeno tão complexo quanto o suicídio, sendo mais interessante pensá-lo enquanto uma combinação desses fatores.

MÉTODO

Participantes

A presente pesquisa buscou identificar a prevalência de tentativa e de ideação suicida entre os pacientes do Centro de Psicologia Aplicada (CPA) do Centro Universitário Padre Anchieta, no município de Jundiaí, no estado de São Paulo, no período de janeiro de 2008 a setembro de 2009.

O atendimento no CPA destina-se à população de todas as idades, com renda de até três salários mínimos, e é realizado por graduandos do oitavo até o décimo semestre do curso de Psicologia do citado Centro Universitário, tendo como foco de atendimento a indivíduos com quadros neuróticos, sendo aqueles com quadros psicóticos, quando identificados, encaminhados a centros especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Instrumentos

Prontuários de atendimento de todos os usuários do período de janeiro de 2008 a setembro 2009 do CPA. Este prontuário é preenchido no momento de triagem, e durante o atendimento dos pacientes. Constam nos prontuários a identificação e os dados sócio-demográficos dos pacientes; fichas do exame de estado mental; histórico psicossocial – na qual consta o item História de Idéia / Tentativa Suicida; avaliação psicossocial; e avaliação diagnóstica, além dos relatórios dos atendimentos.

Procedimento

Esta é uma pesquisa de cunho quantitativo. Todos os prontuários foram examinados um a um, e as seguintes variáveis foram anotadas: gênero, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda, hipótese diagnóstica que são apresentadas em categorias, de acordo com a nosologia do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM- IV); se já pensou ou tentou suicidar-se; e o método utilizado quando houve a tentativa de suicídio.

Análise dos Dados

Foi feito um tratamento estatístico com os dados adquiridos, por meio do teste ANOVA, no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão PASW Statistics 18, uma ferramenta de análise de dados.

Considerações Éticas

Considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS 196/96, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos, a presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Padre Anchieta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com esta pesquisa, buscou-se relacionar algumas variáveis sócio-demográficas e clínicas com as variáveis *tentativa e ideação suicida*. Por meio dos dados obtidos em todos os prontuários analisados (n=498), foi possível estabelecer um perfil sócio-demográfico dos pacientes atendidos no CPA no período de janeiro de 2008 a setembro de 2009. (Tabela 1).

Em relação à idade, os pacientes tinham em média 29 anos (DP=16), sendo o mínimo três e o máximo de 82 anos.

Também foi investigado o diagnóstico de transtornos mentais dessa população. De todos os prontuários analisados, em apenas 36,3% havia sido definido o diagnóstico, enquanto que na maioria de prontuários (63,7%) observou-se uma ausência de definição ou de notificação de diagnóstico.

Dentre os que constavam algum diagnóstico, 14,4% estavam classificados em algum transtorno de ansiedade, tendo sido essa a categoria de transtorno mental mais diagnosticada, seguido igualmente (9%) pelos transtornos de humor e de personalidade.

Por meio da análise estatística dos dados não foram encontradas diferenças significativas entre as variáveis estudadas, possivelmente pelo tamanho da parcela em que constava algum registro de tentativa ou ideação suicida (95).

Dentre todos os prontuários analisados, em 13,1% deles (65) constavam anotações de ideação suicida, e em 6,0% (30) de tentativa de suicídio em algum momento da vida.

Essa prevalência se aproxima de dados da literatura (SOUZA, MINAYO E CAVALCANTE, 2009; SILVA, 2006), e confirmam que a baixa notificação de tentativa e de ideação suicida é um fator que dificulta a real estimativa sobre essas condições. (TRIGUEIRO, 2006).

Quando analisada a variável *gênero*, na amostra estudada, as mulheres foram predominantes em relação à tentativa (73,3%) e à ideação suicida (76,9%). (Figura 1).

Verificou-se que entre aqueles que haviam tentado o suicídio, a maior parte (40%) o havia feito através da ingestão de medicamentos ou substância química, demonstrando como o acesso e a disponibilidade a meios que possibilitem o suicídio favorecem que o ato, ou ao menos, que a tentativa se efetive.

Alguns autores associam o gênero feminino com a tentativa e a ideação suicida, enquanto o gênero masculino com o suicídio em si. (DURKHEIM, 1897/2005; STEFANELLO, 2007; SILVA 2006).

Em relação à idade, apesar das taxas de suicídio aumentar com a idade, dados da OMS (2000) revelam que nos últimos 45 anos, a mortalidade global por suicídio vem migrando em participação percentual do grupo dos mais idosos para o de indivíduos mais jovens, e que em indivíduos entre 15 e 44 anos, a tentativa de suicídio é a sexta causa de incapacitação. Cassorla (1998), aponta que para os homens de 15 a 24 anos de idade, houve um aumento de 40% entre 1970 e 1980. A taxa de suicídio para mulheres no mesmo grupo etário mostrou um pequeno aumento. Entre os homens de 25 a 34 anos, a taxa de suicídios aumentou quase 30%.

No presente trabalho observou-se uma diferença em relação ao predomínio da faixa etária para tentativa e para ideação suicida. Entre os que tentaram suicidar-se a maior parte (40%) estava entre 21 a 30 anos de idade, enquanto entre os que tiveram ideação suicida, a maioria (29,3%) tinha entre 31 a 40 anos de idade.

Em relação ao *estado civil*, tanto no grupo dos pacientes que tentaram (43,3%) quanto no dos que pensaram (50,8%) em suicidar-se, a maior parte era solteira, e apontam os laços sociais estáveis como fatores protetores contra o suicídio. (FICHER E VANSAN, 2008)

O casamento, reforçado pelos filhos, parece diminuir significativamente o risco de suicídio. Segundo Kaplan, Sadock e Grebb (2003), entre pessoas casadas, a taxa é de 11 por 100.000, enquanto pessoas solteiras registram uma taxa geral de aproximadamente o dobro da taxa das pessoas casadas. Entretanto, as pessoas anteriormente casadas apresentam taxas ainda mais altas do que as pessoas que jamais casaram, isto é, 24 por 100.000, entre os viúvos; 40 por 100.000 entre divorciados, com

os homens divorciados registrando 69 suicídios por 100.000, comparados com 18 por 100.000 para mulheres divorciadas.

Segundo Durkheim (1897/2005), a falta de integração familiar pode ser usada para explicar por que os não casados são mais vulneráveis ao suicídio do que os casados e por que os casais com filhos são os mais protegidos.

Quando analisada a variável *escolaridade* observou-se que houve diferença no predomínio quando comparado os indivíduos que tentaram com os que pensaram em suicidar-se. A maior parte (46,2%) tinha o ensino fundamental entre os que tiveram ideiação suicida, enquanto entre os que tentaram o suicídio a escolaridade predominante foi o ensino médio (43,3%).

A variável *ocupação* também foi observada, tendo sido considerado apenas estar ou não trabalhando e não profissões específicas, considerando o emprego como um fator protetor contra o suicídio. (STEFANELLO, 2007).

Foi encontrada uma predominância de desempregados entre os que tentaram (66,7%) e também entre os que tiveram ideiação suicida (55,4 %).

Apesar de o suicídio ocorrer em todas as camadas sociais, Kaplan, Sadock e Grebb (2003) apontam que a mudança drástica de classe social, tanto para cima quanto para baixo, tornam os indivíduos mais vulneráveis ao suicídio.

No presente trabalho, a variável *renda* também foi observada, tendo sido a predominante em ambos os grupos – os que tentaram (63,3%) e os que pensaram (61,2%) – até três salários mínimos.

A variável *transtorno mental* também foi analisada, já que alguns transtornos mentais parecem estar fortemente relacionados ao suicídio.

Entre os 73 pacientes com diagnóstico de algum transtorno mental 13,3% já havia pensado em suicídio, e 5,5% já havia tentado suicidar-se. Algum transtorno de humor estava presente em 20,8% nos que pensaram em suicidar-se, sendo o diagnóstico mais encontrado naqueles com ideiação suicida. Já naqueles com histórico de alguma tentativa de suicídio o diagnóstico mais observado foi o de algum transtorno de ansiedade, com 30% de incidência. (Figura 2).

Holmes (2007) relaciona a maior incidência de ideiação suicida em transtornos de humor, onde existe limitação de ações no repertório dos indivíduos, enquanto que em

casos de tentativa de suicídio justifica a maior incidência de transtorno de ansiedade, que geram maior impulsividade, característica premente das tentativas de suicídio.

Segundo Kaplan, Sadock e Grebb (2003), dentre os suicidas diagnosticados com um transtorno mental, os transtornos depressivos respondem por 80% deste número, com a esquizofrenia sendo responsável por 10% e demência e *delirium*, por 5%, e entre todas as pessoas com transtornos mentais, 25% também são dependentes de álcool e têm diagnósticos duplos.

Alguns autores (KAPLAN, SADOCK E GREBB 2003; MENEGHEL; VICTORA; FARIA; CARVALHO E FALK, 2004) associam o suicídio com o uso de álcool, e baseiam essa associação no fato de que as taxas de suicídio estão inversamente relacionadas com o grau de integração social e que o uso abusivo de álcool produz desaprovação social e gradativa deterioração dos laços sociais. Além da ligação indireta entre consumo de álcool e suicídio, associado à desintegração social, há uma relação direta que é a diminuição do autocontrole que atuaria como causa acionando uma inclinação prévia para a conduta autodestrutiva.

Resultados encontrados por Enst, Lalovic, Lesage, Seguin, Tousignant e Turecki (2004), sugerem que a maioria dos indivíduos que cometeram suicídio e pareciam normais psiquiatricamente após uma autópsia psicológica provavelmente eram portadores de um transtorno que não foi detectado pelo processo de autópsia psicológica; o que os leva a concluir que provavelmente todos os casos de suicídio estão associados com alguma forma de transtorno psiquiátrico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tentativa e a ideação suicida precisam ser percebidas como importantes meios de se evitar a efetivação do suicídio, e devem ser consideradas como manifestação de sofrimento que precisa ser escutado e compreendido em todo seu significado.

Sendo o suicídio um comportamento com muitos fatores e determinações implicadas, e apesar de não serem possíveis descrições precisas capazes de identificar indivíduos que se encontram sob alto risco, algumas descrições gerais são importantes a

serem observadas pelos profissionais envolvidos na área da saúde, e essa atenção deve estar presente desde sua formação.

Evidencia-se a necessidade de se desencadear discussão acerca de programas, tratamento e prevenção para os grupos mais vulneráveis aos suicídios – entendendo que a tentativa e a ideação suicida são fortes indicadores de vulnerabilidade, e os indivíduos que passam por essas condições necessitam de atenção profissional especializada, além de indicar a importância do conhecimento de estratégias preventivas e clínicas, envolvendo a identificação precoce do risco e a intervenção em crise.

Algumas dificuldades metodológicas se impuseram no presente trabalho por ser o CPA uma clínica para atendimento de casos considerados de gravidade de nível até médio. Dessa forma, sugere-se a continuidade do desenvolvimento do presente trabalho em locais de atendimento de casos considerados de gravidade de nível grave, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o que possibilitaria uma correlação mais precisa de comorbidades com a tentativa e a ideação suicida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOTEGA, Neury. J. e RAPELI, Claudemir. B. Tentativa de Suicídio. In: BOTEGA, Neury. J. (Org.). *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência*. (pp. 365-377). Porto Alegre: Artmed, 2002.

BRANDÃO, Alice. K. Psicopatologia: suicídio. *Psicologia Brasil*, São Paulo, n.32, jun./jul. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (2006). *Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio*. Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=25605. Acessado jun. 2009.

CASSORLA, Roosevelt M. S. Reflexões sobre a psicanálise e a morte. In: KOVÁCS, Maria Julia (Coord.). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. p. 90-110.

CASSORLA, Roosevelt M. S. Debate sobre o artigo de Everardo Duarte Nunes. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jan. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1998000100009&lng=es&nrm=iso. Acessado fev. 2009.

D'OLIVEIRA, Carlos Felipe. Atenção a Jovens que Tentam Suicídio: É Possível Prevenir. In: LIMA, César. A. (Coord.). *Violência faz mal à saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0315_M.pdf#page=29. Acessado jul. 2009.

DURKHEIM, Émile. (2005). *O Suicídio*. São Paulo: Martin Claret. (Original published in 1897).

ERNST, Carl, LALOVIC, A., LESAGE, A., SEGUIN, M., TOUSIGNANT, M., e TURECKI, G. Suicídio e ausência de psicopatologia em eixo I. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 26, n. 3, dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082004000300003&lng=pt&nrm=iso. Acessado jan. 2009.

FENSTERSEIFER, Liza e WERLANG, Blanca Suzana G. Estudo de fidedignidade e validade da Escala de Avaliação de Dor Psicológica. *PsicoUSF*. São Paulo, vol. 10, n. 1, p. 21-29, jun. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712005000100004&lng=pt&nrm=iso. Acessado jul. 2009.

FICHER, Ana Maria F. T., e VANSAN, Gerson Antonio. Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 25, n. 3, set. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000300005&lng=pt&nrm=iso. Acessado jan. 2009.

FREUD, Sigmund. (1968). Contribuciones al Simpósio Sobre el Suicidio. In: FREUD, Sigmund. *Obras Completas* (pp. 469-470). Trad. Luis Lopez-Ballesteros y de Torres. Madrid: Biblioteca Nueva, v. III. (Original published in 1910).

FREUD, Sigmund. (1968). La aflicción y la melancolia. In: FREUD, Sigmund. *Obras Completas* (pp. 1075-1082). Trad. Luis Lopez-Ballesteros y de Torres. Madrid: Biblioteca Nueva, v. I. (Original published in 1917).

FREUD, Sigmund. (1968). Mas allá del principio del placer. In: FREUD, S. *Obras Completas* (pp. 1097-1125). Trad. Luis Lopez-Ballesteros y de Torres. Madrid: Biblioteca Nueva, v. I. (Original published in 1920).

HOLMES, David. S. *Psicologia dos Transtornos Mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

KALINA, Eduardo, e KOVADLOFF, Santiago. *As Cerimônias de Destruição*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

KAPLAN, Harold I., SADOCK Benjamin J. e GREBB, Jack A. Emergências Psiquiátricas. In: KAPLAN, Harold I., SADOCK Benjamin J. e GREBB, Jack A. *Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2003, p. 753-770.

MARTINEZ, Carlos. El Abordaje Comunitario de la Crisis Suicida en sus Diferentes Ámbitos de Intervención. *Asociación Levantina de Ayuda e Investigación de los*

Transtornos de la Personalidade. n. 4, maio 2008. Disponível em: <http://66.102.1.104/scholar?q=cache:zNyUP0525LYJ:scholar.google.com/+suicidologia&hl=pt-BR>. Acessado jul.2009.

MENEGHEL, Stela N.; VICTORA, C. G.; FARIA, N. M.X.; FALK, J.W. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 6, dez., 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600008&lng=pt&nrm=iso. Acessado jan. 2009.

MONTEIRO, Kátia C. C. e LAGE, Ana Maria M. V. Depressão: uma 'psicopatologia' classificada nos manuais de psiquiatria. *Psicologia: ciência e profissão*. Brasília, v. 27, n. 1, mar. 2007, p.106-119. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932007000100009&lng=pt&nrm=iso. Acessado nov. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Suicide prevention – Suicide rates*. Genebra, 2000. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_gp_port.pdf. Acessado jul. 2009.

PRIETO, Daniela, e TAVARES, Marcelo. Fatores de Risco para Suicídio e Tentativas de Suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2005. Disponível em: <http://66.102.1.104/scholar?q=cache:Z0FSSJIPH2cJ:scholar.google.com/+idea%C3%A7ao+suicida&hl=pt-BR>. Acessado jul. 2009.

SILVA, Viviane F. et al. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. *Cadernos de Saúde Pública*. vol. 22, n. 9, p. 1835-1843, 2006. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000900014&lng=en&nrm=iso. Acessado jul. 2009.

SOARES, Flávio. N. *Prevalência de tentativas e ideação suicida em pessoas com transtornos mentais graves na cidade de São Paulo*. [dissertação] São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.

SOUZA, Edinilsa R., MINAYO, Maria Cecília S., CAVALCANTE, Fátima. G. O impacto do suicídio sobre a morbimortalidade da população de Itabira. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000500022&lng=pt&nrm=iso. Acessado jan. 2009.

STEFANELLO, Sabrina. *Tentativas de suicídios atendidas no Hospital de Clínicas da Unicamp: diferenças entre os sexos*. [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas – SP, 2007.

TRIGUEIRO, André. Suicídio, Problema Oculto na Saúde Pública: Papel da Mídia no Esclarecimento (Desvelamento). In: LIMA, César A. (Coord.). *Violência faz mal à saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0315_M.pdf#page=29. Acessado jul. 2009.

Tabela 1

Caracterização dos Pacientes Atendido no CPA no Período de 2008 a 2009

	n	%
Gênero		
Fem.	343	68,9
Masc.	155	31,1
Estado Civil		
Solteiro	261	52,4
Casado	139	27,0
Separado	81	16,3
Viúvo	17	3,4
Escolaridade		
Fundamental	235	47,2
Médio	175	35,1
Superior	88	17,7
Ocupação		
Empregado	209	42,0
Desempregado	289	58,0
Faixa Salarial		
Até 1 Salário Mínimo	138	27,7
Até 3 Salários Mínimos	311	62,4
Mais de 3 Salários Mínimos	49	9,8

Figura 1

Caracterização dos Pacientes com Ideação ou Tentativa Suicida em Relação ao Gênero

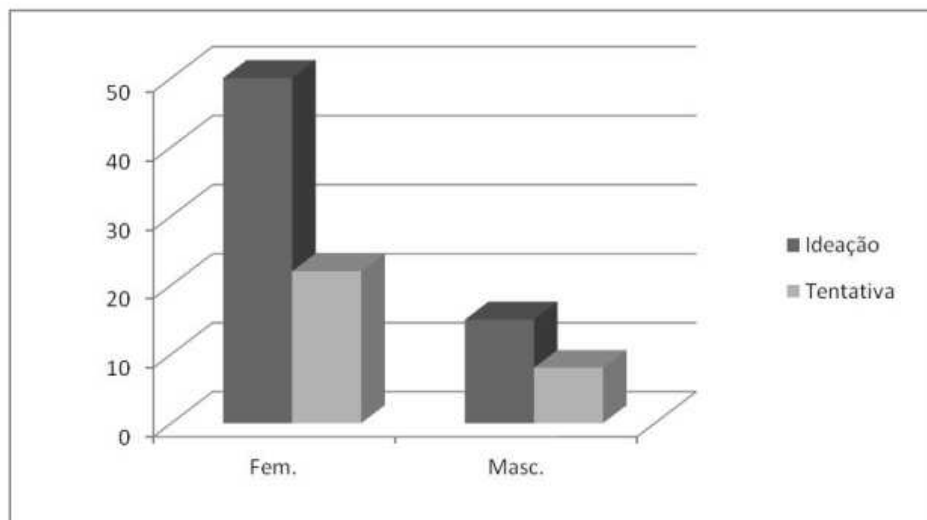
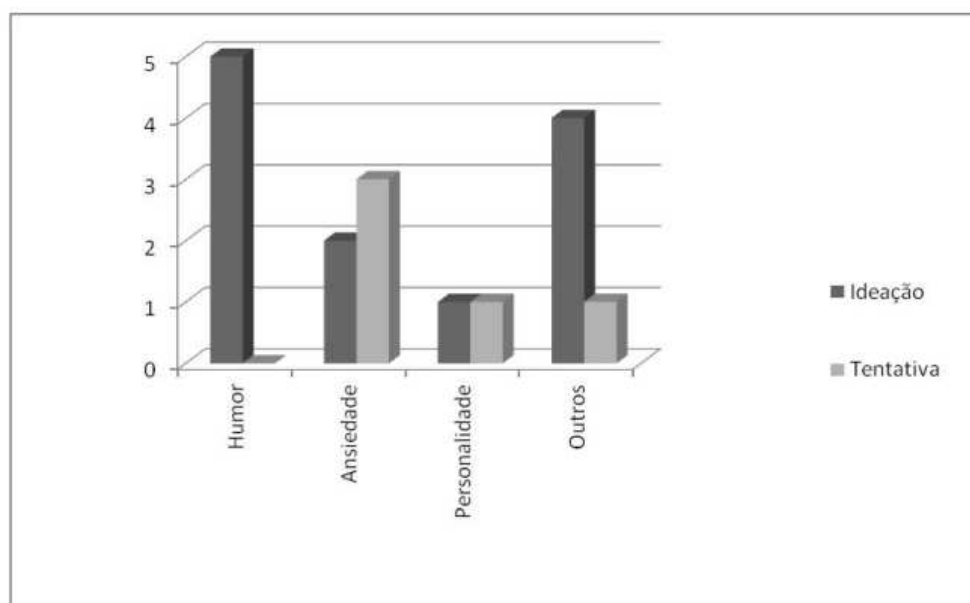


Figura 2

Prevalência de transtornos mentais em pacientes com tentativa ou ideação suicida



**CLIMA ORGANIZACIONAL COMO INSTRUMENTO DE MEDIDA OU
ESTRATÉGIA DE CONTROLE NO AMBIENTE ORGANIZACIONAL?
PROPOSIÇÕES E REFLEXÕES SOBRE O TEMA.**

**ORGANIZATIONAL CLIMATE AS A TOOL TO MEASURE OR CONTROL
STRATEGY IN THE ORGANIZATIONAL ENVIRONMENT? PROPOSITIONS
AND THOUGHTS ABOUT THIS SUBJECT.**

Andreia Menegazzi
Aimar Martins Lopes
Angela Coelho Moniz
Centro Universitário Padre Anchieta (Unianchieta)

RESUMO

Tendo em vista as constantes mudanças nos ambientes organizacionais e a crescente ênfase na Qualidade de Vida do Trabalho, torna-se necessário analisar as diferentes políticas, práticas e instrumentos utilizados, dentre este a pesquisa de Clima Organizacional. Neste sentido, o presente trabalho buscou apresentar diferentes definições e referências sobre clima organizacional, assim como verificar, através de breve levantamento de dados, as percepções dos estudantes de Administração sobre clima organizacional.

Palavras-chave: clima organizacional; ambiente de trabalho; percepção do colaborador.

ABSTRACT

Considering the constant changes in organizational climate and the increasing emphasis on quality of working life, it becomes necessary to analyze the different policies, practices and instruments used, among them the Organizational Climate Survey. In this sense, the present study aimed to present different definitions and references on organizational climate as well as to check through a brief data collection, the perceptions of Business Administration Students on organizational climate.

Keywords: organizational climate, work environment, perception of the employee

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, diferentes mudanças sociais, políticas, econômicas, ocorreram, interferindo direta ou indiretamente nas organizações. Atualmente, depara-se com a Era da Tecnologia da Informação; com a Gestão de Competências e do Conhecimento. Paralelamente a isto, existe a necessidade crescente em se atentar para a Qualidade de Vida no Trabalho, buscando verificar quais aspectos estariam relacionados à qualidade de vida e satisfação no ambiente de trabalho. Dentre estes aspectos, estaria o clima organizacional, o qual vem sendo, no decorrer de décadas, objeto de estudo, de diferentes autores.

Recorrendo-se ao Novo Dicionário Aurélio clima, do grego *klíma*, ‘inclinação’, apresenta várias definições, dentre estas, no sentido figurado, “ambiente, atmosfera”. Assim sendo, partindo-se somente de possíveis definições das palavras, poder-se-ia supor que clima organizacional estaria relacionado à inclinação, atmosfera, ambiente na organização.

Partindo para a literatura, depara-se com diferentes definições e/ou proposições relacionadas ao assunto.

Seguindo a linha da definição, Knapik (2008) afirma que clima organizacional consistiria no “ambiente psicológico”, na “condição interna percebida” pelos trabalhadores, que influenciaria na motivação, na satisfação e nos comportamentos das pessoas, dentro da organização, podendo resultar em aspectos favoráveis ou desfavoráveis nos desempenhos dos trabalhadores no ambiente de trabalho.

Para Chiavenato (2010), clima organizacional corresponderia aos sentimentos e as formas que os trabalhadores interagem, relacionam-se entre si, com clientes e/ou aspectos externos à organização. O autor assinala, ainda, a necessidade em se considerar que o clima organizacional seria um dentre vários elementos envolvidos na qualidade de vida no trabalho.

EVOLUÇÃO DAS PESQUISAS SOBRE CLIMA ORGANIZACIONAL

Menezes e Gomes (2010), em seu trabalho, a partir da reunião de diferentes informações teóricas, procuraram estabelecer uma sequência histórica sobre os estudos e pesquisas relacionadas ao “construto” clima organizacional.

De acordo com os autores, premissas dos estudos sobre clima organizacional já se faziam presentes no ‘Experimento de Hawthorne’, desenvolvido por Elton Mayo, em 1927, o qual verificou que mudanças de configurações física e social, no ambiente de trabalho, poderiam gerar mudanças emocionais e comportamentais importantes nos trabalhadores.

Menezes et. al. (2009) afirmam as premissas sobre clima organizacional já estariam presentes nos trabalhos de Lewin, em 1939, o qual propôs a Teoria do Campo, segundo a qual as atividades psicológicas de uma pessoa se desenvolveriam num campo psicológico, o campo vital, quando em determinado grupo e situação. Este conceito teria favorecido o estudo de Lippitt e White, em 1939, o qual buscou identificar, em um ambiente controlado, as condições psicológicas geradas pelos líderes de um grupo de rapazes, propondo, assim, conceitos como “clima social” e “atmosfera social”.

Estes conceitos, segundo Menezes et. al. (2009), seriam denominados de clima organizacional a partir dos estudos de Argyris, em 1958, para o qual o clima organizacional, chamado de ‘caráter homeostático’, foi abordado a partir de diferentes elementos e níveis de análise.

Na tentativa de compilar as definições e estabelecer uma síntese sobre clima organizacional, Menezes et. al. (2009) afirmam a identificação de três momentos diferentes relacionados ao construto. Inicialmente, entre as décadas de 1930 e 1960, as propostas e os estudos estavam direcionados para a verificação das variáveis que constituíam o construto, especificamente as dimensões do mesmo.

Num segundo momento, entre 1970 e 1980, de acordo com Menezes et. al. (2009), verificou-se uma aproximação entre os conceitos de cultura organizacional e clima organizacional, sendo que a cultura estaria associada aos valores, crenças, ideais compartilhados entre organização e trabalhadores de modo a contribuírem para manutenção de determinado clima organizacional.

Já a partir de 1990, para Menezes et. al. (2009), com o avanço das pesquisas quantitativas e qualitativas, pôde-se observar uma melhor demarcação dos e entre os

conceitos de cultura e clima organizacional. Assim, de um modo geral, foi proposto que o clima seria uma “condição temporária” estabelecida pelos significados construídos pelas pessoas e cultura corresponderia ao compartilhamento de valores que constituem a identidade da organização e promovem o desenvolvimento interno e externo da mesma.

Deste modo, a partir dos anos 90, teria se iniciado o terceiro momento nos estudos sobre clima organizacional, permeado pela identificação das características que constituem o clima organizacional, bem como pela verificação dos aspectos que não fazem parte das definições constitutivas e operacionais (Menezes et. al., 2009).

Paralelamente às proposições teóricas, Menezes et. al. (2009) assinalam o surgimento de diferentes propostas de técnicas quantitativas e qualitativas para avaliação do clima organizacional, nos diferentes contextos e ambientes organizacionais.

Segundo Bispo (2006), no Brasil, a pesquisa de clima organizacional teria sido disseminada pelos trabalhos de Souza, o qual propôs vários trabalhos em empresas privadas e órgãos públicos, a partir de adaptações do modelo de Litwin & Stringer. O autor afirma que este modelo, proposto por Litwin & Stringer, em 1968, teria como instrumento um questionário com base em nove indicadores: estrutura, referente aos sentimentos dos trabalhadores em relação às restrições no trabalho; responsabilidade, associada ao sentimento de autonomia para a tomada de decisões; desafio, referente ao sentimento de risco; recompensa, com ênfase em incentivos positivos; relacionamento; cooperação; conflito, associado ao modo como são mediados os solucionados problemas; identidade, relacionada ao sentimento de pertencer à organização; padrões, associado a normas e processos.

Outro modelo apresentado por Bispo (2006) é o modelo de Kolb, datado de 1986, o qual propôs também uma escala com sete indicadores, dentre estes: responsabilidade; padrões; recompensas; conformismo; clareza organizacional; calor e apoio; e, liderança.

Além destes, Bispo (2006) cita o modelo de Sbragia, de 1983, o qual teria sido usado em um estudo empírico numa instituição de pesquisa de natureza governamental e seria composto de 20 indicadores, dentre estes: conformidade; estrutura; recompensas; cooperação; padrões; conflitos; identidade; estado de tensão; ênfase na participação;

proximidade da supervisão; consideração humana; autonomia presente; prestígio obtido; tolerância existente; clareza percebida; justiça predominante; condições de progresso; apoio logístico proporcionado; reconhecimento proporcionado; e, forma de controle.

A partir da análise destes e de outros modelos, Bispo (2006), em seu artigo, apresenta uma nova proposta, um novo modelo o qual levaria em conta a evolução dos cenários político, econômico, social, cultural, ecológico e a divisão em fatores internos e externos. Os fatores internos, oriundos no ambiente interno da organização, podendo serem abordados diretamente na tentativa de melhorias e alcance de melhores resultados. Já os fatores externos, originados fora da organização, os quais devem ser levados em conta já que poderiam influenciar os comportamentos e as decisões dos trabalhadores.

Neste sentido, no modelo proposto por Bispo (2006), haveria a busca pelos níveis de influência dos fatores internos e externos. Dentre os fatores internos, estariam: ambiente de trabalho; assistência aos funcionários; burocracia; cultura organizacional; estrutura organizacional; nível sociocultural dos funcionários; incentivos profissionais; remuneração; segurança profissional; transporte casa / trabalho – trabalho / casa; vida profissional. Já entre os fatores externos estariam: convivência familiar; férias / lazer; investimentos e despesas familiares; política e economia; saúde; segurança pública; situação financeira; time de futebol (item que teria tido sua influência comprovada sobre a produtividade dos funcionários); vida social.

Em relação à aplicação da pesquisa de clima organizacional, Bispo (2006) assinala a recomendação de que a mesma seja feita por uma empresa e/ou um profissional independente da organização, tendo em vista as possibilidades de se obter resultados mais precisos e próximos da realidade organizacional. Além disso, afirma a importância de um trabalho prévio de conscientização junto aos funcionários da empresa, para que os mesmos compreendam a importância da pesquisa de clima organizacional para maior e melhor conhecimento da realidade da empresa, bem como para a busca por soluções para melhorias no ambiente organizacional e no relacionamento entre os funcionários e a organização.

Bispo (2006) afirma, ainda, a importância em se, após o mapeamento do clima e dos problemas organizacionais, estabelecer um plano de ação para solucionar os problemas e promover melhorias a curto, médio e longo prazo.

Assim, Brescancini (2011) afirma que ao evidenciar a “atmosfera do ambiente de trabalho”, o clima serviria como indicador dos pontos fortes e também das necessidades de melhoria do ambiente organizacional. Assim, o clima organizacional seria constituído pela “complexa rede de expectativas e percepções individuais e de grupo”, permeada por aspectos estratégicos, organizacionais e estruturais de ambiente de trabalho, influenciando e direcionando os comportamentos dos trabalhadores. Assim sendo, ao detectar características associadas ao clima, podem-se verificar as relações e trocas, ocorridas no ambiente de trabalho, tendo-se uma ideia dos aspectos formais e psicológicos que envolvem os contratos estabelecidos entre os funcionários e a organização de trabalho.

Partindo-se desta linha de definição, em que se propõe a análise de aspectos mais subjetivos, alguns autores apontam a importância em se considerar os conceitos de comprometimento organizacional e consentimento organizacional, bem como as respectivas implicações dos mesmos.

Silva & Bastos (2010), em seu estudo, procuraram delimitar o conceito e propor um instrumento para mensurar ‘consentimento organizacional’, o qual, segundo os autores, estaria relacionado a tendência do colaborador em obedecer as ordens / regras estabelecidas pelo superior hierárquico, presente na organização, além da existência do pressuposto de concordância e identificação entre valores individuais (do colaborador) e valores organizacionais. Assim, a partir de revisão de conceitos e escalas propostas, os autores concluíram que uma medida adequada para o consentimento organizacional seria a que se constitui por dois fatores: ‘obediência cega’ e ‘aceitação íntima’, assinalando, certamente, a necessidade de estudos posteriores para melhor adequação e validação da escala para mensuração deste construto.

Já Puentes-Palacios & Vieira (2010), em seu estudo, assinalam a necessidade em se adaptar e validar uma escala de mensuração do comprometimento afetivo organizacional, no contexto de equipes de trabalho, optando-se pela escala de mensuração proposta por Bastos, em 1992.

Tendo em vista as contribuições dos estudos, Souza, Vasconcelos e Borges-Andrade (2010), a partir de uma revisão bibliográfica e uma análise sistemática das publicações realizadas sobre o micro comportamento organizacional, durante o período de 1996 a 2007, assinalaram a necessidade dos autores desenvolverem pesquisas/estudos que fizessem uma coleta de dados anterior à implementação de mudanças, nas organizações, para melhores análise e compreensão de aspectos como percepção, crenças, reações e/ou resistências dos colaboradores frente às mudanças, já que, a maioria dos trabalhos analisados pelos autores, continham uma coleta de dados sobre os colaboradores somente após as mudanças já terem sido implementadas.

Como continuidade à pesquisa desenvolvida, Souza, Vasconcelos e Borges-Andrade (2010) afirmam necessidade de criação de instrumentos de mensuração das reações e adaptações a diferentes tipos de mudanças organizacionais para uma melhor comparação entre as pesquisas desenvolvidas na área. Além disso, os autores assinalam a necessidade de se desenvolver um maior número de pesquisas sobre cultura e poder, bem como sobre a relação da comunicação com diferentes variáveis, como nível de ansiedade dos colaboradores; diminuição de barreiras culturais na implantação de mudanças; engajamento dos colaboradores no processo de mudanças; eficácia dos sistemas de gestão de pessoas; dentre outros. Finalmente, apontam a importância em se estudar/analisar a relação entre percepção do colaborador e sucesso da mudança organizacional, tendo em vista a análise de percepções e possíveis crenças, por parte dos colaboradores, em relação às estratégias organizacionais e respectivas consequências das mesmas (sucessos ou não das mesmas), bem como o grau de engajamento dos colaboradores.

A partir de definições e reflexões sobre clima organizacional, o presente trabalho teve por objetivo analisar diferentes definições e referências sobre clima organizacional, bem como verificar, por meio de um breve levantamento de dados, as percepções de estudantes de Administração, sobre clima organizacional.

MÉTODO

Sujeitos

Participaram do presente estudo, 60 alunos do último ano do curso de Administração de Empresas, de uma instituição de ensino superior privada, da cidade de Jundiaí, São Paulo.

Procedimento

Como metodologia proposta, classificou-se como pesquisa descritiva, a qual, segundo Gil (1988, p.39), visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Assim, a pesquisa visou descrever o clima organizacional como instrumento de medida e a relação deste com o controle organizacional na percepção de colaboradores de organizações que frequentam o curso de Administração.

Ressalta-se que a amostragem foi não-probabilística, intencional e por acessibilidade por se tratar do número de estudantes encontrados em sala de aula no momento da coleta dos dados, sendo esta realizada em uma fase.

Foi solicitado aos colaboradores o preenchimento do Termo de Consentimento Esclarecido, bem como de um formulário de pesquisa elaborado pelos pesquisadores cujo objetivo era verificar a percepção dos mesmos em relação às pesquisas de clima organizacional. O questionário aplicado estava estruturado a partir de itens acerca de 04 subtemas: a) se já haviam participado em seus locais de trabalho de pesquisa de Clima Organizacional; b) se tomaram conhecimento do resultado; c) se a partir de sua observação, esta intervenção provocou mudanças; d) dentro da avaliação dele, enquanto sujeito da pesquisa de Clima Organizacional, qual foi à eficácia da mesma.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos resultados, constatou-se que, dos alunos que já participaram de pesquisa de Clima Organizacional, 90% não tomaram conhecimento dos resultados; 60 % afirmaram não terem ocorrido mudanças após a pesquisa; contudo, 42% consideraram o instrumento eficaz.

Os dados obtidos revelam-se preocupantes, uma vez que a pesquisa de Clima Organizacional é um recurso utilizado com frequência no ambiente organizacional e, como afirmado por Brescarini (2011) pode evidenciar possíveis necessidades de melhoria, bem como pontos fortes a organização, possibilitando, assim, maiores e melhores benefícios do que os sujeitos da presente pesquisa identificaram.

Tal aspecto poderia ser atribuído ao erro de manejo dos instrumentos, bem como ao pouco esclarecimento dos indivíduos e grau de comprometimento do colaborador com a empresa. Neste sentido, seria viável, como proposto por Bispo (2006), um trabalho prévio de conscientização junto aos colaboradores para, de fato, compreenderem a importância da pesquisa de Clima Organizacional como instrumento para maiores e melhores conhecimentos sobre a realidade organizacional. Além disso, como assinalado pelo autor, a necessidade de, após o levantamento de informações, planos de ações para solução de possíveis problemas e a implementação de melhorias a curto, médio e longo prazo, de modo a atender aos objetivos da pesquisa, bem como se buscar envolvimento e comprometimento por parte dos colaboradores.

Assim, após a realização e análise da pesquisa de Clima Organizacional, faz-se necessário um retorno aos colaboradores, já que os resultados obtidos sugerem que o fato de não serem dados retornos e/ou esclarecimentos após a pesquisa pode gerar desconfiança, por parte dos colaboradores, sobre os reais objetivos da aplicação de questionários referentes ao clima organizacional, podendo resultar em percepções distorcidas em relação à pesquisa, como a não eficácia da mesma ou que a mesma apresenta finalidades distintas das que se propõe.

Outro aspecto válido a ser comentado, refere-se ao fato de que 60% dos sujeitos disseram não terem acontecidos mudanças no ambiente organizacional após a pesquisa, porém, apesar deste percentual, 42% dos sujeitos consideraram o instrumento eficaz. Tal aspecto leva a questionar o grau de envolvimento e comprometimento dos colaboradores no ambiente organizacional, demonstrando a necessidade de diferentes estudos, em concordância com o proposto por Souza, Vasconcelos e Borges-Andrade (2011), relacionados às análises das percepções dos colaboradores e possíveis crenças dos mesmos em relação às características, mudanças e estratégias desenvolvidas no ambiente organizacional.

Além disto, tal aspecto leva a questionar o envolvimento e desenvolvimento do senso crítico durante a formação acadêmica, de modo a se buscar conhecimentos sobre os diferentes instrumentos aplicados no ambiente organizacional, respectivas finalidades, aplicabilidades e viabilidades, já que não se pode esquecer que os sujeitos foram alunos do curso de Administração de Empresas, o que a priori os identificariam como pessoas que estão investindo na sua formação. Portanto, pessoas que demonstram interesses nos processos, procedimentos e instrumentos empregados nas organizações e buscam analisar os usos e respectivas implicações dos mesmos.

Finalmente, considerando como proposto por Chiavenato (2010), o clima organizacional um dos elementos envolvidos na Qualidade de Vida no Trabalho, torna-se válido a implantação de políticas e práticas de Recursos Humanos objetivas, claras e eficazes, as quais poderiam impactar positivamente nas condições de trabalho e, conseqüentemente, na motivação e no desempenho dos colaboradores.

CONCLUSÃO

Conclui-se, a partir dos dados da literatura e dos resultados encontrados, a necessidade de objetividade e clareza nas propostas em relação às reais funções e/ou objetivos e/ou implicações do instrumento de medida de Clima Organizacional para não ocorrerem equívocos relacionados à interpretação do mesmo como ferramenta de avaliação do ambiente de trabalho, possivelmente, considerado um instrumento com outras finalidades, como por exemplo, como estratégia de controle, uma vez que vários estudos indicam o não conhecimento, por parte dos colaboradores, sobre objetivos, resultados e planos de ação decorrentes da realização da Pesquisa de Clima Organizacional.

Assim como sugerido por diferentes autores e verificado no estudo em questão, o ambiente organizacional apresenta-se como um “campo aberto”, o qual demanda pesquisa e estudos futuros de diferentes naturezas, considerando as diversas variáveis envolvendo colaboradores e condições de trabalho, como clima organizacional, tendo em vista maiores e melhores desempenhos individuais e organizacionais e,

consequentemente, melhor qualidade de vida e satisfação, por parte dos colaboradores e das organizações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BISPO, Carlos Alberto Ferreira. Um novo modelo de pesquisa de clima organizacional. *Prod.*, v. 16, n. 2, São Paulo, maio / ago, 2006. Disponível em www.scielo.br. Acessado em 12 de setembro de 2011.

CHIAVENATO, Idalberto. *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Coord. Marina Baird Ferreira, Margarida dos Anjos. 4 ed. Curitiba: Ed. Positivo, 2009.

GIL, António Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo : Atlas, 1988.

KNAPIK, Janete. *Gestão de pessoas e talentos*. 2 ed. Curitiba: Ibpex, 2008.

MENEZES, Igor Gomes; SAMPAIO, Leonardo Rodrigues; GOMES, Ana Cristina Passos; TEIXEIRA, Flora Silva; SANTOS, Pricila de Sousa. Escala de clima organizacional para organizações de saúde: desenvolvimento e estrutura fatorial. *Estud. psicol.*, vol. 26, n. 3, Campinas, jul / set. 2009. Disponível em www.scielo.br. Acessado em 12 de setembro de 2011.

BRESCANCINI, Ana Maria. Insatisfeito, satisfeito, motivado. Disponível em www.revista.fundap.sp.gov.br/revista2/paginas/ferramentas.htm. Acessado em setembro de 2011.

SILVA, Eliana Edington da Costa e; BASTOS, Antonio Vigilio Bittencourt. A escala de consentimento organizacional: construção e evidências de sua validade. Revista Psicologia: Organizações e Trabalho, 10, 1, jan-jun 2010, pp. 7-22.

PUENTE-PALACIOS, Katia Elisabeth; VIEIRA, Rafaella de Andrade. Desenvolvimento de uma medida de comprometimento com a equipe. Revista Psicologia: Organizações e Trabalho, 10, 1, jan-jun 2010, pp. 81-92.

SOUZA, Maíra Gabriela Santos de; VASCONCELOS, Lísian Camila; BORGES-ANDRADE, Jairo E. Pesquisa sobre mudança nas organizações: a produção brasileira em micro-comportamento organizacional. Revista Psicologia: Organizações e Trabalho, 9, 2, jul-dez 2009, pp. 32-46.

**ANÁLISE PSICOLÓGICA DE UM CASO CLÍNICO INFANTIL
NA PERSPECTIVA HUMANISTA**

**PSYCHOLOGICAL ANALYSIS OF A CHILD'S CLINICAL CASE IN A
HUMANIST PERSPECTIVE**

Aline Ribeiro da Silva

Roberta Maria Luz

Centro Universitário Padre Anchieta

Orientadora: Profa. Dra. Tatiana Hoffmann Palmieri Perches

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo a análise psicológica de um caso clínico de uma criança de quatro anos, cuja queixa dos responsáveis estava relacionada à falta de limites, intolerância, agressividade e não saber brincar. Os atendimentos foram realizados no Centro de Psicologia Aplicada de uma universidade no interior de São Paulo e foram analisados as intervenções da terapeuta e o progresso do cliente no decorrer de trinta sessões, a partir do embasamento teórico de Virginia Mae Axline e Carl Ranson Rogers, autores conceituados da psicologia humanista.

Palavras-chave: Psicoterapia Infantil; ludoterapia não-diretiva; psicologia humanista; abordagem centrada na pessoa.

ABSTRACT

This article aims at a psychological analysis of a clinical case of a four-year-old child, whose responsible ones 's claim was related to the lack of limits, intolerance, aggressive behavior and lack of ability to play. The sessions were carried out at the Applied Psychology Centre at a university in a town of the state of São Paulo. The therapist interventions and the client progress were analyzed in the course of thirty sessions. The study was theoretically based on the renowned authors of Humanist Perspective, Virginia Mae Axline Ranson and Carl Rogers, the renowned authors humanistic psychology.

Keywords: Child Psychotherapy; non-directive play therapy; humanistic psychology; person-centered-approach.

INTRODUÇÃO

Existe uma forma de psicoterapia que é destinada à criança e que a ajuda a resolver seus problemas e dificuldades. Esta psicoterapia infantil é conhecida como ludoterapia, a terapia pelo brincar, mas é um brincar diferente daquele em sua casa ou com seus amigos. É através dos brinquedos e das brincadeiras que a criança entra em contato com seus sentimentos (HOMEM, 2009).

Landreth (2002, apud HOMEM, 2009) define ludoterapia como sendo uma relação dinâmica entre a criança e um terapeuta, na qual este oferece um ambiente facilitador para a expressão e exploração de seus sentimentos, pensamentos, comportamentos e experiências através da comunicação que a criança conhece: o brincar.

Existem duas formas de Ludoterapia – uma é a diretiva, na qual o terapeuta é quem conduz a sessão, escolhe os brinquedos e os assuntos a serem abordados, e a outra é a não-diretiva, na qual o terapeuta apenas acompanha a criança em suas escolhas e é ela quem dita o que fazer durante a sessão. A ludoterapia não-diretiva foi desenvolvida por Carl Ransom Rogers (1902-1987), criador da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), cuja teoria parte do princípio de que todo ser humano tem um potencial de desenvolvimento no qual não necessita de nenhum direcionamento de suas atitudes, pois possuem uma tendência atualizante responsável na compreensão e construção de sua personalidade, baseados em suas vivências e atribuições de significados (BRANCO, 2001).

Esta tendência atualizante pode estar bloqueada e para que atue livremente é necessário um ambiente psicossocial favorável, o que pode ser concebido a partir de uma relação intersubjetiva, na qual lhe seja oferecido aceitação, acolhimento e congruência. “Se posso proporcionar uma relação, o outro descobrirá dentro de si mesmo a capacidade de utilizar aquela relação para crescer, e mudança e desenvolvimento pessoal ocorrerão” (ROGERS, 2010, p.37).

Ainda de acordo com Rogers (2010), para atingir os resultados esperados, o terapeuta não precisa de técnica e sim de atitudes, já que o enfoque está na capacidade do cliente e não apenas no conhecimento do terapeuta. Refere-se a três atitudes

necessárias e suficientes na facilitação do crescimento pessoal do cliente – autenticidade/congruência, aceitação positiva incondicional e empatia.

Por autenticidade entende-se uma postura genuína na relação terapeuta/cliente. Conceitua que “[...] é somente ao apresentar a realidade genuína que está em mim, que a outra pessoa pode procurar pela realidade em si com êxito” (ROGERS, 2010, p.38). A congruência está em ser transparente, de modo que suas palavras estejam de acordo com seus sentimentos e representações subjetivas daquela relação, no caso, a terapêutica. Já a aceitação positiva incondicional é uma aceitação afetuosa do indivíduo enquanto pessoa de valor, independente de sua condição, de suas atitudes, comportamentos e sentimentos. É a aceitação das atitudes expressas no momento, sem levar em consideração o quão negativas ou positivas elas são. Quanto à empatia, se refere ao desejo de compreender o cliente, seus sentimentos e a forma como os comunica naquele momento terapêutico. É ver a situação como o cliente a vê, é senti-la como ele a sente e conseguir comunicar essa compreensão de forma terapêutica a ele (ROGERS, 2010).

De maneira geral, Rogers (2010) conclui que se é possível criar uma relação pautada na autenticidade e transparência, com uma aceitação afetuosa e apreço pelo outro como um indivíduo único e demonstrar com uma capacidade sensível de ver seu mundo como ele os vê, então, o cliente será mais autoconfiante, compreensivo e aceitador, estando mais apto a enfrentar os problemas da vida.

Conforme apontado por Virgínia Mae Axline (1972), além das atitudes conceituadas por Rogers, para a psicoterapia infantil faz-se necessário também oito atitudes básicas do terapeuta: gostar de crianças e firmar uma estrutura calorosa e atenciosa para promover o seu autodesenvolvimento; ser apreciador e aceitador, não desejando que a criança seja diferente; ser permissivo para que ela sintase livre para explorar e expressar-se; ser sensível aos sentimentos da criança, refletindo-os para que ela desenvolva um auto-entendimento; acreditar que ela é capaz de resolver seus próprios problemas, dando-lhe a oportunidade de escolher e fazer mudanças; não dirigir as sessões e sim deixar que a criança indique o caminho; deve-se apreciar o processo terapêutico e não apressá-lo e, por último, estabelecer apenas as regras necessárias para que a criança esteja consciente de sua responsabilidade na relação.

Ainda referindo-se à Axline (1972), também é preciso estabelecer algumas regras básicas, tais como: tempo de sessão, a criança não pode quebrar nada, não pode danificar a sala de atendimento, nem bater no terapeuta ou se machucar. Tais limites são necessários para manter uma ordem na sessão e, para isso, o terapeuta precisa estar atento quanto a sua postura, para não rejeitar a criança quando ela tentar ultrapassar estes limites e quiser quebrar algum brinquedo. O terapeuta deve descrever o que ela faz, sem julgá-la ou criticá-la e, então, colocar o limite.

O presente artigo tem por objetivo a análise psicológica de um caso clínico de uma criança de quatro anos, cuja queixa dos responsáveis estava relacionada à falta de limites, intolerância, agressividade e não saber brincar. Os atendimentos foram realizados no Centro de Psicologia Aplicada de uma universidade no interior de São Paulo e foram analisados as intervenções da estagiária e o progresso do cliente no decorrer de trinta sessões, cujo embasamento teórico seguido foi de Carl Ranson Rogers e Virginia Mae Axline, autores conceituados dentro da perspectiva da psicologia humanista.

O caso clínico em questão pretende apresentar-se como referência para descrever o processo e os possíveis resultados obtidos ao se utilizar o método da ludoterapia não-diretiva. Para isso, não foi exposto nenhuma característica que identifique os envolvidos. Para uma melhor compreensão, foram construídas narrativas com os conteúdos que foram cuidados durante o processo terapêutico, como limites, regras e vivências psicológicas.

A relevância social do trabalho está na divulgação da eficácia do processo terapêutico com crianças, além de possibilitar a quebra de “tabus” no cuidado com elas. Já a relevância científica está no fortalecimento de estudos da ludoterapia não-diretiva no meio acadêmico, a fim de disponibilizar informações para possibilitar outras análises e compreensões de processos clínicos.

METODOLOGIA

A narrativa do caso clínico foi construída a partir dos relatórios de atendimento clínico de uma das autoras do presente artigo. Para não expor as pessoas envolvidas, foi

editado de forma que descaracterize os participantes, alterando nomes, características físicas, locais onde moram e frequentam. Os participantes diretos são o cliente e a estagiária.

Os dados foram descritos e depois analisados a partir da literatura estudada com compreensões e reflexões psicológicas e se referem ao período de estágio clínico que uma das autoras realizou com esta criança que, no caso, resultou em três semestres do seu curso de psicologia.

NARRATIVA

Walter Benjamin (1994), filósofo alemão, tinha como conceito central de sua filosofia a experiência e, como expressão desta, a narrativa. De acordo com Benjamin (1994, p. 205), “[...] a narrativa é uma forma artesanal de comunicação. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele.” Acredita que a narrativa é a forma de comunicação mais adequada ao ser humano, já que reflete a experiência humana.

A narrativa pode ser entendida como uma técnica fenomenológica, já que através dela, pode-se aproximar da experiência tal como é vivida pelo narrador, mantendo os valores e percepções contidos na história. O outro, por sua vez, ao ouvir a história transforma-a de acordo com sua interpretação (DUTRA, 2002).

As narrativas, nesse trabalho, foram divididas em três momentos, que evidenciam as mudanças no processo terapêutico. O primeiro momento retrata as necessidades a serem trabalhadas com o cliente e a formação de vínculo, já o segundo momento demonstra as primeiras atualizações nos significados e comportamentos da criança. E por último, no terceiro momento, está nítido o amadurecimento psicológico do cliente ao introjetar e demonstrar empatia, respeito a regras e limites.

INFORMAÇÕES GERAIS DO CASO CLÍNICO

Leonardo Couto, quatro anos, mora com os pais, avó, um irmão, três tios e um primo em uma casa de dois cômodos. Durante a semana fica em uma creche das 07:00 às 16:00 horas. As principais queixas são relacionadas à agressividade, intolerância, não

saber brincar e falta de limite do cliente. A terapeuta é estagiária do Centro de Psicologia Aplicada, onde é orientada por uma supervisora de estágios na Abordagem Humanista em supervisões em grupo.

1º Momento

Nos primeiros encontros Leonardo apresentava resistência para entrar na sala de atendimento e só o fazia depois que seu acompanhante gritava, dando-lhe bronca ou até mesmo oferecendo algo em troca, como, por exemplo, dinheiro.

Dentro da sala de atendimento, Leonardo tinha alguns comportamentos inadequados – acionava o alarme de segurança da sala, ligava e desligava o ventilador, dizendo que queria queimá-lo, acendia e apagava as luzes, mudava a disposição dos móveis, jogava as folhas de sulfite novas e usadas no lixo, desperdiçava os materiais, rabiscava a parede. Para todos estes comportamentos a estagiária sempre intervia: “Compreendo que é importante para você fazer isso, mas não pode”. Diante da insistência do cliente a estagiária respondia: “Se você insistir em burlar as regras da instituição, nós precisaremos encerrar a sessão mais cedo”, dito isso o cliente ficava quieto. A estagiária sempre reforçava que aquele espaço era para ser usado como ele quisesse e teria 50 minutos para isso, mas não poderia quebrar nada, nem desperdiçar os materiais ou se machucar.

Sempre ficavam à disposição de Leonardo alguns materiais, tais como, folhas de sulfite, lápis de cor, caneta colorida, giz de cera, cola colorida e massa de modelar. Quando chegou para a quarta sessão, Leonardo ainda apresentava um pouco de resistência para entrar na sala de atendimento, mas depois, dentro da sala, percebeu os materiais que a estagiária havia deixado em cima da mesa e perguntou se ela o esperava e diante da confirmação, Leonardo sorriu, sentou-se à mesa e começou a brincar. Neste dia o cliente propôs que a estagiária usasse uma caneta como microfone, esta aceitou a brincadeira e ambos cantaram uma canção infantil até o final da sessão. A partir daí foi possível notar uma mudança no comportamento de Leonardo, que passou a entrar espontaneamente na sala e a brincar com os materiais, sempre perguntando antes o que podia ou não fazer.

Na sétima sessão, a última deste primeiro momento, enquanto desenhava, Leonardo disse para a estagiária que o Wellington era desobediente. A estagiária perguntou quem era Wellington e o cliente respondeu que era um menino que morava perto de sua casa. Questionado sobre por que ele era desobediente, o cliente respondeu que era porque ele fazia coisas que não podia. Quando a estagiária perguntou se ele também fazia coisas que não podia, o cliente respondeu: “Eu sou o diabo, estou amarrado”. Para encerrar a sessão, a estagiária conversou com o cliente e explicou que, conforme haviam combinado, entrariam de férias e voltariam a se encontrar depois de um mês.

2º Momento

Ao retornarem das férias, enquanto caminhava rumo à sala de atendimento, o cliente perguntou por que a estagiária não apareceu para brincar com ele e esta relembrou a conversa que tiveram na última sessão, na qual explicou que ficariam um tempo sem se encontrarem.

Nesta sessão Leonardo quis brincar com a massa de modelar e perguntou se podia jogar lantejoulas em cima dela. A estagiária interveio: “Você quem sabe”. O cliente perguntou: “Por que eu tenho que saber de tudo?”. E a terapeuta reforçou que ali era um espaço onde ele poderia fazer o que quisesse.

Neste segundo momento do processo terapêutico, Leonardo passou a compartilhar algumas vivências com a estagiária – contou que tinha uma namorada chamada Paula, que sua Tia Jô o beliscava quando ele escrevia errado, que seu pai batia nele porque ele saía na rua, contou também que sua avó havia expulsado o seu pai de casa, mas que não era para contar para ninguém e, então, a estagiária disse que guardaria segredo.

Leonardo passou a dividir conteúdos com a estagiária – em uma sessão ele simulou a compra de chicletes e deu um para a estagiária, em outra sessão ele pegou todos os materiais (sulfite, lápis de cor, caneta colorida, cola) e pediu para que ela ficasse com tudo. Leonardo passou também a requerer mais a atenção, ora pedindo para que se sentasse ao seu lado, ora acariciando seus cabelos e fazendo perguntas, tais

como: “Você é mulher?”; “Você usa calcinha?” ou, até mesmo observações como: “Hoje você veio com salto, saia e cachecol”.

Na última sessão deste segundo momento, Leonardo chegou para o atendimento dizendo que a estagiária ficaria de castigo por ter feito bagunça. Quando indagado se ele também ficava de castigo quando fazia bagunça o cliente não respondeu, pegou todos os materiais que estavam em cima da mesa e jogou-os no lixo. A estagiária descreveu a situação e pontuou novamente sobre o desperdício, mas Leonardo ficou em silêncio e tentou arrancar as folhas de sulfite das mãos dela.

A estagiária, aos poucos, preparou o cliente para as férias, explicou que ficariam sem se ver por dois meses. Quando retomou este assunto na última sessão, Leonardo sentou-se no chão, virou o rosto para a parede e gritou com a estagiária para que ela parasse de falar. Ficou assim até o final da sessão.

3º Momento

Leonardo chegou contando para a estagiária sobre suas férias, disse que não tinha ido viajar, mas que havia brincado bastante em casa. Comentou também que sentiu saudades de estar ali e disse: “Não posso fazer bagunça, senão vou ficar de castigo!”. A estagiária perguntou como ele se sentia ao ficar de castigo e este respondeu: “Fico muito bravo”. Na tentativa de fazer uma reflexão com o cliente, a terapeuta lhe disse: “Se o castigo te incomoda o que pode ser feito para não acontecer mais?”, mas o cliente ficou em silêncio.

Neste momento do processo psicoterapêutico, o cliente continuava chamando a estagiária para se sentar ao seu lado e emprestava seus brinquedos para ela brincar também. Em certa sessão, o cliente bagunçou bastante a sala e, antes de ir embora, perguntou se a estagiária conseguiria arrumar toda aquela bagunça, demonstrando se importar com ela. Leonardo não apresentou mais resistência para entrar na sala, apenas uma vez, quando ele encontrou a estagiária no corredor, foi abraçá-la e gritou: “Tia, vamos entrar!” e a estagiária disse que ainda não estava no horário, mas que dali a pouco iria buscá-lo e, quando o fez, Leonardo não quis entrar. Nesta ocasião a estagiária interagiu com o cliente: “Hoje você não trouxe seu carrinho vermelho? Na

brinquedoteca tem mais carrinhos que você pode escolher”. Diante disso, o cliente aceitou acompanhá-la até a sala de atendimento.

Em seus desenhos, Leonardo passou a trazer conteúdos da escola, por exemplo, em uma sessão desenhou algumas nuvens e contou que elas serviam para colocar o nome de quem fazia bagunça, que a sua professora já havia colocado o nome dele e que ficava triste quando isso acontecia. A estagiária interagiu perguntando se havia alguma maneira para que o nome dele não fosse colocado na nuvem e ele respondeu: “Sim, é só ficar quieto”. Propondo uma reflexão a estagiária disse: “Então você tem escolhas? Para a professora não colocar o seu nome na nuvem é preciso ficar quieto? E se fizer bagunça vai ficar triste, pois a professora incluirá o seu nome na nuvem?”. Compreendendo a reflexão, o cliente disse: “Sim”.

Histórias estiveram presentes neste momento da terapia. Leonardo passou a escolher alguns livros na brinquedoteca e sempre contava histórias que se resumiam em um menino que era bagunceiro, mas que agora estava “bonzinho”. Em algumas histórias ele usava personagens, como fez em uma sessão que pegou um livro e começou a contar: “Era uma vez um cachorro que ficou bonzinho.” A fim de incentivar o cliente a continuar a história, a estagiária pediu para que ele falasse mais sobre o cachorro e, então, o cliente continuou: “Ele era vira-lata”. Então, a estagiária perguntou: “Antes de ser bonzinho, o que o cachorro era?”, e o cliente respondeu: “Bagunceiro”.

Leonardo passou a demonstrar que conhecia as regras, então, sempre que pegava o guache para desenhar ele dizia: “Não pode colocar tinta na boca, porque fica doente e tem que tomar injeção”, ou, em outras situações: “Não pode bater a ponta da canetinha na lousa, senão estraga e as outras crianças e eu ficamos sem”; “Não pode desenhar no livro porque estraga e não posso usar depois”. Em uma sessão, na qual a estagiária havia se esquecido de pegar os materiais para desenhar, pediu para que enquanto ela fosse buscar, Leonardo ficasse sentado lendo uma história e este o fez, quando ela retornou para a sala encontrou o cliente sentado contando a história em voz alta.

Em determinada sessão, Leonardo jogou todo o guache no lixo e argumentou: “Vou fazer isso para que as outras crianças não brinquem mais com você”. A estagiária interveio: “Então, o Leonardo não quer que outras crianças brinquem comigo? Você não

quer me dividir com ninguém, acha que vai sobrar menos atenção para você se eu brincar com outras crianças?”. Leonardo ficou em silêncio.

Na última sessão, Leonardo subiu no sofá da recepção e fez sinais para a estagiária ir buscá-lo. Logo que entraram na sala de atendimento, o cliente sentou-se no sofá e disse que ia ler uma história. A estagiária propôs fazer uma coisa diferente e sugeriu que enquanto um contava a história, o outro ficaria escutando e vice-versa. O cliente aceitou a sugestão e disse que ia começar, pegou um livro e, como de costume, para cada página ele contava uma história diferente e a estagiária deitou no sofá para escutá-lo. Assim que terminou de ler, eles trocaram de lugar.

A estagiária começou a história: “Era uma vez um menino que fazia bagunça e brigava em casa e na escola. A sua mãe, preocupada, resolveu levá-lo em um lugar especial, para que brincasse com uma pessoa. Esta pessoa se chamava Roberta...”. De repente, o cliente começou a rir e disse para a estagiária: “Você também se chama Roberta”. E a estagiária continuou: – “Que coincidência, não é? Voltando à história, a Roberta começou a acompanhar o menino, compreendeu o que ele queria, seus sentimentos, propôs regras do que podia ou não fazer e aceitou ele como realmente era”. O cliente interrompeu a história, desceu do sofá e a estagiária lhe disse: “Leonardo, está difícil ficar quieto e escutar a história? Combinamos que seria uma troca, então, para eu terminar de contar a minha história, preciso que você preste atenção ou você não quer mais continuar esta brincadeira?”. O cliente deu risada, voltou a se sentar no sofá e a estagiária continuou a história: “No início o menino fazia bastante bagunça, acionava o alarme, xingava, quebrava os brinquedos e não conseguia brincar, mas o tempo passou e esse menino mudou completamente estas atitudes. Agora ele sabe brincar, conversar, fazer desenhos e as pessoas começaram a se aproximar dele, achando-o bonito, simpático e muito esperto. Daí todos viveram felizes para sempre. Qual o nome que podemos colocar neste menino?”. Foi quando o cliente respondeu: – “Ah, pode ser Leonardo”.

Com a intenção de aprofundar a apreensão e a compreensão do cliente, a estagiária perguntou: “Por que pode ser Leonardo?”. Ele respondeu: “Por que o Leonardo fazia bagunça e agora diminuiu”; continuando, a estagiária disse: “Entendi, então, esse menino pode se chamar Leonardo”.

COMPREENSÃO PSICOLÓGICA DO PROCESSO

De acordo com Axline (1972), a ludoterapia não-diretiva é um método muito eficaz nos atendimentos clínicos infantis, no qual o brincar facilita a auto-expressão dos sentimentos da criança e a libertação dos problemas acumulados por insegurança, agressividade, medo, confusão e frustração. Quando esses sentimentos são aliviados, a criança se conscientiza, esclarece-os, enfrenta-os, aprende a controlá-los ou simplesmente os esquece, e com o tempo atinge uma estabilidade emocional a ponto de perceber o seu potencial de capacitações, pensa e toma decisões por si mesma, amadurece psicologicamente e, por fim, torna-se pessoa.

Na concepção de Rogers (2010), todo indivíduo procura, em algum momento de sua vida, se tornar ele mesmo. O processo de tornar-se pessoa, no ambiente terapêutico, ocorre se o psicólogo compreender a maneira como o cliente sente o seu mundo interior, aceitá-lo como é, criar uma atmosfera de liberdade que proporcione espaço para ele se mover, pensar, sentir e ser em qualquer direção que desejar e, assim, começar a derrubar as falsas frentes, máscaras, ou papéis que usara no passado para atender as exigências dos outros.

Durante as trinta sessões com Leonardo, a estagiária deixou o cliente à vontade para aproveitar o espaço da forma que quisesse. Era o cliente quem conduzia a sessão e escolhia o que fazer e do que brincar, apenas respeitava as regras básicas para não se machucar, nem machucar a terapeuta. De acordo com Axline (1995, p.87), “[...] o valor terapêutico deste tipo de ajuda psicológica é baseado na experiência da própria criança, como um ser capaz, como uma pessoa responsável [...]”.

Ainda de acordo com Axline (1972), ao tomar consciência do papel que pode desempenhar em sua própria vida e aceitar a responsabilidade que advém dela, o indivíduo está capacitado a fazer suas escolhas com mais confiança. Quanto mais permissiva e aceitadora a estagiária era, mais Leonardo se revelava e se descobria.

No começo, Leonardo não sabia utilizar o espaço. Tinha resistência para entrar na sala, pouco interagia com os brinquedos e com a estagiária, apresentava comportamentos inadequados – acionava o alarme de segurança da sala, desperdiçava os materiais, ligava e desligava o ventilador, acendia e apagava a luz. Diante de tais atitudes, a estagiária descrevia seu comportamento e dizia para Leonardo parar quando

corria risco de se machucar ou quebrar algo de propósito – limites já combinados no início do processo.

Seguindo os apontamentos de Axline (1995), a estagiária buscou comunicar-lhe compreensão e reconhecimento de sua exteriorização referencial, com o intuito de fazer com que o cliente tivesse a iniciativa para fazer o que quisesse naquele setting. Aos poucos, Leonardo descobriu as possibilidades que havia naquele espaço e começou a usufruí-lo melhor, então, não mais apresentou resistência para entrar na sala e, dentro dela, brincava com todos os brinquedos, interagia com a estagiária e compartilhava conteúdos do seu dia-a-dia.

O cliente tinha o ideal de autoconceito de uma criança “boazinha” e obediente, mas, na verdade, era uma criança desobediente, que não sabia brincar e respeitar as regras. A diferença entre o que ele realmente era e o que gostaria de ser, de acordo com a teoria de Rogers, é o que gera insatisfação, desconforto e incongruência. O Self Ideal é um conjunto de características que o indivíduo gostaria de ter, e o Self Real é um contínuo processo de reconhecimento, ou seja, é a percepção que uma pessoa tem de si, baseada em experiências passadas, estimulações presentes e expectativas futuras (FADIMAN & FRAGER, 1986).

Na ludoterapia centrada na criança a comunicação entre terapeuta e cliente difere do processo com adulto. Na ludoterapia a comunicação pode ocorrer de duas formas: a forma verbal e a não verbal. A forma verbal é utilizada por meio de devoluções para clarear e facilitar a apreensão da experiência da criança e, para isso, é comum a utilização do reflexo simples, ou reiteração, que se baseia em um breve resumo do que foi expresso verbalmente pelo cliente. O terapeuta assinala um elemento significativo ou repete as últimas palavras da criança para facilitar a continuidade da comunicação. Outra forma é a não-verbal, que consiste em olhares, expressões faciais, postura corporal, gestos e silêncio (ROGERS & KINGET, 1975).

Há outras duas formas de intervenções verbais: o reflexo de sentimento, que é a intervenção na qual o terapeuta comunica ao cliente os sentimentos presentes naquele momento da relação. E existe ainda a elucidação, que visa tornar evidentes sentimentos e atitudes que não são propriamente ditos pelo cliente, mas que se refere a experiências que o cliente ainda não integrou ao seu auto-conceito. Estas duas intervenções são

usadas ocasionalmente com crianças, porém são mais apropriadas seu uso no processo psicoterápico com adultos (ROGERS & KINGET, 1975).

Na sessão em que Leonardo comentou sobre a professora colocar o nome das crianças que fazem bagunça em uma nuvem e que lhe causava incomodo ver seu nome exposto, a estagiária interveio no sentido de aprofundar o processo destes eventos que ocorriam com frequência em sua vida e não apenas no final da história, como era o relato de Leonardo. Assim possibilitou um espaço propício à realização de escolhas e o cliente refletiu sobre esta situação e concluiu que para não se repetir mais, “bastava ficar quieto na aula”, como ele mesmo finalizou sorrindo.

Na sessão descrita em que Leonardo jogou todo o guache no lixo e argumentou que havia feito isso para que as outras crianças não brincassem com a estagiária, segundo Axline (1972), é importante que a terapeuta esteja sempre alerta para identificar os sentimentos que a criança expressa e refleti-los para ela de tal forma que adquira conhecimento sobre seu comportamento, assim como fez nessa ocasião e na que o cliente disse que ficava triste quando a professora colocava o seu nome na nuvem e a estagiária acompanhou o seus sentimentos, descreveu-os e abriu a possibilidade de haver outras escolhas e modos de atuar que poderiam deixá-lo feliz, assim a estagiária favoreceu à criança uma reflexão de suas atitudes.

Conforme narrado no decorrer das sessões, mesmo ao querer burlar algumas regras, Leonardo passou a respeitá-las mais, introjetou valores de certo e errado, a ponto de dizer a estagiária o que podia ou não fazer, ou seja, ele mesmo ditava as regras – como quando ele disse que não podia colocar tinta na boca porque ficava doente e teria que tomar injeção, ou, então, quando disse que não podia bater a ponta da caneta na lousa porque estragava e as outras crianças e ele ficariam sem. Também passou a demonstrar afeto pela terapeuta – acariciava seu rosto e cabelo, sentava em seu colo, perguntava se estava certa a forma como brincava, enfim, passou a querer agradar a terapeuta, o que foi compreendido como uma capacidade de perceber o outro, que no início era restrita, já que quase machucou várias vezes a estagiária durante o brincar, por exemplo, quando brincavam de fantoche e ao dar um beijo com o boneco na estagiária era forte e brusco o movimento, então, a estagiária interveio: “Esse beijo doeu, era para doer?” E Leonardo respondia que não. Aos pouco sua capacidade de empatia ampliou.

Em uma das sessões, o cliente pergunta para a terapeuta se podia colocar a massa de modelar na lantejoulas e ela responde: “Você quem decide”, deste modo, a terapeuta permite que o cliente fique no comando da situação e de si mesmo. Quando o cliente diz: “Por que eu tenho que saber de tudo?”, faz parte do processo de estranhamento. De acordo com Axline (1972,), é comum a criança demonstrar certo espanto, ficar curiosa ou até mesmo desconfiada, pois durante toda a sua vida sempre recebeu ordens, restrições, desaprovações, críticas e instruções dos adultos e, de repente, se depara com uma pessoa que permite que seja ela mesma e que aja como quiser, sem julgá-la, sem restringi-la, alguém que se interessa por ela da forma como realmente é.

Na ocasião em que o cliente queria entrar para a sala antes do horário e a terapeuta pediu para que ele aguardasse um pouco e, depois, quando ela foi chamá-lo ele se recusou a entrar, pode-se compreender que seu self introjetou os limites como sendo uma rejeição, evidenciando sua baixa tolerância à frustração, como a família enfatizava. Porém não foi duradouro esse sentimento, Leonardo mostrou ter adquirido recursos psicológicos durante o processo ao aceitar a sugestão da terapeuta para brincar com outros brinquedos.

Com relação ao espaço terapêutico, Axline (1972), orienta que os materiais devem ser guardados em lugares à vista e de fácil acesso às crianças, de modo que elas possam ter a liberdade para optar por aqueles que desejam. Isso, conforme a experiência da autora propicia mais resultados positivos para o processo da criança, ao invés de oferecer uma quantidade de material limitado. Nos atendimentos com Leonardo não foi possível ter este lugar à disposição, para que ele pudesse ter os brinquedos em mãos sempre que quisesse, porém, era disponibilizada uma brinquedoteca, onde podia escolher até três brinquedos em cada sessão. O que não comprometeu o processo, evidenciando a tendência atualizante, que nesse caso foi expressa pela criatividade e capacidade de se beneficiar do espaço terapêutico como este se apresentava.

A tendência atualizante é uma capacidade inata, que existe em todo ser humano, de atualizar o seu potencial de crescimento envolvendo todas as funções do organismo. O ser humano tem capacidade de compreender-se e de fazer escolhas construtivas na vida. Esta tendência é individual e constante, atuando tanto em condições favoráveis quanto desfavoráveis, mas neste último caso ela pode ser distorcida e, caso isso ocorra,

se o terapeuta tiver as três atitudes, já apontadas anteriormente, durante o processo psicoterápico, poderá ocorrer o desbloqueio desta atualização e, conseqüentemente, ocorrerá atualização do self.

CONCLUSÃO

Este artigo é fruto de um Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvido por duas alunas do quinto ano de Psicologia e teve como objetivo desenvolver uma interlocução entre a prática e a teoria da ludoterapia segundo a Abordagem Centrada na Pessoa. Entende-se que foi um processo clínico com bons resultados e que se mostrou promissor para o cliente, pois a criança ampliou o seu self, que antes se mostrava rígido e com distorções da percepção de si e do mundo; desenvolveu afeto e empatia, introjetou regras e limites a partir dos próprios recursos e, principalmente, aprendeu a brincar, elemento necessário para a saúde psicológica de qualquer criança. Foi um processo em que a autonomia e a crença no poder da relação imperaram, pois se permitiu que intersubjetividade e a espontaneidade fossem norteadores do processo terapêutico, e não técnicas ou objetivos pré-estabelecidos.

REFERÊNCIAS

AXLINE, Virginia Mae (1947); *Ludoterapia: a dinâmica interior da criança*. Tradução Ângela Maria Valadares Machado Coelho. Belo Horizonte: Interlivros, 1972. 382 p.

_____ (1964); *Dibs em busca de si mesmo*. Tradução Celia Soares Linhares. 19ª ed. Rio de Janeiro: Agir, 1995. 290 p.

BENJAMIN, Walter (1994); *Obras escolhidas. Magia e técnica, arte e política*. Tradução Sergio Paulo Rouanet. 7ª ed. São Paulo: Brasiliense. 256 p.

BRANCO, Taciane Marques Castelo; *Histórias Infantis na Ludoterapia Centrada na Criança*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia, PUC-Campinas, 220 p., 2001. Disponível em: <

http://gruposerbh.com.br/textos/dissertacoes_mestrado/dissertacao05.pdf >. Acesso em: 02 set. 2011

DUTRA, Elza; *A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica*. Estudos de Psicologia, Natal, vol. 7, n. 2, p. 371-378, jul/02. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n2/a18v07n2.pdf> >. Acesso em: 07 set. 2011

FADIMAN, James; FRAGER, Robert (1986); *Teorias da Personalidade*. Tradução Camila Pedral Sampaio, Sybil Safdié. São Paulo: Harbra, 1976. 393 p.

HOMEM, Catarina; *A ludoterapia e a importância do brincar: reflexões de uma educadora de infância*. Cadernos de educação de infância, n. 88, p.4, dez/09. Disponível em: < http://www.apei.pt/upload/ficheiros/edicoes/CEI_88_Artigo2.pdf >. Acesso em: 21 set. 2011

ROGERS, Carl Ransom (1961) *Tornar-se Pessoa*. Tradução Manuel José do Carmo Ferreira e Alvamar Lamparelli. 6ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010. 489 p.

ROGERS, Carl Ransom; KINGET, Godelieve Marian. *Psicoterapia e Relações Humanas: teoria da terapia não-diretiva*. Tradução Maria Luiza Bizzoto. Belo Horizonte: Interlivros, 1975. 274 p.

PSICANÁLISE E PSICOTERAPIA

PSYCHOANALYSIS AND PSYCHOTHERAPY

Daisy Maria Ramos Lino*

TRIEP – Trabalhos de Investigação e Estudos em Psicanálise

Patrícia Merli Macieira Matalani**

TRIEP – Trabalhos de Investigação e Estudos em Psicanálise

RESUMO

O presente artigo apresenta fundamentação aos argumentos de antagonismo entre a psicanálise e a psicoterapia, principalmente as chamadas psicoterapias de base ou inspiração psicanalítica. Recordam-se as opiniões de Freud sobre a cientificidade da Psicanálise.

Palavras-chave: Psicanálise, Psicoterapia, Transferência.

ABSTRACT

This article presents reasons for the arguments of antagonism between psychoanalysis and psychotherapy, especially the so-called basic psychotherapy or psychoanalytic inspiration. We recall Freud's opinion on the scientific status of psychoanalysis.

Keywords: Psychoanalysis, Psychotherapy, Transference.

Ao vincularmos por meio de um “e” os termos *Psicanálise* e *Psicoterapia*, em nosso título, pretendemos dar lugar às questões sobre o antagonismo entre elas: ou se faz psicanálise, ou se faz psicoterapia? Entre ambas vigora ou não uma relação? Se sim, qual?

Os tratamentos psíquicos, de modo geral são nomeados psicoterapias. Cria-se, assim, uma confusão decorrente e muitas vezes recorrente. A Psicanálise é uma espécie de psicoterapia? A Psicanálise não faz parte da Psicologia. Como o seu objeto, os seus objetivos, métodos de trabalho e pressupostos teóricos são diferentes, o “e” do título suscita enganos e sabemos que, também, insinua um parentesco duvidoso.

Procuraremos fundamentar algumas destas questões a seguir, esperando contribuir ao esclarecimento do tema proposto.

Se entendermos a Psicanálise como “um método psicoterápico” e um “conjunto de teorias psicológicas” (1) (LAPLANCHE e PONTALIS, 2001, p.495) poderão nos perguntar o porquê se produz discussão confrontando a psicanálise à psicoterapia e à própria psicologia.

Freud em seu artigo de 1904, “*O método psicanalítico de Freud*” (2), focaliza o problema da psicoterapia e, como faz em outros textos da época, afirma que a psicanálise é uma psicoterapia.

Contudo quando ele se referia à psicoterapia era para contrastá-la aos “meios curativos físico-químicos” existentes na época e, neste aspecto definia psicoterapia como “tratamento que se inicia na mente, o tratamento – seja de distúrbios mentais ou físicos – por medidas que atuam em primeiro lugar e imediatamente sobre a mente humana”. (3) (FREUD, 1969, p.297)

Seu objetivo pioneiro foi diferenciar o trabalho que ele realizava das outras psicoterapias racionais e sugestivas vigentes nesse período. O termo psicanálise usado no texto “*Hereditariedade e Etiologia das Neuroses*” (4) (FREUD, 1969, p.174) procurava expressar essa diferença perseguindo a gênese dos sintomas até suas origens em traumas cada vez mais precoces.

Todo conhecimento adquirido através da prática, estudos, observação e experimentação na Psicanálise se constituiu pelo reconhecimento inquestionável da presença de conflitos no psiquismo. A presença do conflito apontou para a existência de lutas internas entre partes opostas constitutivas do aparelho psíquico. Essas lutas apresentam-se como dor e sofrimento nos indivíduos.

As inquietudes e hesitações humanas foram compreendidas por Freud como decorrências da divisão estrutural do psiquismo em diversos sistemas, com funcionamento regido por um conflito permanente entre forças opostas.

A originalidade freudiana foi demonstrar de que modo o conflito psíquico assentava-se em parte no inconsciente, que se mantinha oculto ao registro psíquico do eu e do consciente – a outra parte do conflito.

A Psicanálise tem como objeto de estudo o inconsciente e apresenta-o como um sistema com ordem e lógica próprios, possuindo íntima relação com a constituição da subjetividade. O inconsciente freudiano é absolutamente diferente em relação à psicologia da consciência, não é o que temos de mais profundo, não é anárquico ou caótico. Não é aquilo que se encontra “abaixo” do consciente.

Freud declara enfaticamente que não há nada de arbitrário nos acontecimentos psíquicos, todos são determinados e daí possibilita a idéia de que há outra ordem que se anuncia onde à ordem consciente desconhece, não compreende, não há lógica racional. Queremos dizer, o inconsciente é uma estrutura psíquica diferente do consciente topográfica e formalmente, porém igualmente inteligível. Ele é uma forma de articulação com leis próprias e o que o define não são seus conteúdos, mas o modo como opera impondo a esses conteúdos uma determinada configuração.

Inconsciente e consciente se formam por efeito de um mesmo ato e não o segundo como uma alteração natural do primeiro. O inconsciente é constituído, sobretudo de representações imagéticas e apesar de ser concebido como um “lugar psíquico” não significa um lugar anatômico ou corporificável.

A concepção freudiana do inconsciente se desenvolveu sob os pontos de vista tópico, dinâmico e econômico e com a preocupação de Freud em deixar bem claro a diferença tópica entre os dois sistemas psíquicos – inconsciente e consciente. Essa preocupação advinha da necessidade de situar a Psicanálise fora da problemática da consciência e da Psicologia. Com isso, também, não deixar dúvidas a respeito das diferenças entre as duas ciências – Psicanálise e Psicologia - que possuem objetos de estudos distintos e a marca diferenciadora é o conceito de inconsciente.

O inconsciente possui natureza inesgotável, revelando-se através de seus efeitos: nos sintomas, atos falhos, chistes, sonhos, em várias possibilidades de formações. A

regra fundamental do tratamento psicanalítico é a associação livre, dizer o quê vier como vier. Deixar falar para que apareça o não dito, o indizível, ou o irrepresentável, e assim irrompam para que mudando de rumo tornem-se, talvez, abordáveis. O falar na situação analítica não é como as falas do cotidiano que lançam mão apenas dos recursos de linguagem. No tratamento analítico existe uma complexa variedade de comunicação, pois por meio do enquadre analítico se instaura as condições favoráveis ao trabalho do inconsciente e de sua linguagem – que não se restringe exclusivamente à linguagem verbal ou a da lingüística.

A prática clínica psicanalítica se dá no campo da “cura pela palavra”, uma prática de descoberta não redutível a uma psicologização do acontecimento psíquico ou a uma explicação do funcionamento mental. Uma prática que busca ajudar o sujeito a rever e reposicionar suas teorizações, suas crenças, a respeito da verdade sobre os fatos concernentes à realidade interna ou externa.

A Psicanálise visa em sua prática clínica permitir que o indivíduo funcione da melhor maneira possível com relação às suas possibilidades e com seus próprios meios. Não reduz o funcionamento psíquico a um modelo ideal, mas busca transformar um sofrimento psíquico em uma miséria comum.

Procurando desconstruir significados, deixando ao paciente o trabalho de reconstrução em torno de sua verdade, desenvolvem-se, assim, a escuta de uma complexa variedade de comunicação do paciente. Temos duas vertentes: linguagem (discurso + pensamento) e transferência que delimitam o campo da prática psicanalítica.

A transferência – fenômeno através do qual os pacientes mostram intensos sentimentos dirigidos ao analista – foi descoberta como resistência e se tornou o instrumento fundamental da terapêutica psicanalítica. Reviver na transferência o material psíquico infantil torna-o trabalhável porque é ele, no conjunto dos afetos ternos e hostis, que se apresenta no investimento afetivo do vínculo analisando - analista.

Os trabalhos técnicos de Freud pretendiam o desenvolvimento de uma postura ética e de um enquadre possíveis ao aparecimento das revivências transferenciais. O contexto em que se desenvolve o tratamento facilita uma visão mais adequada da neurose clínica e permite, assim, acesso à neurose infantil.

O paciente transfere necessariamente para outras figuras aspectos e sentimentos primitivos da relação com os pais. Trabalhar com a transferência no processo analítico propicia a vantagem, através de uma visão microscópica dessas manifestações, de facilitar ao analista melhores condições para interpretá-las. As atitudes do analista como a suspensão de um juízo moral ante o que diz ou faz o analisando, a resposta abstinente aos ataques ou seduções do paciente constitui ocasião para que se ampliem os aspectos transferenciais na análise. A isso se deve acrescentar o vigor de uma temporalidade original onde o passado, presente e futuro podem misturar-se sem preconceito com respeito ao mundo fantasmático do paciente.

Entendemos que faz parte do dever ético do analista não confundir o seu conhecimento – no sentido de acúmulo de conhecimentos da consciência - com o saber/não saber inconsciente do paciente, que por efeito da transferência é atribuído ao analista. O que especifica a posição do analista no que se refere à sua prática é não se deixar capturar por este efeito transferencial - lugar do suposto saber, mas sim entendê-lo como uma ilusão necessária para o processo que está se empreendendo.

O psicanalista não se envolve em um projeto de eliminação de sintomas, como também não vai orientar o analisando em sua vida. Suporta a demanda sem atendê-la, e só atende a demanda de análise. A questão ética para a prática psicanalítica assenta-se no valor de verdade do sujeito e não no valor pragmático de eficácia.

Na prática, nem sempre a potencialidade deste contexto é exercida de modo adequado. Em “O Ego e o Id” (5) (FREUD, 1969, p. 66), em nota de rodapé encontramos:

Talvez ele (o paciente) possa depender também de a personalidade do analista permitir ao paciente colocá-lo no lugar de seu ideal do ego, e isto envolve, para o analista, a tentação de desempenhar o papel de profeta, salvador e redentor do paciente. Visto que as regras da análise são diametralmente opostas a que o médico faça uso de sua personalidade de tal maneira, deve-se honestamente confessar que temos aqui outra limitação à eficácia da análise; afinal de contas, esta não se dispõe a tornar impossíveis as reações patológicas, mas a dar ao ego do paciente liberdade para decidir por um meio ou por outro.

A posição que deve ter o psicanalista dentro do contexto do tratamento é, e deve ser sempre discutida. O analista não pode aparecer como figura “real” exatamente para permitir que o paciente se aproxime de sua própria realidade psíquica e assim não se deixar modelar pelo “real”, suposto ideal, do analista. Quando o analista é uma figura “real”, queremos dizer, alguém que mostra as próprias posições, resulta, necessariamente, em dominação e alienação. Precisando ser como o analista, ou contrário a ele, o paciente não pode “chegar a ser o que é”. Isto é, continuaré aprisionado em sua neurose infantil, presa de sua infância onde acreditou que seu ser, sua existência, seria encontrada na imagem e semelhança de um outro idealizado. A única característica fundamental a ser mostrada pelo analista é uma atitude de respeito e verdadeiro interesse, que não significa apoio ou condenação, pelas posições do analisando.

Quem procura uma análise possui um sofrimento, um sintoma que é aquilo que molesta, incomoda, provoca desprazer e dor. O sintoma é sinal de que algo não está funcionando, mas não é só patológico, não é apenas fonte de sofrimento: pode ser também, uma tentativa de saída para a saúde que garanta certa ordem no sujeito. Freud entende que os sintomas neuróticos não ocorrem por acaso, têm uma causa, são determinados e suas raízes estão na história do sujeito.

Aquele que vem consultar um psicanalista está motivado por um sofrimento, um sintoma e possui uma teoria, uma explicação a respeito do que lhe acontece. Ele tem crenças construídas, e arduamente construídas, ao longo de toda sua vida. A necessidade de crer, de fazer explicações, teorias, acompanha todo sujeito e funciona como uma defesa, um modo de pensar as coisas para encontrar saídas diante do enigmático da vida, das dores do viver, das decepções e tarefas insolúveis. Por isso, seus sintomas lhe são extremamente caros no sentido de “queridos”, pois foram laboriosamente produzidos e articulados com o que dispunha de melhor em seu psiquismo.

Freud na sua segunda tópica, em 1923, explica a organização e funcionamento do aparelho psíquico dividido em três instâncias: id (isso), ego (eu) e superego (supereu).

O Ego, instância psíquica, não é definido como o conjunto do indivíduo, nem mesmo o conjunto do psiquismo: é apenas uma parte. Ele tem sobre si, desde seu

surgimento no psiquismo, o trabalho constante e ininterrupto de pensar seu corpo e seu estado desejanste. Está permanentemente encarregado de mediar às exigências das outras instâncias – id e superego – e as exigências da realidade. Para o Ego o mundo ou as outras partes do psiquismo (Id – pólo de excitações da libido e o Superego – sistema de interdições) só terá existência psíquica se se tornam pensáveis. Quer dizer, se faz ligações das representações de coisa com as de palavra. Para isso, ele investe duramente, insistentemente nessas religações para tornar pensável o que lhe chega pelo exterior (mundo externo) e pelo interior (do psiquismo). O Ego não consegue sentir uma emoção sem descobrir e nomear a causa, sem fazer uma teoria para dar ao que sentiu um destino, um caminho.

O Ego investe nas ligações para transformar o que esta em estado bruto – uma sensação, uma excitação, uma percepção – em algo mais possível de ser “mentalizado”, pensado. Todo esse trabalho do Ego é importante para o psiquismo, para o escoamento das intensidades de excitações, para transformar o desejo. Caso contrário, a ameaça seria a de instalar-se um estado insuportável de excesso para o aparelho psíquico.

Os pensamentos resultantes da atividade do Ego não são respostas definitivas e exatas para o sujeito chegar à compreensão de si e do mundo. Sofremos porque temos que suportar a incerteza, os enigmas, o que não há quem, nem o quê responda.

Como não se toma, em uma análise, o sintoma objetivamente a ser tratado ou eliminado, o paciente na medida em que fala, reconhece seu inconsciente trazido à luz no processo analítico pelo discurso, pensamentos ou palavras que o surpreendem com uma nova possibilidade de teorização. Reconhecendo em si mesmo um conflito, colocando-se uma questão sobre o que lhe causa sofrimento, desconfia que seja sobre o quê causa o sintoma que deve se interrogar.

Sendo assim, dirigindo-se a um sujeito em sofrimento o tratamento proposto pela Psicanálise não será de orientar, aconselhar e muito menos de dizer o quê deve fazer com a sua vida. Não se trata de positivar todo pensamento. Não se trata de apelar ao bom senso e as obviedades das ações. Por quê? Porque o Ego do paciente já trabalhou bastante antes de chegar a consultar um psicanalista. Já se iludiu com várias construções psíquicas, com várias teorias sobre o seu sofrer, se recriminou, vitimizou, se puniu e tem dificuldades nos seus relacionamentos com o mundo. O paciente não está

do jeito que está porque não pensou, não pensou direito ou faltaram idéias. Está assim porque repete a mesma forma de pensar, e essas repetições produziram uma ruptura no ponto de equilíbrio de sua vida.

No estado exaurido que o Ego do neurótico vai ao encontro do analista é de se esperar que peça que este faça algo com seu sofrimento. Vai atrás de um saber, uma resposta para ter mais poder sobre os afetos. E assim, poder de uma vez por todas não sofrer, não ter nenhum conflito entre seus pensamentos e as experiências, imaginando que a saída, depois de tanta luta, será pensar completo, sem falta. Espera que a análise funcione como um medicamento, após consumi-lo os sintomas e desconfortos deve desaparecer.

Em 1905, no “Fragmento da Análise de um caso de Histeria” (6) (FREUD, 1969, p.102) Freud descreve um fragmento de um encontro analítico, tal como relata no trecho seguinte:

Ela (Dora) deu início à terceira sessão com as seguintes palavras:

- Sabe que está é a última vez que venho aqui?
- Como posso saber, se você nada disse?
- Pois é. Decidi continuar até o Ano Novo. Não esperarei mais do que isso para me curar.
- Você sabe que tem a liberdade para interromper o tratamento quando quiser. Mas hoje continuaremos com nosso trabalho.

E mais adiante acrescenta (6) (FREUD, 1969, p. 106):

Poderia ter conservado a jovem em tratamento, se eu próprio desempenhasse um papel, se exagerasse a importância que sua permanência tinha para mim, mostrando um sincero interesse pessoal por ela. A despeito de todo o interesse teórico e das tentativas de ajudar, como médico sustento o fato de que deve haver limites para o emprego da influência psicológica, e respeito, como um destes limites, a própria vontade do paciente e sua compreensão.

Este recorte de um caso clínico de Freud nos faz chegar ao essencial do que faz a

Psicanálise, especificamente. A Psicanálise revolucionou ao criar um fazer que não se apóia na pura influência direta do profissional buscado para solucionar entraves psíquicos, e ao legitimar ao paciente um saber que lhe é, à princípio, desconhecido por encontrar-se recalado, mas entendendo-o como fonte de seus problemas e também de suas resoluções.

Para a proposta de cura da Psicanálise é necessário que o paciente deseje fazer algum tipo de transformação em si mesmo (não simplesmente “nos outros ou pelos outros”) para que o tratamento psicanalítico possa acontecer: o desejo é fundamental.

É fundamental que uma parte do sujeito deseje parar de sofrer com seus sintomas, mas que saiba que é um trabalho que vai exigir uma posição ativa, uma responsabilidade perante seus atos e seus desejos.

O que caracteriza, em resumo, a Psicanálise como prática clínica?

Pensemos nesta afirmação: a Psicanálise possui um método clínico, que Freud caracterizou por quatro elementos: o inconsciente, a interpretação, a resistência e a transferência. Estes quatro elementos são essenciais para que um trabalho clínico possa ser chamado legitimamente Psicanálise. O encontro analítico é diferente dos outros encontros humanos na medida em que, processando-se dentro de uma técnica, não é natural, nem corriqueiro.

Em Psicanálise o papel do analista é facilitar o aparecimento da verdade subjetiva daquele sujeito em tratamento. A análise bem conduzida é fator inevitável de transformação.

Com tudo o que abordamos até aqui verificamos que é considerável a responsabilidade de ser analista. A análise pessoal, um dos pontos do imprescindível tripé da formação do psicanalista, deve ter dado ao analista consciência mais ampla da necessidade de aceitação da sua impotência, da quebra de seu narcisismo, de modo a transformá-lo em receptor capaz de interagir adequadamente ao material transferencial do paciente e, através da interpretação, acompanhá-lo nas melhores condições de promover o insight.

Se a posição em que o psicanalista se coloca é a da escuta de uma subjetividade, ela o coloca quase sempre no limbo onde as palavras, os suspiros, os ritmos fazem uma

dança diferente do que seu enunciado poderia pressupor. Este encontro entre duas pessoas, que é a análise, é regulado por um funcionamento diferente de uma e de outra.

Para o analista, espera-se que funcione em atenção flutuante, ou seja, um estado receptivo de “devaneio” atento, para ouvir o analisando, abstenendo-se de responder no manifesto das solicitações explícitas ou implícitas.

A não-resposta do analista pode ser considerada, na situação analítica, como a regra fundamental do analista. Se o analista responder ao que exprime ou pede o paciente, a comunicação se encontraria restabelecida sob a forma informativa ou interativa. Desta forma, acreditamos que a palavra perderia logo depois as condições requeridas para ser enfim palavra – acolher nela o intervalo entre o que ela faz ouvir, o que diz no que fala.

Para o analisando pede-se a associação livre, ou seja, dizer tudo o que lhe ocorre, sem levar em conta a vergonha, a coerência e lógica, o caráter insignificante ou não, ofensivo ou não, propondo-se, em geral, o divã para melhor conseguir esta fala associativa.

Estas regras fundamentais estão sempre presentes como referência no trabalho do analista. Essas condições, este modo de funcionar do analista, regra de abstinência, de reserva, de não resposta, que permite mais do que o não estar olhando nos olhos, adquirir um modo particular de presença.

Porém, a partir da compreensão analítica dos processos psíquicos, caberá ao psicanalista decidir, se o paciente poderá se beneficiar de uma análise clássica ou se necessitará de alguma modificação nas condições do *setting* usual analítico. Análise com o uso do divã ou análise face a face, ambas decididas com base no diagnóstico e nas condições mentais apresentadas pela pessoa por ocasião das primeiras entrevistas.

A associação livre e atenção flutuante constituem as condições onde o desconhecido irrompe inesperadamente, revelando os contornos de um fantasma inconsciente que obstaculiza o livre curso do desejo, propiciando um alívio no sofrimento geral de quem procura uma análise.

O encontro psicanalítico poderá propiciar elaboração psíquica das fantasias inconscientes que permite um processo de simbolização, elaboração do luto não

realizado das perdas objetais que permeiam e constituem a vida psíquica, tornar-se capaz do riso, aceitar a castração.

O processo psicanalítico se inscreve na linhagem dos pensamentos que procuraram dar conta de uma passagem da servidão inconsciente para a liberdade possível.

O inusitado desta experiência, nunca inteiramente passível de descrição, faz com que se tenha a vivência da eficácia da cura pela palavra, outro modo de definir a Psicanálise.

Freud delinea em “O Mal estar na Cultura” (7) (FREUD, 1969, p. 103) a ética psicanalítica afirmando:

Não existe uma regra de ouro a respeito da felicidade que se aplique para todos. Cada um deve buscar por si mesmo a maneira em que possa ser feliz. Sua escolha do caminho a seguir será influenciada pelos mais diversos fatores. A felicidade implica, portanto, a concorrência das circunstâncias exteriores e da constituição psíquica.

Concluimos, diante desta nossa exposição, que a Psicanálise é terapêutica. O trabalho psíquico é induzir a transformação acreditando no valor transformador do ego.

A idéia de um tipo de psicoterapia denominada “de inspiração psicanalítica” ou “de base psicanalítica”, como derivada e subproduto da Psicanálise, parece-nos acometida por uma confusão entre conteúdo e forma, entre objetivos e modalidades.

Reconhecemos que as diversas psicoterapias não analíticas possuem métodos terapêuticos apoiados sobre uma concepção articulada do que é o ser humano, concepção que destaca certos aspectos e excluem outros, e modulará seus procedimentos terapêuticos de acordo com o que vê. Na Psicologia clínica cada psicoterapeuta vê e ouve com base no que acredita ser existente e vigente no psiquismo, utilizando os conceitos e hipóteses adequados a teoria que trilhou sua formação profissional. Nosso questionamento aqui colocado se dirige às psicoterapias chamadas “de inspiração ou base psicanalítica” que, a nosso ver, tentam combinar ou mesclar concepções diferentes a Psicanálise. Quanto às terapias não analíticas, não fazemos qualquer apreciação sobre elas por total desconhecimento. Acreditamos, porém, que todo trabalho clínico deve ser precedido por uma longa e exigente formação baseada na

terapia do psicoterapeuta e, no estudo sério da teoria que servirá de instrumento para o seu pensar clínico.

Para nós, a Psicanálise representa o que de mais sofisticado, flexível e fecundo já se inventou sobre o psiquismo. Estamos como psicanalistas em permanente investimento no aprofundamento dos estudos e na prática da Psicanálise porque ela nos parece suficientemente rica e complexa para tal.

REFERÊNCIAS

- (1) LAPLANCHE, J./PONTALIS, J. - B. Vocabulário da Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes Editora Ltda, 2001.
- (2) FREUD, S. - O método psicanalítico de Freud, 1904. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (E.S.), Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago Ed. Ltda, 1969.
- (3) FREUD, S. – Tratamento Psíquico (ou Mental), 1905. E.S., Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago Ed. Ltda, 1969.
- (4) FREUD, S. – Hereditariedade e a Etiologia das Neuroses, 1896. E.S., Vol. III. Rio de Janeiro: Imago Ed. Ltda, 1969.
- (5) FREUD, S. – O Ego e o Id, 1923. E.S., Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago Ed. Ltda, 1969.
- (6) FREUD, S. – Fragmento da Análise de um caso de Histeria, (1905[1901]). E.S., Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago Ed. Ltda, 1969.
- (7) FREUD, S. – O Mal estar na Cultura, (1930[1929]). E.S., Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago Ed. Ltda, 1969