

O TRABALHO INTERDISCIPLINAR DO PSICÓLOGO DA SAÚDE COM OUTROS PROFISSIONAIS: UMA PRÁTICA COM BASE EM TRÊS CASOS CLÍNICOS

Este trabalho foi desenvolvido em Unidade de Serviço Assistencial na área da Saúde Comunitária em bairro de vulnerabilidade socioeconômica nas periferias da cidade de Campinas - SP

2018

Alan Ferreira dos Santos

Formado em Psicologia (Psicólogo) pela Universidade Paulista (UNIP)-(Bolsista ProUni/2014-2019).
Aprimorando em Neuropsicologia Geriátrica (2019-) pela UNICAMP pelo Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, atuando no Ambulatório de Psiquiatria Geriátrica e Neuropsiquiatria

E-mail de contato:
alanfs1995@gmail.com

RESUMO

O trabalho pretende fazer uma breve apresentação de três casos clínicos de alta complexidade e por sua vez demonstrar os desdobramentos do atendimento que fora produzido no âmbito da Psicologia da Saúde, na modalidade de psicoterapia em setting institucional em Unidade de Serviço Assistencial na área da Saúde Comunitária em bairro de vulnerabilidade socioeconômica nas periferias da cidade de Campinas, onde foi prestado serviços de suporte psicológico. Tínhamos como objetivo (1) a produção de trabalho interdisciplinar com outros profissionais da da saúde – com foco na terapêutica dos usuários -. (2) Articulação de rede com outras instituições com a finalidade de produção de trabalho interdisciplinar e (3) estimulação da criação de Planejamentos Sociais – mediado pela Assistência e Psicologia Social - para os usuários da Psicoterapia Individual. A narrativa dos casos expõe as sessões que ocorreram e principalmente o modo pelo qual se abordou interdisciplinarmente as demandas. Percebemos que a interdisciplinaridade exposta é um demonstrativo de como o trabalho em conjunto promove benefícios aos pacientes. O ambiente de atendimento ocorreu em um Ambulatório de Especialidades Médicas. Além disso, houve uma comunicação com profissionais da área Social – psicólogo e assistente social -, da Saúde – Enfermeiro e Psicólogo – e jurídico – Técnico jurídico -. No ambulatório fora feita uma

intersecção de conhecimentos com Fisioterapeutas e Acupunturistas no tratamento de Ansiedade Generalizada. Por fim, concluímos que o trabalho interdisciplinar é importante, uma vez que permite um acompanhamento dos pacientes por meio de diversas abordagens terapêuticas, que além de contribuir cada uma com sua prática específica, contribuem – também - como um todo “orgânico” no sentido de que permite maiores níveis de socialização para os pacientes que necessitam de contato social.

Palavras-chave: Psicologia da saúde, psicologia e saúde coletiva, saúde coletiva, saúde pública.

Copyright © 2019.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



INTRODUÇÃO:

CARACTERÍSTICAS DA INSTITUIÇÃO E DA POPULAÇÃO-ALVO

Características da instituição

A instituição se localiza na região de Campinas em um bairro com altas taxas de atividade ilegais. A instituição tem como foco predominante promover o apoio social aos moradores dessa comunidade e que em grande parte se encontra em vulnerabilidade.

O funcionamento se dá das 8 às 17 horas de segunda à sexta, havendo no início da noite cursos de pós-graduação em Acupuntura. Existe algumas parcerias que a instituição detém, como com a Prefeitura de Campinas que dispõe de pagamento para alguns profissionais da área da Assistência e da Psicologia Social, e também para os pedagogos da creche em tempo integral, sendo esta financiada também pelo o município. Além disso, existe a parceira com alguns centros de estudos em acupuntura que dispõe dessas atividades gratuitamente para a população e permitem também a proliferação de cursos de pós-graduação nessa área para profissionais graduados.

A instituição tem médicos na área da homeopatia, pediatria e clínica geral. Fornece serviços de Terapia Ocupacional, Psicologia – restrita à psicoterapia -, Fisioterapia e Odontologia.

O espaço físico é composto de uma Creche-Escola e de modo separado existe um Ambulatório onde são feitas as atividades na área da saúde, como também um espaço para práticas de agricultura de pequeno porte.

A equipe com qual atuo ou com qual produzo atividades interdisciplinares até o momento está se dando com os profissionais da: acupuntura, psicologia social, administração e os profissionais da limpeza ambulatorial.

A instituição se insere num território inseguro, ora econômica por causa da precariedade do espaço urbano com mais atividades de tráfico do que com comércios legalizados, ora social pela ausência de serviços que o município não presta, como creche em tempo integral e segurança civil.

Características da população-alvo

Optou-se por lidar com todas as faixas etárias do desenvolvimento humano. Portanto, a população alvo tem as características etárias da fase da: adolescência, adulto, meia-idade e senilidade. São pessoas que tem uma condição socio-econômica moderada, não passando por necessidades financeiras e tendo casa própria. Desses pacientes, a maioria deles tem um histórico familiar de pessoas com transtornos mentais. Já socialmente falando, os comprometimentos são evidentes, visto que o transtorno mental está intrinsecamente ligado a vida social, pois o comprometimento se dá nas relações sociais e não apenas no indivíduo.

TRÊS CASOS DE ALTA COMPLEXIDADE

- Vinícius (12 anos) e sua vó Euly (58 anos).

Problemática: Comprometimento no âmbito dos comportamentos sociais, produzindo condutas antissociais. Já Eulipia tem dificuldades na administração e cuidados da criança trazida e dos seus outros netos.

- Adrian (35 anos).

Problemática: Paciente indicada por meio de instâncias jurídicas para tratamento psicológico – com foco específico na sobrecarga emocional eliciada pela relação com filho dependente químico e morador de rua -.

- Élita (33 anos) e sua irmã Rosineide (45 anos).

Problemática: Descontrole de impulsos de agressividade verbal-físico para com filho, irmão e pessoas em geral.

NARRATIVA DOS CASOS

CASO DE VINÍCIUS (12 ANOS)

O motivo de busca do serviço é que fora trazido pela vó (Euly – 65 anos) com a queixa de que o neto está desenvolvendo comportamentos anômalos – perambula pelas ruas em horário noturno e produz permuta da indumentária por outras -, após a mãe ter sido internada num hospital de dependentes químicos para a desintoxicação. Tem receio de que o jovem-adolescente esteja trilhando pelas mesmas trilhas que a figura materna.

Encontro: N° 1

V., diz que não quer conversar sobre sua mãe. Lhe pergunto sobre as preocupações de sua vó e ele explica que por não ter dinheiro passou a fazer troca das suas próprias roupas por outras de grife.

Diz que quando volta a noite para casa já deixa avisado a vó que está na quadra jogando bola e que pede muitas vezes para ir vê-lo para saber que realmente não está mentido. Relata o fato de sua vó ser doente mental e ter “*problemas na mente*” [SIC] e que por isso não liga muito para o que ela diz e muito menos para as coisas que fala. Relata o fato de sua vó acordar todos os dias estressada, gritando e dizendo “*Vocês só encham o saco, ninguém quer vocês, nem sua outra vó e eu tenho que cuidar de vocês dois*” [SIC].

Pergunto o que sente quando a vó diz isso e ele fala que não liga, visto que ela tem problemas da mente e toma remédio. Revela também o fato da vó está constantemente pedindo a eles para limparem a casa, sendo que ela mesma já limpou e ele não faz por que não vê necessidade, a partir desse acontecimento “*ela diz que nós não fazemos nada. Mas veja... não vou limpar uma casa que já foi limpa. Ela é assim sabe, fica limpando a casa toda hora e querendo que a gente faça o mesmo*” [SIC]. É isso que ela chama de “*encher o saco*” [SIC].

Se encontra no início da puberdade e requerendo maiores níveis de autonomia, demonstra incômodo em dialogar sobre o assunto referente à mãe. Suas argumentações são coerentes e não foi vislumbrado nenhuma contradição. Tentou-se verificar por meio das informações se essas trocas são produzidas em âmbito de segurança, verificou-se que sim, uma vez ou outra chama seu vô para ir com ele no local - apesar de ter feito apenas uma troca até o momento -. Geralmente as trocas são feitas com pessoas da comunidade e ao que tudo indica não parece existir nenhuma experiência inicial com as drogas.

Fez-se o contrato com o adolescente e estabeleceu-se os moldes da relação. Acompanhou-o até a recepção e quando se percebeu já tinha ido embora sem esperar sua vó, esse evento foi significativo e talvez adentre no espaço do requerimento de maiores níveis de autonomia. Minutos antes de sairmos da sala me perguntou às horas e me falou que tinha um compromisso e que estava atrasado.

Encontro: N° 2

V., falou-me sobre o seu cotidiano e disse “*Hoje está chuva e não gosto de chuva*” [SIC]. Falou-me sobre sua mãe - dependente químico - e que fugiu do hospital onde estava internada. Comentou o fato de que a sua irmã mais nova estava produzindo enurese noturna e que provavelmente – *a causa* - era o sentimento de saudades da mãe, posteriormente na conversa que tive com sua vó soube que ele estava tendo enurese noturna recentemente após a volta da mãe e que a sua irmã mais nova havia vindo morar na residência com eles apenas, a partir, do dia anterior. Assim, quando disse que era sua irmã que estava com saudades e por isso estava tendo micção noturna, provavelmente estivesse falando de si mesmo, mas sem assumir-se como autor do ato.

V., não expressa de modo direto os seus sentimentos e omitiu o fato de sua micção noturna não me revelando o fato, mas o fez de modo indireto e não assumindo-se como autor do ato. Por outro lado, percebe-se que existe a iniciativa de um possível estabelecimento de vínculo, visto que

revelou um fenómeno da sua vida, mas sem dizer-se autor, talvez isso seja indício de uma tentativa de estabelecer um vínculo de confiança por meio do próprio processo de averiguação da existência ou não de um espaço de acolhimento de sua pessoa.

Encontro: N° 3

V., contou-me sobre sua história de vida. Falou-me sobre os lugares onde viveu e os motivos pelos quais não gosta de se mudar de residência. Comentou sobre questões referentes a amizade, sobre a aversão que sua irmã tem desta, como também suas percepções sobre isso. Pareceu-me mais comunicativo, teoricamente poderíamos dizer que está ganhando maior confiança sobre essa prática, veremos conforme as sessões seguintes se essa hipótese se comprova.

Disse ser muito apegado as pessoas, falou sobre o fato de fazer amigos, mas não gostar de amizade, como também sobre o quanto isso é estranho e incompreensível. Compartilhou o seu comportamento de fazer carinho no travesseiro antes de dormir e na primeira sessão sobre como a mão de médico é macia. Com essas observações construo a ideia de que é um adolescente sensível e que preza pelo toque. Na sua infância não houve o exercício da função de maternagem por parte da mãe, visto que não ficou com a criança e se ficou, foi de modo muito inconstante por causa de sua dependência química, talvez isto esteja relacionado com o seu sentimento de ambivalência em relação as amizades, como “boas” e “ruins” e por outro lado com a origem da sua constituição sensível, que demonstra uma necessidade dessa sensorialidade, embasando tal tese por meio do fato de estar constantemente observando suas sensações mais peculiares

COMPREENSÃO GERAL DO CASO

Existe um incômodo por parte do adolescente em relação ao recém acontecimento à sua mãe e uma evitação sobre o assunto – muito compreensível por sinal -.

Parece deter e buscar maiores níveis de autonomia e também constituir uma relação de mútua negligência para com sua vó, visto que esta expressa o seu descontentamento para com este e o último por sua vez expressa o seu também por àquela, assim, mencionando-a como doente e tendo “*problemas na mente*” [SIC], se justificando o ato de não ouvi-la e muito menos de escutá-la. É provável que a única referência de autoridade sobre a criança fosse a mãe – por conta de seu apego

-, estando essa internada, não parece existir – no momento - ninguém que seja um referencial e exerça influência sobre este, o que pôde evidenciar uma situação de vulnerabilidade, principalmente na fase da adolescência onde se encontrará demasiado sujeito as influências grupais e ao mesmo tempo sem nenhuma instância de lei para a regulação das oscilações pulsionais.

Alguma forma de vínculo parece ser constituir, mas ainda é muito cedo para dizer alguma coisa substantiva sobre a aderência ao tratamento, até mesmo pela quantidade de faltas que ocorreram nesse processo. O ambiente proporcionado pelo o espaço terapêutico está permitindo uma maior espontaneidade comportamental do pré-adolescente.

CASO DE ADRIAN (35 anos)

Adrian de 35 anos buscou o serviço de saúde por conta de uma ação judicial que promulgou a necessidade de tratamento psicoterápico, por questões relacionadas à uma vinculação prejudicada na relação desta com o seu filho em situação de rua Ivan de 16 anos.

Encontro: Nº 1

A. veio no encontro e revela não saber o que caracteriza uma psicoterapia. A princípio está inibida e alguns minutos depois passa a fazer perguntas sobre a eficácia dessa prática, solicitando explicações de como uma conversa poderia ajudá-la. Lhe é explicado basicamente o que é a psicoterapia – dentro daquele contexto –. Expressa o fato de não saber pra que serviria uma prática como essa na vida dela. Após a diluição dessas dúvidas propõe-se o contrato psicológico e a partir disso iniciamos propriamente uma relação determinada por este enquadre. Parece que as informações fornecidas sobre a psicoterapia à permite utilizar-se do espaço.

Diz-se a ela que aquele espaço é dela e que pôde-se expressar livremente em suas falas e comportamentos. Nesse momento deságua a chorar e diz com um pouco de orgulho “*até que é bom*” [SIC].

A. não compreende o que é uma psicoterapia e por sua vez tem noções sobre essa do senso-comum “*eu converso com a minha vizinha, filho, se for para conversar*” [SIC]. Essas noções são rapidamente desvitalizadas pela escuta qualificada e por breves intervenções de teor compreensivo que são produzidas.

A partir do breve relato da pessoa percebe-se que vive em um ambiente restrito para a expressão das emoções e que a faz sentir-se constantemente requerida à manter a persona da “*mãe-guerreira*” [SIC], além de ser julgada pela comunidade e vizinhança como sendo a responsável pelo o que aconteceu com o filho, como também pelos os profissionais da saúde e da assistência social.

Todos esses elementos observados são expressos e ditos para A., a qual se permite chorar e dizer “*É verdade, meu filho*” [SIC]. Percebo que se encontra muito distante dos seus sentimentos e da vivência sem preconceito deles, visto que não pode transparecer “*fraqueza*” [SIC]. Também é comunicado essa informação e, por conseguinte, lhe digo que existem partes sensíveis em sua corporeidade e que qualquer estimulação – mínima que seja – já é sentido como muito intensa. Após essas falas, lhe faço a recepção do que expressa à baila dos meus dizeres e lhe digo para voltar, pois vejo uma necessidade, só que isso não depende apenas de mim e que ela tem a liberdade de escolher conforme a própria consciência, e em seguida diz “*Vou voltar filho, isso é bom que você faz. Você veio apenas por mim?*” [SIC]. Acompanho-a até a saída e digo que naquele horário que sim.

Encontro: nº 2

A. estava desanimada, disse ter pensado em não vir, mas acabou vindo. Às vezes sente vontade de “*ficar na minha casinha, fechar tudo e não sair para fora*” [SIC]. Ao decorrer do encontro exploramos o seu humor desanimado e nesse instante de modo imediato passou desaguando em lágrimas e disse “*Minha filha me pediu hoje, me fez prometer que eu não iria chorar aqui. Mas olha só como estou*” [SIC]. Nesse momento Yasmin (Y) se encontra na sala e fica observando à mãe a chorar. Em seguida A. diz “*É difícil sabe, estou tentando não chorar. Tenho de demonstrar força para minhas filhas, não posso ficar assim, eles sentem que estamos sofrendo e não é bom isso*” [SIC].

Compreendeu-se que A., se encontra em um ambiente familiar restrito, onde não pode expressar suas emoções, mas que ao mesmo tempo essas estão lhe causando demasiado sofrimento, havendo como único recurso para lidar com esses sentimentos o afastamento do ambiente social e de todas as pessoas de seu núcleo familiar, encontrando conforto e bálsamo na solidão de sua casa.

Encontro: n° 3

A paciente veio sem sua filha, justificou sua última falta dizendo que não havia encontrado ninguém para ficar com esta, diferente de hoje e que, portanto, pôde comparecer. Hoje conseguiu se expressar livremente sem interferência de sua filha, uma vez que esta não se encontrava em sua presença.

Iniciou dizendo que havia passado a semana “*mais ou menos*” [SIC]. Lhe perguntei o porquê e daí em diante narrou-me sobre o seu cotidiano com suas variações de humor e o quanto isso a incomodava, principalmente por não saber como lidar com esses fatos.

Discorreu – chorando – sobre o fato da vizinhança e de suas colegas busca-la para palrear, mas estar de mal humor e responder de modo agressivo e com tom de voz elevado. Comentou também sobre o seu afastamento sucessivo das pessoas e como suas mágoas se assomam e por sua vez sobre os seus modos de lidar com estas, modos estes que está lhe causando sofrimento, uma vez que se expressa assim com os vizinhos – “*o que não é bom, pois eles comentam e é complicado, você sabe como é, não é?*” [SIC] -.

Compreendeu-se que a paciente não reage aos comentários que lhe magoam guardando para si às mágoas. Não obstante, quando uma mesma pessoa a magoa pela segunda vez, a primeira mágoa – produzida por esta mesma pessoa - emerge em seu pensamento e se assoma com a mágoa presente e assim, mais uma vez ela não expressa o incômodo de tal comentário ou comportamento. Suas formas de reação a esses acontecimentos aparecem posteriormente através uma “*agressividade na voz e no jeito de falar*” [SIC] com as pessoas em seu em torno. Compreende-se que esse fato se dê por conta de um deslocamento do afeto reprimido e que emerge em situações descontextualizadas e aparentemente sem conexão com a situação objetiva na qual se encontra.

Encontro: n° 4

A paciente se apresentou mais calma e relatando menos ansiedade. Sua fala se apresentou pausada e fornecendo mais espaços para o diálogo. Houve momentos de silêncio, o que antes não acontecia com tanta facilidade, como também um maior privilégio para reflexões em detrimento de verborragias.

E., está no processo de desenvolver a capacidade de falar de si, essa função básica da introspecção se encontra em nível rudimentar, mas com pequenos desenvolvimentos se produzindo.

COMPREENSÃO GERAL DO CASO

A paciente detém muitas experiências dolorosas em estado de condensação, como também uma persona que supostamente presumo ter sido rígida durante muito tempo, mas que agora está se desfazendo e se expressando por meio de comportamentos de afastamento das pessoas no recinto domiciliar como uma forma de mecanismo de defesa para proteção dos conteúdos que se escancaram a partir do decaimento da persona. O decaimento da persona e o comportamento de afastamento são formas de mecanismos de defesa utilizados. A partir do decaimento da persona, percebeu a necessidade de proteger os conteúdos que ficariam expostos e assim abriu-se vala para o ingresso do mecanismo de defesa do afastamento. Assim deságua e lamenta-se quando não tem ninguém em casa, geralmente é nesse período que comparece ideias suicidas. O espaço terapêutico pode estar vindo como uma alternativa ao desaguar e lamentar-se sozinha.

A paciente retém conteúdos não elaborados, mas conforme procede o tratamento vem obtendo maiores níveis de aderência a este, revelando assim um desenvolvimento benigno em ação. Sua ansiedade e agressividade reduziu-se. A verborragia inicial desapareceu e a ausência de introspecção prevalece.

CASO DE ÉLITA (33 anos)

Seu motivo de busca do serviço de saúde é a incapacidade em reter comportamentos hétero-agressivos e de maltratos – inclusive em relação ao filho de 4 anos – como também para sua irmã com mais idade. Intolerância à ansiedade e explosões de raiva e violência, como também a ausência de recursos psíquicos para o controle de comportamentos violentos e agressivos em relação ao filho – inclusive - e a irmã.

Encontro: Nº 1

E., diz ter muita raiva e quer mudar. Tem um filho de 4 anos e precisa mudar, pois produz comportamentos de agressividade para com este. É filha adotiva e foi agredida e agrediu muitas vezes o ex-marido, como também violentada fisicamente por outros homens na comunidade.

Os pais adotivos faleceram e a mãe biológica é viva, falando desta com muita mágoa que “*me abandonou e não me dava comida quando tinha 2 anos de idade*” [SIC]. Sente a necessidade de transformar os próprios comportamentos e quer tornar-se capaz de cuidar do próprio filho, já que não tem a guarda e esta se encontra com sua “*irmã de coração*” [SIC], ambas moram na mesma casa e isso permite ter contato com o filho, mesmo que não tenha a guarda deste. Ficou impossibilitada de ter a guarda do filho, pois o ex-marido no período de gestação entrou com ação judicial para retirá-lo dela, alegando insanidade mental por parte da figura materna e o pedido foi concedido. O pai cuidou da criança até os dois anos produzindo mal-tratos e a guarda foi passada para a irmã da mãe.

E., demonstra uma certa ansiedade, o seu corpo se movimenta constantemente e sua expressão verbal é frequente e constante, não havendo pausas. A princípio hipotetizou-se uma intolerância ao silêncio e que talvez esta esteja relacionada com a agressividade incontrolável que se expressa até mesmo por uma fala ininterrupta. Ficou-se com essa hipótese e suspendeu-a para ser verificada ao decorrer dos encontros. Por outro lado, pensou-se também que talvez seja apenas uma catarse inicial, no entanto, os requerimentos constantes da fala do seu interlocutor deram a pensar – a este - a existência de uma certa agonia ao silêncio, pois “*Pode falar... Eu falei tudinho... Pode falar... O que você quiser me dizer, estou ouvindo. Tudo que me pedir farei*” [SIC].

Permaneci em silêncio aguardando a oportunidade de falar algo e partes da história se repetiam como se houvesse uma necessidade de que o vazio estivesse preenchido com falas – sejam quais forem -. Essas foram as primeiras impressões pessoais, as quais não me apeguei tanto, mas que ficaram suspensas – para o caso de em algum momento se revelem elementos empíricos favoráveis à essas hipóteses -.

Fez-se o contrato com a pessoa e estabeleceu-se os moldes pelos quais essa relação se constituiria.

Encontro: N° 2.

E. disse “*Estou bem*” [SIC] lhe pergunto para me descrever esse estar bem e ela diz “*Estou ótima. Nossa, você nem imagina, depois do último encontro que tivemos tudo mudou. Estou muito bem*” [SIC]. Fico em silêncio e ela diz “*Tudo mudou, você nem imagina. Estou amando o meu filho, está tudo tão bem. Levei ele para escola esses dias. Alguns dias atrás eu havia dito para ele ficar sentado assistindo TV que eu iria fazer outras coisas. Agora estou ficando com ele, deixo ele assistindo TV e faço as coisas. Está muito bom tudo, aquela raiva desapareceu por completo. Nossa... muito bom mesmo estar aqui*” [SIC].

É perceptível uma alteração de humor abrupta com características polares – saída de um extremo para o outro -. Na primeira sessão a paciente manifestava um temperamento expansivo e ansioso – com sentimentos de agressividade -. Na segunda sessão esses sentimentos destrutivos deram espaço para sentimentos de ternura e bem-estar geral.

Desde do início vinha expressando “*O que você quiser eu posso fazer, é só me dizer. Quero muito mudar*” [SIC]. Talvez essa necessidade de mudança e a aceitação de minha parte – de fazer o contrato simbólico - tenha surtido um efeito inicial, visto que o olhar do outro deve exercer influência sobre a sua personalidade, como também figuras de autoridade, não obstante, essa mudança abrupta pode ser um indicativo prodrômico.

Encontro: N° 3

E., fez a descrição das suas emoções naquele momento e disse “*Estou bem... Estou bem mesmo. Estou menos ansiosa*” [SIC]. Ao decorrer do encontro acabou por formular uma nova demanda que se expressava da seguinte maneira “*Eu estou aqui para que você possa me ajudar. Como eu disse para você não sei conversar, às pessoas me diziam para dialogar mais com elas, mas sempre tive muita dificuldade. Então estou aqui para que você possa me dizer se estou certa ou se estou errada no meu jeito de falar, no meu jeito de conversar*” [SIC].

A princípio E., nos chegou com a demanda de sentir “*raiva... [...] muita raiva*” [SIC] e agora que essa agressividade se aplainou, formulou uma nova demanda em relação ao seu modo de dialogar com as pessoas. A formulação dessa nova demanda foi oportuna, justamente por já ter sido observado nas sessões anteriores que E., não permite ao seu parceiro de conversa respondê-la, só sendo possível fazer isto interrompendo-a, caso contrário se deixar por ela a iniciativa de

produzir uma abertura tem dificuldades em corresponder aos sinais que uma outra pessoa emite e que correspondem à uma necessidade de falar... um exemplo é quando está discursando e o estudante de psicologia capta um elemento importante e por sua vez tem a necessidade de comunicar, produzo os sinais como: abertura da boca, inclinação corporal e emissão de um prenúncio de balbucio. Nesse instante ela identifica minha intencionalidade e diz “*Você quer falar não quer? Então eu já falei sobre essas coisas. Agora é sua vez de falar... Uma vez minha irmã disse...*” [SIC]. Ela identificou minha intencionalidade de falar, mas não conseguiu permitir uma abertura para minha fala... deixei sua fala se desdobrar a partir desse acontecimento para observar até que ponto chegaria e por incrível que pareça, ela prosseguiu até o final da sessão sem permitir-me à fala.

Nos dez minutos restantes da sessão, fiz uma organização discursiva dessa demanda que ela explicitou e comuniquei a ela sobre esses fenômenos observados e em específico: sobre a impossibilidade de abertura para a fala do outro que produzia; sendo esse processo visto por meio de ser só possível comunicar-me a ela por via da interrupção de sua fala. Lhe disse também como seria importante não precisar – eu – interrompê-la, mas sim que ela permitisse uma abertura entre as suas falas para que eu pudesse falar com ela e também para que pudéssemos interagir um com outro, do contrário não teríamos um espaço de troca e de intercâmbio de experiências. Em seguida ela me falou “*Verdade, eu faço isso com a minha irmã, você tá certo. Não posso ficar brava com você, sei que não posso. Você quer me ajudar, tudo bem. Você está aqui para me ajudar com as coisas. Eu entendi. Então eu falo alguma coisa para você, aí eu espero um pouco e aguardo você me dizer algo. Entendi. Vou fazer isso sim*” [SIC]. Nesse momento digo que essa interação entre nós pôde ajuda-la se comunicar com as outras pessoas, caso ela expanda as habilidades que ela adquirir na sessão com as outras pessoas – com sua irmã e filho -, ressalto também a importância de escutar as verbalizações que o filho faz e também a necessidade de interagir com ele, de conversar e ouvi-lo e responde-lo logo em seguida.

Encontro: N° 4

A paciente trouxe a questão de ter “*sacudido*” [SIC] o seu filho, mas de modo espontâneo e sem motivação. Disse que “*Ele estava entrando em casa com a minha irmã, quando o vi já estava lá falando para ele... Vai.. Tira essa roupa logo menino... vai para o banho... vai*” [SIC]. Relata que não havia justificativa para fazer tal coisa, mas que acabou fazendo de modo automático.

Foi trabalhado sobre as possibilidades que fazem com que isto aconteça. Compreendemos que o sentimento manifesto naquele instante era descontextualizado, visto que não havia motivo aparente para ter tal comportamento em relação a criança. Compreendeu-se também que o ato motor foi de origem automática e instintiva. Identificou-se uma ansiedade e uma agressividade emergentes e concomitantes naquele instante e que esta aparece de vez em quando, mas sem causa aparente. Concluímos que em situações como essa existe a necessidade de contenção da agressividade sem o extravasamento dessa em meios não adequados. Visa com isso aumentar a tolerância à ansiedade e agressividade como também proporcionar o desenvolvimento de novos recursos para o trato de automatismos e reações instintivas que causam sofrimento ao outro e a si própria por causa da culpa.

Encontro: N° 5

Trouxe queixas relacionadas a dor de cabeça na parte frontal, temporal e fronto-temporal, como também dores no hemisfério esquerdo e direito, sempre alternadas. Referiu-se a dor como não tendo uma causa e emergindo de modo espontâneo e abrupto. Comentou que essa dor existe desde do dia que começou a viver com o seu ex-marido e mesmo após a separação permaneceu. Trouxe também uma dor referente ao estômago e comentou sobre a sua rejeição a certos alimentos. Falou-me sobre o fato de ter feitos exames, mas nada ter aparecido. Disse ter feito uma endoscopia, mas que o médico não indicou nenhuma medicação, visto que não havia nada.

O discurso da paciente soou confuso, no início da sessão havia comentado que nunca havia buscado um médico para sua dor de cabeça, em momentos depois comentou o fato de que foi uma vez, mas este não fez nada. Pode ser que tenha confundido o tema do assunto, pensado talvez, que estivéssemos falando sobre o estômago e não sobre sua hemicrania.

Às vezes sinto a paciente confusa, não sabendo reconhecer e identificar datas, dias e semanas específicas em relação aos acontecimentos. Percebo também que algumas perguntas que faço, sugerem uma resposta em seu seio e esta é utilizada como que para preencher “espaços”, então, questões como: que dia você teve a dor de cabeça? Essa semana? A resposta é “*Foi essa semana, na segunda*” [SIC]. E ao decorrer da sessão e no prosseguir desta lhe pergunto qual foi a última vez que teve dor de cabeça e ela diz “*Na semana passada, acho que na sexta*” [SIC]. Pode ser que ao decorrer do processo analítico, outras informações venham se evocando durante o próprio diálogo, o que no caso não estaria errado. Por outro lado, poderia ser realmente uma forma de

continuar o diálogo ou de preencher esse espaço de ter de necessariamente estarmos sempre falando sobre alguma coisa, mesmo que para isso tenhamos *de criar o que falar*.

Existem algumas outras contradições no discurso, mas só agora estou começando a reparar nesse fenômeno se evidenciando, mas a maior parte das contradições se referem a acontecimentos do dia-a-dia, como datas e confusão sobre elas. As vezes diz que fez tal coisa em tal dia e durante o período do encontro essa informação já se transformou em outra.

Por outro lado, existe um elemento cognitivo envolvido aí, a paciente revelou o fato de que é dependente funcionalmente e que não faz nenhuma atividade que esteja relacionada a burocracia, marcar exames, ir em reuniões escolares, fazer compras, pagar contas, pegar exames e tudo o que está relacionada com administração. Nada disso faz, talvez isso ajude a compreender o porquê de talvez haver uma confusão sobre as correlações entre os acontecimentos e os seus respectivos dias e horários.

Essa é uma percepção inicial, não sabe-se ainda se é correta ou se é específica de alguns momentos, necessita-se maior observação sobre esses fatos. Solicitei também que fosse fazer exames médicos para hemicrania e para sua dor no estômago, com fins a eliminar qualquer variância física nesses sintomas.

Encontro: N° 6

Trouxe o remédio que utiliza e este é amitriptilina. Faz a ingestão deste utilizando o critério de quando tem a sensação fisiológica de estresse. Disse sentir-se bem, algumas vezes bem e outras mal. Comentou sobre o feriado em que viajou para a praia. Disse que foi boa a viagem. Comentamos sobre a postura de contenção de seus impulsivos agressivos, ainda não houve oportunidade para tal.

Os impulsos agressivos da paciente estão submetidos ao controle do medicamento, este bloqueia por sua vez o processo de enfrentamento deste, visto que ocorre o tamponamento dessas pulsões. Caso haja a retira do medicamento poderemos observar uma maior frequência desses impulsos e provavelmente uma irritabilidade inicial mui intensificada. A partir desse momento poderemos trabalhar o desenvolvimento do controle inibitório.

Encontro: N° 7

Fiz o atendimento de Rosineide – irmã adotiva de Érita -. Convidei-a para a entrevista com a finalidade de levantar dados referentes sobre a história clínica de nossa paciente. Foi averiguado que há a existência de um quadro de déficit de aprendizado. Além disso encontramos dados favoráveis para a hipótese neurodesenvolvimental de que a paciente por não ter entrado em contato de modo frequente com atividades que presumia antecipação, organização e ações discriminativas de estímulos, como também não ter entrado em contato com atividades de rotina que requeria a compreensão de horários, datas e compras, acabou por desenvolver uma distorção espaço-temporal não conseguindo estabelecer conexões entre os fatos e a sua respectiva temporalidade. Na entrevista soubemos que a paciente estudou por mais de 11 anos e esta comentou ter estudado apenas 4, por sua vez identificamos que viveu num relacionamento por 7 anos e esta disse que viveu por 3 anos. Essa hipótese será confirmada na próxima sessão que iremos averiguar novamente as respostas da paciente sobre essas temporalidades. A paciente relatou também ter feito apenas um 1 de psicoterapia, foi identificado que na verdade já faz há 4 anos.

As flutuações do humor da paciente acontecem de modo abrupto e descontextualizado, desferindo impulsos de agressividade repentinamente e sem causa aparente. Aqui podemos verificar a ausência de controle de impulsos agressivos (agressividade involuntária) e que poderíamos denominar de ausência de controle inibitório.

Foi verificado que é agressiva apenas com o próprio filho e que estando perto de outras crianças não age assim, todavia quando alguma criança produz algum ato de ameaça ao seu filho, torna-se agressiva para com a criança que ameaça.

Verificou-se também que não detém capacidades para produzir atividades simples, como ir ao supermercado, fazer compras e pegar o troco, marcar exames e administrar dinheiro. Houve uma tentativa por parte da irmã em desenvolver essas habilidades – durante 2 a 3 anos -, mas foi sem sucesso.

Sua dificuldade de aprendizado se refere a leitura e a matemática, geralmente o seu comportamento é intolerante para com essas atividades, sentindo-se irritada rapidamente após as consequentes falhas e desistindo da atividade. Além disso a paciente se irrita intensivamente com a possibilidade de administrar o próprio dinheiro e com a simples possibilidade de algum dia assumir essas responsabilidades, demonstrando que isso é sinônimo de fracasso – visto que não conseguirá -, sendo, portanto, ansiogênico o mero acontecimento de pensar sobre a ideia e esta como uma previsão inalterável.

A paciente detém um distúrbio da aprendizagem, contudo não sabemos exatamente que tipo de transtorno é esse, se é de origem orgânica com comprometimentos nas áreas cerebrais que correspondem as respectivas funções cognitivas ou se é de origem psicológica estando mais relacionada à um comprometimento em seu desenvolvimento emocional.

É necessária a produção de um diagnóstico que possa nos permitir aproximarmos o máximo possível desse fenômeno para que possamos intervir de modo a produzir um restabelecimento das capacidades básicas que permita um mínimo de autonomia para a paciente.

As últimas notícias que tivemos foi que o profissional da psiquiatria retirou a amitriptilina, cessando o uso na paciente e sugerindo a substituição por medicamentos fitoterápicos. Vamos sugerir a acupuntura para a paciente e também conversaremos com a Terapeuta Ocupacional, buscando desenvolver um plano terapêutico de forma a produzir uma reabilitação cognitiva e das funções sociais.

COMPREENSÃO GERAL DO CASO

Vislumbrou-se feixes de ansiedade por meio das vias comportamentais: gesticulação expansiva, entonação de voz com gradiente elevado, expressão verbal constante e frequente, tamponamento do silêncio com repetições verbais e requerimento da fala do interlocutor.

Os sentimentos da paciente se transformaram rapidamente havendo uma remissão de todos os sintomas iniciais colocado como queixa no primeiro encontro, tal fenômeno pode ser um indicativo prodromático.

E., tem muitas dificuldades em dialogar. Sua expressão verbal é ininterrupta e o seu modo de expressão não abre espaço para que uma outra pessoa entre em contato consigo. Existe também uma dificuldade em escutar às pessoas e quando isto acontece é vivido com a emergência de agressividade – *“Não posso ficar brava com você, sei que não posso”* [SIC] – aqui ela manifestou verbalmente o processo atuante de autocontrole de sua agressividade para comigo em relação a minha fala. O cerne da questão se encontra na impossibilidade de entrar em contato efetivo de interação e diálogo com outrem.

A ansiedade no campo da análise demonstra-se reduzida, sua fala é espaçada e abre espaço para o diálogo com o terapeuta, demonstrando uma alteração substantiva nessa área.

Está passando a falar mais de si e de seus problemas, tornando-se mais introspectiva, o fato de ter trazido questões relacionadas aos seus sintomas de hemicrania e gastralgia revelam isto.

Um gradativo progresso está se fazendo, contudo, existe algumas lacunas na história da paciente. Parece que o simples fato de estar junto da paciente já lhe causa uma sensação de bem-estar. O silêncio começa a instaurar-se na relação e existe uma maior suportabilidade quanto a este.

Conforme o levantamento dos dados e o seguir da prática a base de conhecimentos sobre o caso se expande. Observamos que a paciente possui uma casa com uma estrutura física-material razoável e não passa por dificuldades financeiras, visto que tem uma família que permite isto – para si e o seu filho -. Se olharmos para a estrutura de apoio social que está em torno da paciente, é possível prever um prognóstico positivo.

INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS

No caso de Élita se intenta produzir uma intervenção interdisciplinar com o profissional da acupuntura. Fora observado que a paciente detém sintomas de ansiedade, muitas vezes expresso por sua verbosidade na relação com outras pessoas. Em algumas situações produz comportamentos agressivos físico-verbais involuntários para com o seu filho de 4 anos de idade, além de estar sendo medicada com amitriptilina para controle dessa disfunção.

Pretende-se adentrar com a acupuntura e trabalhar por meio desta os sintomas de ansiedade. Caso haja a diminuição significativa, se pretenderá iniciar o processo de substituição sucessiva do método indutor dos efeitos ansiolíticos (substituir os efeitos do psicofármaco pela acupuntura) ou seja, no período que estiver ocorrendo a redução do primeiro, estará sendo feito o aumento concomitante do segundo como forma de compensação. Além disso estaremos trabalhando com à exposição ao comportamento disfuncional e ao seu controle por meio de outras estratégias comportamentais, como o auto-controle.

Essa intervenção será discutida – em grupo - com os profissionais da saúde e será acompanhada por estes.

Essa prática de trabalho interdisciplinar se baseia no paradigma holístico de compreensão do sujeito em sua totalidade e em decorrência disso por um cuidado que permita maximizar as intervenções não-cronificantes e reduzir as de cunho crônico.

Já no caso de Vinícius e também de Élita, pretende-se trabalhar com os familiares e compreender a demanda destes, visto que Élita é dependente juridicamente de sua irmã e não tendo guarda-legal de seu filho. Apesar de ter vindo buscar ajudar por conta própria, os efeitos de seu comportamento ricocheteiam em sua irmã e em seu filho. A princípio percebe-se que a irmã também busca formas de produzir maior autonomia em Élita, mas não sabe como, portanto, vê-se a necessidade de trabalhar com esse familiar. Já em Vinícius apesar de estar com o comportamento aparentemente estável, sua vó comparece nas sessões e demonstra uma sobrecarga no cuidado deste e dos outros netos, como também da filha dependente química e mãe desses netos, além do esposo alcoólatra de quem cuida também. Portanto, vê-se a necessidade de trabalhar o membro cuidador além daquele membro que é cuidado. Visa-se buscar oficinas terapêuticas para vó, onde possa obter socialização com outras pessoas e formas de expressão e compartilhamento de suas demandas. Já para Vinícius pretende-se produzir um Planejamento Social com fins a inseri-lo em atividades sociais esportivas e de trabalho, de forma a retirá-lo dos espaços da comunidade que são vulneráveis – onde geralmente se encontra durante a noite -.

Assim, a intervenção tem como base a compreensão da diversidade dos processos de saúde e doença, não individualizando o diagnóstico no sujeito, mas o ampliando para às esferas que se encontram em torno – e além - do indivíduo, desta forma estendendo o leque de recursos terapêuticos - e que indiretamente pode ter efeitos profiláticos - (SPINK, 2010). Quanto a isto podemos visualizar o fato de que a Psicologia da Saúde tem uma interface com a Psicologia Social, sendo na verdade uma Psicologia Social da Saúde, sendo isto que justifica o trabalho interdisciplinar do Psicólogo Social com o Psicólogo Clínico.

Assim, compreende-se que a prática ambulatorial está entrelaçada com o campo social – dado os atravessamentos das condições socioeconômicas e das posições sociais e políticas dos pacientes - e não restrita ao espaço do setting tradicional, portanto, a interdisciplinaridade – com a assistência e psicologia social, como também com os psicólogos da saúde e os técnicos jurídicos - permite uma expansão do conhecimento sobre às formas de adoecimento e por sua vez um resgate do sujeito, via compreensão deste em sua abrangência (SIGLER, 2011; GUIMARÃES & YAMAMOTO, 2013).

- Por fim podemos resumir as intervenções do seguinte modo, sendo a primeira:

Definição:

Intervenção por meio da associação da Psicologia Clínica com a Acupuntura.

Principais Características:

Prática de maximização de intervenções não-cronificante e redução das de cunho cronificante.

Objetivos:

Permitir a alteração do recurso psicofarmacológico (Amitriptilina) e substituir este último pela acupuntura. A finalidade desse processo é alterar o meio de produção dos efeitos ansiolíticos, visto que o meio psicofarmacológico produz tolerância, sendo, portanto, uma intervenção que a longo prazo cronifica, já a via da acupuntura produz efeitos similares, mas caso haja a necessidade da utilização a longo prazo não há cronificação. Isto será feito no caso de Élite

- A segunda:

Definição:

Ampliação da compreensão do processo de saúde/doença por meio da interdisciplinaridade (SPINK, 2010).

Principais Características:

Permitir a compreensão do processo saúde/doença de modos variados, não apenas por meio da queixa individual, mas sim através do contexto social que possivelmente dá origem a essa mesma queixa.

Objetivo:

Por meio dos modos variados de compreensão do processo saúde/doença e com um horizonte que se vislumbra o contexto social de origem dos processos de adoecimento, desdobrar formas de intervenções que estejam para além-do-setting-clínico-imediato. Portanto, as intervenções tem como foco a profilaxia.

- No caso de Vinícius vislumbrar sua condição dentro de uma perspectiva histórica e das possíveis determinações materiais e vulnerabilidades nas quais se encontra, intervindo de modo junto à Psicologia Social com o Planejamento Social de Vida.

- No caso de Élita estabelecer um plano terapêutico de trabalho com todos os envolvidos (sua irmã no caso), com a finalidade de aumentar os níveis de autonomia e funcionalidade da paciente.

RESULTADOS

No caso de Élita fora feita uma reunião com o profissional da Acupuntura, houve uma concordância com as ideais, como também um apoio delas. A prática já está sendo produzida e em termos de trabalho interdisciplinar, fora positivo, visto que o cruzamento dos conhecimentos converge para um “olhar abrangente” sobre o ser. Por outro lado, temos de aguardar a realização de mais algumas sessões para que possamos observar se há ou não a emergência de resultados terapêuticos. Fora marcado também um horário para consulta de sua irmã adotiva para melhor investigar o caso, como também para averiguar sobre as demandas de Rosineide (irmã adotiva) que são expressas, mas via voz de Élita. Existe, portanto, a necessidade de reposicionar a demanda em seu eixo correto.

Sobre Vinícius, em termos de trabalho interdisciplinar, também fora positivo. O contato com a Psicologia Social permitiu uma abertura de possibilidades sobre atividades esportivas que poderiam ser ofertadas ao jovem, mas ainda existe a necessidade de identificar com quais dela o pré-adolescente mais se identifica. Em relação a sua vó Euly, buscamos Oficinas Terapêuticas e estamos no aguardo sobre as informações referentes às vagas.

Já em relação a Adrian, tivemos uma reunião com o profissional da Psicologia da Saúde do Centro de Saúde do Jardim Eulina, como também com a Assistente Social dessa mesma instituição. Planejamos ter um contato periódico de forma a acompanharmos o futuro desenvolvimento dessa paciente, como também de seu filho em situação de rua. No caso de Adrian, estamos percebendo faltas consecutivas e ainda não há notificação das causas dessas, mas o seu esposo compareceu na instituição informando sobre as faltas da paciente – mas sem justificá-las - indicando que esta compareceria na semana seguinte.

BREVES REFLEXÕES SOBRE A PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA E A PSICOLOGIA DA SAÚDE

As fronteiras entre Psicologia Social Comunitária e Psicologia da Saúde se cruzam e muitos desafios compõem nesse âmbito de atuação. Ao mesmo tempo é um desafio lidar com demandas tão variadas e que exigem o emprego de ferramentas teóricas-conceituais específicas, mas a realidade exige e é inevitável não se adaptar a esta.

As fronteiras entre o campo da psicologia social comunitária e da psicologia da saúde, com as suas perspectivas, mais o trabalho interdisciplinar, como também a troca de informação com pessoas de outras instituições abre espaço para a compreensão da rede de articulação existente entre a ONG e as instituições de saúde e assistência social da comunidade.

Durante os atendimentos percebo que quando se refere a um atendimento num espaço institucional e com tempo estabelecido para se fazer um determinado tipo de prática, vejo o quanto são necessárias as práticas estarem munidas de intervenções técnicas e que estejam estritamente ancoradas as qualidades transformativas e de resolução de problemas.

Quando trabalhamos com pessoas de baixa escolaridade e com pouca instrução e vivendo em condições sociais desfavoráveis, percebemos que é necessário um trabalho prévio para a criação de recursos cognitivos que são imprescindíveis para o tratamento psicoterápico, como: capacidade de introspecção, classificação e diferenciação de pensamentos, afetos e comportamentos.

As demandas são variadas no ambulatório de saúde, como também existe todo um complexo processo envolvido no adoecimento dos indivíduos, portanto, há de se considerar todos os níveis que podem influenciar numa determinada patologia, seja social, psíquico ou biológico.

BREVE COMENTA SOBRE UMA PROBLEMÁTICA INSTITUCIONAL

Seja qual instituição for e indiferente dos preceitos que esta segue, existe divergências ao que concerne à forma de administração. O que podemos observar é que o ambulatório tem como base uma filosofia holística que orienta a forma de tratamento dos pacientes e por outro lado na administração da creche existe uma concepção pedagógica tradicional que não inclui às famílias como parte essencial do processo de educação.

Tendo em vista essa divergência de ideais, os profissionais se dividem e não produzem um intercâmbio entre os subsistemas de prestação de serviços aos usuários. Atualmente a psicóloga social está produzindo um trabalho junto à psicóloga da saúde da unidade básica de saúde, que implementa oficinas nas creches e que traz a família no âmbito escolar como agentes determinantes e fundamentais para o processo de aprendizagem. Não obstante, essa iniciativa está sofrendo uma série de críticas por parte da administração, visto que o espaço escolar é único e exclusivo para as crianças e não para os pais.

O que é perceptível é o fato de que durante o período que as crianças passam na escola existe um foco exclusivo nelas e uma consideração sobre as problemáticas como ocasionadas propriamente pela a personalidade e as características pessoais destas e que podem, portanto ser corrigidas por meio da pedagogia.

Não que o fato da existência de problemáticas ter como etiologia a constituição subjetiva e pessoal da criança não seja verdadeira, é possível que exista fenômenos como esses, não obstante a generalização de tal asserção produz um reducionismo sobre as dificuldades escolares que aparecem e brotam nesse espaço, visto que as reduz ao indivíduo sem nenhuma forma de contextualização do ambiente social, o responsabilizando assim, por acontecimentos que muitas vezes está fora de seu poder de arbitragem.

Esse conjunto de questões emergem, mas esses entraves não permitem a comunicação e as concepções filosóficas que embasam tais práticas se encontram enraizadas na personalidade de administradores que detém um poder de influência sobre os seus funcionários e acabam por transmitir a sua visão de mundo de modo hierárquico.

Da mesma forma que no Ambulatório temos um administrador com preceitos filosóficos holísticos sobre o processo saúde doença, nós temos na parte da instituição e na área da educação uma administradora com preceitos filosóficos do neoliberalismo que compreende a constituição do sujeito descentrada de seu contexto social, a implicação de tal fato é que essa concepção se

encontra internalizada nos outros membros desse meio e é transmitida de modo sucessivo para os novos profissionais e a aderência se torna tanto maior quanto maior for o tempo de institucionalização de uma determinada ideia e quanto mais abrangente for sua materialização e distribuição no espaço físico.

DISCUSSÃO

A realização de uma atividade que se encontra no plano teórico exige do profissional da psicologia, não apenas iniciativa e competência teórico-prática/conceitual-técnica, mas também plasticidade em viver as situações do dia-a-dia e identificar as peculiaridades pertencentes a estas e costurar as possíveis formulações que se encontram no plano das ideias na realidade empírica, de tal forma que se possa efetivar alguma prática que possa ser útil para os envolvidos e usuários do serviço de psicologia.

Basicamente, defendemos a proposição de que não necessariamente as formulações que se encontram no plano das ideias precisam ser realizadas efetivamente e de modo imprescindível - como uma espécie de cópia do exemplar original -, mas que se possa apreender a singularidade da realidade – uma vez que não existe realidade a priori a ser vista - que se mostra e encontrar as possíveis soluções para esses problemas, havendo aí, desfechos razoáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GUIMARÃES, Shyrley Bispo; DE OLIVEIRA, Isabel Fernandes; YAMAMOTO, Oswaldo Hajime. **As práticas dos psicólogos em ambulatórios de saúde mental**. Psicologia & Sociedade, v. 25, n. 3, p. 664-673, 2013.

SIGLER, Rosana et al. **A escuta psicanalítica em um contexto de atendimento interdisciplinar**. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 31, n. 1, p. 176-187, 2011.

SPINK, Mary Jane P. **Psicologia Social e Saúde: trabalhando com a complexidade**. Quaderns de psicologia, v. 12, n. 1, p. 0041-056, 2010.