

REVISTA DE

PSYCOLOGIA

SAÚDE MENTAL E SEGURANÇA PÚBLICA

EDIÇÃO ESPECIAL

JANEIRO/DEZEMBRO

1997

ADMINISTRAÇÃO:

Centro de Pesquisa e Pós-Graduação da PMMG - CPP

Rua Diabase, 320 - Prado - Belo Horizonte /MG

Tel.: (0xx31) 2123-9513

Fax: (0xx31) 2123-9512

CEP 30.410-440

E-mail: cpp@pmmg.mg.gov.br

EXPEDIENTE

CONSELHO EDITORIAL

Membros:

Cap PM QOS Geralda Eloisa Gonçalves Nogueira
Cap PM QOS Elaine Maria do Carmo Zanolla Dias de Souza
Ten PM QOS Marcelo Augusto Resende
Ten PM QOS Andréa de Las Casas Moreira

Revisor

Professor Hugo de Moura

Colaboradores:

Rosenei Dóroti Silva Maciel
Cleanice Mariani, Subten. PM
Ana Cristina Ávila Batista, Ten. PM
Kleber Nogueira
Sérgio dos Santos Amaral, Sgt. PM
Marilene de Jesus Andrade
Cristina Galery dos Santos

Revista de Psicologia: Saúde Mental e Segurança Pública - Edição Especial
1997 - Belo Horizonte, Polícia Militar de Minas Gerais; Centro de
Pesquisa e Pós-Graduação da PMMG.
Publicação Anual.
Publicação interrompida de 2000 a 2001.
Ano 1, n.º 1 - especial, publicada pelo Centro de Estudos e Pesquisas;
Ano 2, n. 2 - publicada pelo Centro de Pesquisa e Pós-Graduação.
ISSN 1807-2585
1. Psicologia. 2. Psicanálise. 3. Saúde Mental. 4. Administração. I.
Polícia Militar de Minas Gerais: Centro de Pesquisa e Pós-Graduação.

Os artigos publicados são de responsabilidade dos autores, não traduzindo, necessariamente, a opinião do Comando da Polícia Militar de Minas Gerais.

A reprodução total ou parcial dos artigos poderá ser feita, salvo disposições em contrário, desde que citada a fonte.

Aceita-se intercâmbio com publicações nacionais e estrangeiras.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
INTRODUÇÃO	9
10 ANOS DE PSICOLOGIA NA PMMG - CONSTRUÇÕES E CONTRIBUIÇÕES	11-15
Maria de Fátima Andrade Chadid	
Ana Cristina Ávila Batista	
Waldane Ribeiro Bartholo	
Tânia Mary Fonseca	
Maria Angélica da Silva Barbosal	
O PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH NAS INSTITUIÇÕES: UMA QUESTÃO ÉTICA	17-21
Marcelo Augusto Resende	
ATOS DE AUTO-EXTERMÍNIO ENTRE POLICIAIS MILITARES - ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	23-26
Geralda Eloisa Gonçalves Nogueira	
Andréa de Las Casas Moreira	
SAÚDE MENTAL E CRISE - ABORDAGENS POSSÍVEIS NA CLÍNICA INSTITUCIONAL	27-35
Maria de Fátima Araújo Tavares Brasil	
Karla Betsy da Silva Biondini	
DEPRESSÃO - ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	37-46
Andréa de Las Casas Moreira	
Maria Cristina Garcia	
Belinda Inês Sabino Cavazza	
O ESTRESSE E SUAS IMPLICAÇÕES NO TRABALHO POLICIAL	47-62
Geralda Eloisa Gonçalves Nogueira	
Fabrícia Lopes Brandão	
Valéria Miranda Tolentino	
Cristiane Goretti Chaves	
A FAMÍLIA E A TERAPIA FAMILIAR	61-63
Desirée Anísia Lacerda de Almeida	

DESVIO DE CONDUTA 65-75

Maria Carmen de Castro Patrocínio
Elaine Maria do Carmo Dias de Souza
Mônica Margalith Henriques
Marcelo Augusto Resende
Rosenei Dóroti Silva Maciel
Andréia Geraldo Batista
Luciléia Aparecida Campos
Aédel Nagib Assaf
Gleise Ferreira T. Silval

ALCOOLISMO... UM ENIGMA! 77-84

Rosana Scarponi Pinto
Sinome Alvarenga Salgado Gomes
Paola Bonanato Lopes
Karla Brandão Bonato

ESTUDO DE CASO – IMPACTO FULMINANTE 85-97

Marília Teresa Teixeira Gontijo Cardoso
Adão Carlos da Silva
João Luís da Silva

A PSICOLOGIA HOSPITALAR NO HPM 99-101

Elaine Maria do Carmo Dias de Souza
Mônica Margalith Henriques
Cláudia Pedrosa Soares

**FILOSOFIA DE RECURSOS HUMANOS NA PMMG:
CRÍTICA E ANÁLISE 103-113**

Andrea Cury et al.

RECURSOS HUMANOS NA PMMG 115-117

Roberval das Neves Chaves

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE TEXTOS 119-121

EDITORIAL

Esta primeira edição da *Revista de Psicologia: Saúde Mental e Segurança Pública* vem reiterar o compromisso fundamental dos psicólogos da Polícia Militar de Minas Gerais de construir e consolidar os pressupostos teóricos com a sua prática.

O trabalho da Psicologia na Instituição vem se desenvolvendo há 10 anos. Esta Revista é fruto deste trabalho. Os textos apresentados nesta edição refletem as questões vivenciadas pelos profissionais da área e debatidas nos encontros mensais da categoria, no âmbito Institucional.

A Revista institui como imperativo ético a exigência da formalização teórica da prática dos psicólogos e de compartilhá-la com seus pares.

Cria-se, desta forma, um novo espaço de interlocução entre profissionais implicados com a questão da saúde mental e sua interface com a segurança pública.

Conselho Editorial.

Belo Horizonte, novembro de 1997.

APRESENTAÇÃO

O mundo não está onde os idealistas gostariam que ele estivesse, mas ele não estaria onde está se não fossem os idealistas.

O lançamento da *Revista de Psicologia: Saúde Mental e Segurança Pública* é resultado do idealismo de um grupo de psicólogos do Quadro de Oficiais de Saúde da Polícia Militar de Minas Gerais.

Reconhecida, em qualquer parte do mundo, como uma das profissões mais estressantes, a atividade policial-militar carrega valores, rituais, estigmas e preconceitos que se abatem diretamente sobre o profissional de Segurança Pública, refletindo, de forma implacável, na sua saúde física e mental.

Diante desta realidade e sentindo a necessidade inadiável do especialista em comportamento humano, a PMMG institucionalizou, há dez anos, a presença do Oficial Psicólogo na Organização. De doze vagas oferecidas inicialmente em 1987, há, hoje, na Polícia Militar, mais de cinquenta psicólogos.

Nesse período, esses profissionais justificaram plenamente a sua admissão. No correr do tempo, produziram trabalhos, realizaram pesquisas, acumularam experiências. Construíram, enfim, com competência e determinação, seu próprio espaço. Verificando, certamente, que a riqueza do material produzido através dos anos não deveria ser perdida, a idéia da publicação de uma revista, que fosse um instrumento de registro deste saber acumulado, surgiu no momento oportuno. Esta idéia que agora se torna realidade caracteriza um novo e grande passo na trajetória do psicólogo na Polícia Militar.

Colocando-se como um lugar aberto para a manifestação dos profissionais estudiosos e interessados em saúde mental e segurança pública, a revista abrirá novos caminhos e oportunidades para divulgação de trabalhos práticos e teóricos, discussões, reflexões e debates.

Já no seu primeiro número, é apresentada uma série interessante de artigos, estudos de casos, depoimentos. Esta pluralidade de posicionamentos e opiniões numa área inesgotável e em constante movimento que é a do comportamento humano proporcionará, acredito, o enriquecimento dos seus leitores.

Agradeço a lembrança do meu nome para fazer esta apresentação, o que faço com muita honra.

Vida longa à *Revista de Psicologia: Saúde Mental e Segurança Pública*.

Parabéns aos seus idealizadores.

Paulo Afonso de Miranda, Coronel PM

INTRODUÇÃO

Trabalhei muitas vezes nos anos de 1995/96 com o grupo de psicólogos da PMMG.

Nessas ocasiões, questões como “a conduta nas emergências e urgências, “o suicídio”, “o alcoolismo”, “a questão do diagnóstico” e “o lugar do psicólogo na PMMG” constituíam uma cadeia significativa que apontavam para uma demanda de trabalho com uma clínica que considerasse a dimensão do sujeito do inconsciente.

A introdução de conceitos fundamentais como inconsciente, o sujeito e o Outro, a transferência, gozo, sintoma e fantasma, passagem ao ato, discurso, etc., ... trabalhados sob a forma de seminários e ao redor da apresentação de casos clínicos extraídos da clínica de cada um na PMMG, levaram-me a testemunhar o interesse, a coragem, a decisão e a sensibilidade clínica desses profissionais num espaço de trabalho onde os discursos do mestre e universitário estruturam solidamente os laços institucionais.

Nessa estrutura, os psicólogos são demandados pelo Outro institucional enquanto um “suposto-saber-dar-conta” da prevenção de atos extremados (auto e hetero-agressivos), enquanto que a própria estrutura institucional detém um saber sobre sua contribuição e possíveis implicações nos mesmos. Situação delicada, de difícil manejo, muitas vezes angustiante para esses profissionais de Saúde Mental, que, ao se decidirem ao exercício de uma clínica que considere o sujeito do inconsciente nessa estrutura institucional, certamente se defrontarão com momentos cruciais onde a própria clínica funcionará como uma *tiquê no automaton* das relações entre os sujeitos na Instituição e entre os sujeitos e o Outro institucional representado por seu patrimônio de regras e normas estabelecidas em seu regimento.

Contudo, apesar das dificuldades, surge agora o registro do esforço de construção dessa clínica, testemunhado por essa primeira publicação. Primeira na medida em que acreditamos que outras virão fazer série e fazer avançar o trabalho ali realizado. Os temas-títulos dos textos apontam para o caminho percorrido e o percurso até agora realizado.

A todos, parabéns! E que sustentem esse trabalho.

Antônio Beneti.

Belo Horizonte, 02 de novembro de 1997.

10 ANOS DE PSICOLOGIA NA PMMG - CONSTRUÇÕES E CONTRIBUIÇÕES

Maria de Fátima Andrade Chadid
Capitão Psicóloga da PMMG

Ana Cristina Ávila Batista
Tenente Psicóloga da PMMG

Waldanne Ribeiro Bartholo
Tenente Psicóloga da PMMG

Tânia Mary Fonseca
Subtenente da PMMG

Maria Angélica da Silva Barbosa
Cabo da PMMG

*Somos aprendizes (talvez de feiticeiro!) de um ofício cujo
"savoir faire e savoir penser" estamos longe de dominar.
Mas só se aprende tentando e errando.*

Jurandir Freire Costa

INTRODUÇÃO

A Psicologia na Polícia Militar de Minas Gerais (PMMG) entra em sua fase de amadurecimento e, após passar por mudanças e descobertas, atinge uma maior autonomia. Assim, a Psicologia se apropria de um saber e de uma práxis que, aos poucos, vai se instituindo. É, portanto, na tentativa de conhecer tais práticas, levantar os caminhos trilhados pelos profissionais, analisar suas dificuldades e obstáculos e conhecer as saídas possíveis, que realizamos este trabalho.

Temos também como objetivo brindar os dez anos de inserção da Psicologia na PMMG como mais um serviço de assistência à saúde prestado a seus integrantes. Para tanto, contemplamos neste artigo os antecedentes históricos que levaram à oficialização da Psicologia na Instituição.

Para a elaboração deste trabalho, os psicólogos da PMMG responderam um questionário e foram realizadas algumas entrevistas, tornando possível um retrato do percurso da Psicologia na Instituição.

A PSICOLOGIA NA PMMG E SEUS ANTECEDENTES

As raízes da Psicologia na PMMG encontram-se intimamente ligadas à seleção, sendo sua história constituída a partir das crescentes necessidades de aprimoramento do processo seletivo e melhor qualificação dos candidatos admitidos.

Em 1987, é criado o quadro de oficiais psicólogos, sendo incluídos dez profissionais. À época, já existiam na Corporação psicólogos civis e militares com formação na área e que trabalhavam na Diretoria de Pessoal (DP) e na Academia de Polícia Militar (APM).

A entrada dos oficiais psicólogos possibilitou a ampliação do processo seletivo, além de determinar melhores critérios e rigor científico, ocasionando mudanças significativas no nível dos candidatos incluídos. Entre os trabalhos importantes desenvolvidos nessa ocasião, destacou-se a elaboração do Perfil Profissiográfico do Soldado PM, por batalhão, buscando subsidiar e complementar as características preconizadas pelo Manual de Recrutamento, Seleção e Formação do Soldado (MARESELFO).

Com a chegada dos novos profissionais, além da expectativa de que eles permanecessem na DP, surge também a idéia da criação de um Centro de Psicologia, que seria responsável por todo tipo de assistência psicológica prestada na Corporação. Proposta interessante, porém complexa para o momento, razão pela qual foi adiada.

Nessa mesma época, dois psicólogos são lotados na Clínica de Psicologia e Psiquiatria (CLIPPS) do HPM que tem como objetivo prestar assistência ambulatorial e clínica aos militares e dependentes, respaldada por uma equipe multidisciplinar composta pela assistência psicológica, médica e social.

Na APM, desenvolve-se o acompanhamento psicológico para os cursos de formação de oficiais e praças, tendo como objetivo contribuir para o aprimoramento profissional e prestar assistência aos alunos em curso.

Aos poucos, a Psicologia passa a ampliar seu leque de possibilidades para atendimento às necessidades da Instituição. Através do contato da tropa com a nova modalidade de assistência, surge a demanda para uma atuação sistematizada de Psicologia nas Unidades. Era freqüente, no interior, os militares aproveitarem a visita dos psicólogos para alguma orientação, tanto pessoal como também para as escolas de formação.

Em 1991, com a realização do II Seminário dos Chefes de Formação Sanitária, levanta-se a primeira proposta de elaboração do Manual do Oficial Psicólogo, quando se torna notória a necessidade de integração da Psicologia nas Subseções de Assistência à Saúde (SAS). Surge o compromisso de ampliação do quadro para o ano seguinte pela Diretoria de Saúde.

Através da elaboração do Manual do Psicólogo, a equipe de psicólogos passa a se reunir, discutindo sua prática e trocando experiências. Evidencia-se, então, a importância da manutenção das reuniões para enriquecimento do trabalho. As reuniões aconteciam, de início, informalmente e, posteriormente, tornaram-se oficializadas pela Diretoria de Saúde, que reconhece seu valor.

PSICOLOGIA - UM PERFIL

O Lugar da Psicologia na PMMG

O presente estudo nos revela que a Psicologia na PMMG tem sido construída a partir das necessidades emergentes na Corporação, como também, através da riqueza proporcionada pelas diversidades da prática psicológica, bem como através da singularidade de cada psicólogo no cotidiano de seu trabalho.

Certamente, no decorrer da trajetória de cada profissional, objetivos foram alcançados, assim como impasses também se fizeram presentes. Dentre eles, a demarcação do “lugar” da Psicologia na Instituição. No início, não se tinha ao certo uma clareza sobre o papel da Psicologia, sobre as suas possibilidades, de atuação, ou mesmo sobre qual seria a verdadeira contribuição a oferecer. Era comum o psicólogo ser

chamado a atuar em situações que extrapolavam a sua especificidade e, outras vezes, não ser requisitado em ocasiões para as quais era competente.

A Psicologia ficava, assim, situada num lugar incômodo, não sendo reconhecida claramente como parte integrante da área de saúde e, ao mesmo tempo, havendo expectativas de que se fizesse presente nas mais diversas e variadas situações. Assim, os psicólogos encontravam-se subordinados a Diretorias diferentes, de acordo com a Unidade à qual servisse e, às vezes, sem o apoio técnico necessário.

Esse quadro contribuiu para que inicialmente o trabalho de Psicologia permanecesse compartimentado e isolado. Realizava-se a seleção na DP, o acompanhamento psicológico na APM e o atendimento clínico no HPM. As realizações de um setor eram desconhecidas dos demais. A Clínica de Psicologia do HPM, por estar diretamente vinculada à Diretoria de Saúde, tinha um acesso maior para opinar e contribuir mais diretamente para as questões de saúde mental na Corporação.

Com a inclusão do atendimento psicológico na SAS, a Psicologia passa a se apropriar de um lugar mais definido, não sendo o oficial psicólogo visto tão somente como um avaliador, mas como um assessor na área de recursos humanos no batalhão, contribuindo com sua especialidade para as ações de assistência à saúde mental dos militares e seus dependentes.

ÁREAS DE ATUAÇÃO E DESAFIOS ENFRENTADOS

Para fazer frente às multiplicidades de demandas na Instituição, a formação do profissional psicólogo torna-se uma condição de peso, uma vez que em seu dia-a-dia o psicólogo se vê em constantes desafios que o mobilizam a buscar recursos variados para o seu trabalho.

A assistência psicológica prestada nas diversas Unidades é bastante ampla, tendo sua maior concentração na clínica. Esta é voltada de forma mais intensa para o segmento das praças, além dos dependentes. Este dado nos mostra ser ainda reduzida a procura do serviço de Psicologia por parte dos oficiais.

Neste sentido, embora se constate o aumento da demanda da assistência psicológica, ainda são grandes os mitos e preconceitos presentes no imaginário dos militares de forma geral, aliados a uma certa desconfiança em relação à quebra de sigilo e receio por questões hierárquicas. Muitas vezes, a procura pelo psicólogo surge acompanhada do temor de serem criticados pelos colegas, “marcados” ou discriminados pelos superiores, de serem avaliados como fracos, incompetentes ou incapazes. É freqüente, na Instituição, a utilização de termos de cunho pejorativo como “louco”, “AFIR” (termo utilizado no código de ocorrências para designar doentes mentais), para aqueles que apresentam alguma dificuldade emocional, de adaptação, ou necessitam de atendimento psicológico. Em contrapartida, existe na Instituição uma imagem idealizada do policial militar que não se deixa abater, não pode errar e nem adoecer. Procurar, então, assistência psicológica caracterizaria um sinal de fraqueza. Percebe-se também a insegurança de que o psicólogo poderia prestar informações sobre os atendimentos realizados, ou atuar como um “P2” (agente de inteligência).

Poderíamos resumir esta situação na fala de uma psicóloga que diz - “Procurar o psicólogo traz um “a menos”, significa fragilidade. Psicólogo é para “os outros”, existe uma conduta de esquivar-se a ver-se como necessitando de ajuda e do ser visto pelos demais.”

Percebe-se que a postura ética de cada psicólogo, principalmente quando delimita e enfatiza o seu papel, é um fator que influencia no nível de confiança daqueles que o procuram, ou lhe são encaminhados. As barreiras que surgem no tocante à clínica requerem um manejo técnico e teórico apropriados dentro da Instituição. Como impasses apontados pelos psicólogos, destacam-se: “a falta do distanciamento necessário

para os atendimentos clínicos”, e “as barreiras ocasionadas pela hierarquia.” Acreditamos que estes fatores estão longe de serem eliminados e, de certa forma, estarão sempre presentes por se tratar de um serviço oferecido pela Instituição. No entanto, podem ser minimizados e, para isto, o tempo e a postura individual do psicólogo são os melhores aliados.

Se, por um lado, a clínica psicológica na PMMG não é uma clínica fácil, por outro lado é uma experiência desafiante por ser diversificada, mobilizando o profissional a manter-se sempre atualizado. Os atendimentos de risco na clínica são bastante comuns, sendo também elevado o número de casos de alcoolismo e internações psiquiátricas. Consultados, a maioria dos psicólogos relatou ter prestado atendimento sob risco de suicídio e descreve que a intervenção requer, sobretudo, maior disponibilidade do profissional em relação a: aumento do número de sessões de atendimento, trabalho interdisciplinar com o médico da Unidade ou com a Psiquiatria e, às vezes, até com a Assistência Social. Toma-se necessário, na maioria das vezes, um trabalho com a família do paciente e medidas práticas como, por exemplo, o desarmamento. Tudo isto exige do profissional bastante preparo teórico, técnico e prático. O atendimento a casos de risco gera também grandes expectativas por parte da Instituição. Uma psicóloga descreve esta situação da seguinte forma: “Para a instituição, fica a expectativa de que o sucesso de um atendimento seja a garantia para os demais.”

Além do atendimento clínico, a Psicologia realiza outras atividades voltadas para os recursos humanos, tais como: seminários de saúde mental, cuja abordagem interdisciplinar trabalha temas de interesse na Unidade; realização de dinâmicas de desenvolvimento interpessoal e aulas de Relações Humanas para os cursos de formação, atividades estas que favorecem maior proximidade com a tropa; desenvolve acompanhamento a grupos de alcoolistas e hipertensos; grupos de treinamento em Recursos Humanos nas Unidades; assessoria a diversos assuntos ligados à pesquisa em saúde mental; assistência a pacientes internados e seus familiares; Psicologia educacional no Colégio Tiradentes, priorizando um trabalho preventivo com dependentes e alunos, além de um trabalho interdisciplinar com o corpo docente; aplicação e análise de testes de seleção da Capital e interior e realização de perícias psicopatológicas para fins de reformas e licenças de militares e beneficiários do Instituto de Previdência dos Servidores Militares (IPSM).

A pesquisa realizada mostra que é grande o envolvimento da Psicologia em comissões e pesquisas, dada a afinidade com as questões humanas e de adequação ao trabalho. No entanto, os resultados de muitos desses trabalhos não têm tido prosseguimento, seja pela quantidade de tarefas ou por dificuldades de tempo e planejamento. Por outro lado, tem sido enfatizada cada vez mais a necessidade do trabalho interdisciplinar no Centro de Recrutamento e Seleção (CRS), na APM, no Hospital da Polícia Militar (HPM), no Colégio Tiradentes da Polícia Militar (CTPM), como também na Junta Central de Saúde (JCS), ou seja, em todos os lugares onde as práticas de saúde, questões sobre recursos humanos, sobre a formação e sua metodologia demandem discussões e trabalho em equipe.

Um aspecto relevante no contexto da Psicologia na PMMG é o trabalho realizado pelos psicólogos das Unidades do interior. Os relatos, em sua maioria, mostram que a disponibilidade deste profissional é praticamente total, sendo freqüentemente requisitados a responderem por questões que inclusive extrapolam a especificidade de nossa profissão. Somam-se, a isto, as dificuldades geradas pelo isolamento, distância do restante da equipe e falta de recursos financeiros para o deslocamento que fazem com que sintam necessidade de maior entrosamento e troca de experiência que são fundamentais em nossa prática.

A avaliação de nossa trajetória tem nos mostrado o quanto caminhamos e o quanto ainda temos por caminhar. Percebemos que alguns setores de trabalho ainda não favorecem o desenvolvimento das possibilidades e do potencial da Psicologia. Este é o caso da Psicologia no CRS, onde pouca coisa mudou no decorrer dos anos de trabalho. O fato do CRS dedicar-se quase que exclusivamente à aplicação e

análise de testes, com volume grande de trabalho, fez com que se mantivesse em um sistema pouco aberto a mudanças, dificultando o acesso a projetos voltados ao treinamento e consultoria, apesar de ter condições que propiciem tal trabalho e existir demanda da Instituição para sua execução.

Percebe-se, assim, que a Psicologia encontra-se bastante comprometida com o trabalho que realiza. O amplo leque de possibilidade e experiências que a Instituição oferece traz um aprendizado às vezes angustiante, no entanto a motivação tem sido alta. Atualmente, os psicólogos têm encontrado maior abertura para as suas expectativas e projetos de trabalho. Entretanto, para que estes se tornem efetivos, é necessário que o psicólogo esteja constantemente falando sobre sua prática e seu lugar na Instituição, bem como buscando uma implicação de todos com a melhoria da qualidade de vida da tropa. Tarefa nem sempre fácil, já que a PMMG encontra-se ainda tímida no que diz respeito à valorização de seus recursos humanos.

Apesar dos impasses naturais a um trabalho institucional como o nosso, o balanço tem sido favorável. Reconhece-se uma maior tranquilidade e segurança em se arvorar por caminhos desconhecidos, tendo a ousadia de se criar e conquistar um espaço de trabalho. Deste modo, os psicólogos relatam estar mais à vontade por já conhecerem melhor a Instituição: de forma menos idealizada e mais crítica. Cada profissional, dentro de seu percurso, tem procurado construir seu trabalho com o toque pessoal, mas em consonância com as necessidades da Corporação. Existe a forte percepção de que a melhor forma para se vencer as barreiras que se interpõem no caminho profissional assenta-se sobre a competência técnica, aliada à flexibilidade, senso de oportunidade, tolerância e acima de tudo o reconhecimento das limitações.

Para finalizar, registraremos alguns depoimentos de psicólogos que descrevem como a experiência na Instituição tem contribuído para a sua formação pessoal e profissional:

“A minha experiência contribui para que eu possa partilhar informações com outros profissionais da área, através de cursos e congressos e levantar questões que me fazem atualizar.”

“Os atendimentos clínicos são ricos e contribuem para uma maior maturidade pessoal.” “É uma experiência ímpar que me põe a estudar cada vez mais.”

O PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH NAS INSTITUIÇÕES: UMA QUESTÃO ÉTICA

Marcelo Augusto Resende
Tenente Psicólogo da PMMG

INTRODUÇÃO

O Psicodiagnóstico de Rorschach é um método de avaliação que permite levantar as características principais da personalidade. Para tal, exige do examinador uma análise meticulosa e profunda dos dados coletados, seja no protocolo ou na entrevista psicológica, assim como também exige um tempo dilatado e nem sempre previsível nesta investigação.

Neste trabalho, pretendo explorar o fator TEMPO, necessário para a aplicação, cotação, interpretação e elaboração de laudo, incluindo neste processo a entrevista individual.

Levarei em consideração a minha experiência na Junta Central de Saúde (JCS) da PMMG e informações coletadas de colegas de outras instituições, de docentes de algumas universidades mineiras e de autores de renome com trabalhos sobre Psicodiagnóstico de Rorschach.

REFERENCIAL TEÓRICO

O resultado de uma avaliação pelo Rorschach vai ser confiável e bem sucedido, se o examinador estiver atento e controlar uma série de variáveis que podem interferir desde a preparação para a aplicação da técnica até o final da avaliação, com a elaboração do laudo ou parecer técnico. O fator TEMPO é uma dessas variáveis e pode ser reduzido ou estendido de acordo com a experiência do aplicador, a dinâmica e as características da personalidade do examinado. Assim, deve-se contar com um horário dilatado e disponível para esta finalidade.

Segundo Cícero Vaz (1997), “duzentos e quarenta segundos por cartão, como tempo de duração, é mais do que suficiente para o sujeito fornecer dados necessários a uma avaliação, se levarmos em conta quarenta segundos como tempo médio por resposta num protocolo. Isto representaria sessenta respostas num protocolo, dados mais do que suficientes para uma avaliação, se partirmos do princípio que trinta respostas seria o número máximo no protocolo de uma pessoa normal” (30 respostas = 1200 segundos = 20 minutos). Logo, só para a tomada de respostas, sem inquérito de determinantes, inquérito de limites, localização, seleção de cartões e de cores, o sujeito gastaria em torno de vinte minutos.

Raros são os autores que escrevem sobre a questão do TEMPO para uma completa avaliação, na bibliografia por mim pesquisada. A exceção fica por conta de Didier Anzieu (1988):

A duração do Rorschach (teste + inquérito) varia de aproximadamente meia hora até duas horas. Logo, antes da aplicação, o examinador deve assegurar-se de que o testando estará livre de compromissos durante todo o tempo necessário. A interpretação bem aprofundada e a redação de um laudo detalhado podem ocupar até metade de um dia.

EXPERIÊNCIA NA PMMG

A Polícia Militar de Minas Gerais conta com um órgão colegiado permanente, a JCS, que tem por competência, entre outras, realizar:

- inspeção de saúde em militares e em servidores civis pertencentes à PMMG;
- avaliação de perícias clínicas realizadas pelas Sessões de Assistência à Saúde (SAS) em civis candidatos à inclusão na PMMG;
- perícias médicas requisitadas pelo Poder Judiciário e Ministério Público, ou solicitadas por procedimentos administrativos internos;
- inspeção de saúde em militares desertores;
- prescrição de licenças e dispensas.

O oficial psicólogo é um dos componentes desta Junta, mas sua função se restringe a avaliar as condições psicológicas do sujeito, utilizando o Psicodiagnóstico de Rorschach, como instrumento de trabalho. Os resultados obtidos são encaminhados ao médico psiquiatra, responsável pela perícia psicopatológica.

A demanda nesta Instituição é crescente e exige do profissional um preparo especializado. No entanto, alguns limites quanto ao fator TEMPO têm que ser impostos, a fim de não prejudicar a qualidade e a seriedade do trabalho. Neste sentido, conta-se com uma rede credenciada, quando o número de exames ultrapassa o seu limiar. Esforços também têm sido feitos, no sentido de aumentar o quadro de oficiais psicólogos qualificados nesta Unidade, de forma a atender mais prontamente esta demanda.

Sobre o tempo gasto na avaliação psicológica na JCS, necessita-se em torno de sessenta minutos para a aplicação, sessenta minutos para a entrevista e duas horas para a correção e elaboração de laudo. Este tempo é variável e pode ter alterações significativas dependendo do caso. No exame de um obsessivo, por exemplo, foram gastas, só na aplicação, quatro horas, mesmo limitando o número de suas respostas.

EXPERIÊNCIAS DE OUTROS PROFISSIONAIS

Tendo sido feita uma coleta de dados entres vários profissionais do mercado de trabalho e empresas de grande porte, que utilizam o método de Rorschach, como instrumento de avaliação, pode-se constatar:

a) O Psicodiagnóstico de Rorschach gasta muito tempo e exige um conhecimento específico do examinador, tornando-se dispendioso financeiramente. Muitos têm utilizado técnicas mais rápidas porém mais superficiais, deixando o Rorschach só para casos mais graves, que necessitam de um estudo mais aprofundado.

b) Muitas empresas ou instituições não trabalham com este método, mas encaminham a demanda para profissionais credenciados, quando necessário.

c) A sobrecarga de trabalho em algumas instituições é asfíxiante, exigindo do profissional um esforço sobre-humano no sentido de atender à demanda.

d) Além de exigente, o Rorschach torna-se muitas vezes exaustivo, dependendo do tipo de examinado que será avaliado. Como não se sabe antecipadamente disso, é aconselhável que o examinador não faça mais de uma aplicação por dia e tenha horário disponível suficiente para uma avaliação tranqüila e sem interrupção.

e) O tempo total estimado para uma avaliação, incluindo a entrevista psicológica, varia de duas horas até quinze horas, conforme quadro abaixo.

QUADRO 1

Tempo médio no Psicodiagnóstico de Rorschach
segundo profissionais com experiência nesta avaliação

Local de trabalho/Convênio	Aplicação Inquérito	Cotação Psicograma Laudo	Entrevista	Tempo Total
DETRAN	30 mim	45 mim	15 mim	2 h
Rede Ferroviária Federal	1h e 30min	10h	1 h	12h e 30min
Coca Cola	1h e 30min	2h	1h e 30min	5 h
PMMG	1h e 30min	4h	30min	4 h
Clínica/Perícia do INSS	1h e 30min	7h e 30min	1 h	4 h
Rede Ferroviária Federal	1h e 30min	12 h	1h e 30min	15 h
Hospital Psiquiátrico Sta Maria	40h	3 h	20 min	4 h
Clinica Planalto	1h e 30 min	4 h	1 h e 30 min	7 h
Manicômio Judiciário de Barbacena	1 h	6 h	1 h e 30 min	8 h e 30 min
Banco do Brasil/Credenciada da PMMG	30 min	3h e 30 min	1 h	5 h

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor no primeiro semestre de 1997, no Estado de Minas Gerais.

EXPERIÊNCIA DE DOCENTES

Em pesquisa realizada entre os docentes de algumas universidades mineiras, pode-se observar a mesma variação no tempo, sendo necessárias, em média, de quatro a doze horas para uma avaliação completa, conforme quadro 2.

QUESTÃO ÉTICA

O psicólogo que trabalha em instituições ou empresas muitas vezes sofre pressão para responder a uma demanda crescente, correndo-se o risco de perder a qualidade e a eficiência da avaliação em função do tempo, disponível.

Segundo o Código de Ética do Conselho Federal de Psicologia, ao tratar das responsabilidades gerais, cita os deveres fundamentais do psicólogo:

Artigo 1º

- a) esforçar-se por obter eficiência máxima em seus serviços procurando sempre atualizar-se;
- b) assumir responsabilidade somente por tarefas para as quais esteja capacitado, conhecendo suas limitações e renunciando a trabalho que possa ser por elas prejudicado;
- c) recorrer a outros especialistas sempre que necessário;

QUADRO 2

Tempo médio no Psicodiagnóstico de Rorschach
Segundo docentes de universidades mineiras

Docentes por Universidade	Aplicação Inquérito	Cotação Psicograma Laudo	Entrevista	Tempo Total
UFMG	1h e 15min a 2h	1h	1h	3h
UFMG	1h e 30min	5h	30min	7h
UFMG FUMEC NEWTON	1h e 10min	5h	50min	7h
NEWTON	1h e 30min	4h	30min	4h
FUMEC	2h	1h e 30min	30min	4h
PUC	1h e 30min	7h	1h e 30min	10h
CES/JF UFJF	1h	9h	2h	12h

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor no primeiro semestre de 1997 em algumas universidades mineiras.

Interessante também salientar o contido nas responsabilidades para o cliente:

Artigo 3º - Define-se como cliente a pessoa, entidade ou organização a que o psicólogo presta serviços profissionais.

Artigo 4º - São deveres do psicólogo, nas suas relações com o cliente:

a)....

b)....

c) limitar o número de seus clientes às condições de trabalho eficiente.

Segundo Terezinha Rios (1995), o conjunto de princípios e deveres que norteiam a conduta das pessoas na sociedade pode ser definido como moral. A Ética, por sua vez, seria a reflexão crítica sobre esses princípios; um olhar com clareza, abrangência e profundidade sobre os problemas que enfrentamos. Neste sentido, ela promove uma abertura, uma forma do sujeito se comprometer com a sua história, com a sua singularidade.

“A ética é sempre um recurso para olhar, voltar e reconduzir a prática”.

CONCLUSÃO

O Psicodiagnóstico de Rorschach é um instrumento de avaliação da personalidade empregado mundialmente, sempre que se necessite de uma visão mais aprofundada da personalidade. É considerado um dos métodos de investigação mais aceitos na área clínica e forense. Mas, para o resultado ser confiável e bem sucedido, o psicólogo responsável deve estar ciente e preparado para exercer o seu papel de forma

competente, sem ferir os preceitos da ética profissional. Uma aplicação apressada e uma análise superficial podem levar a uma imprecisão no parecer e comprometer a vida do examinado, do examinador e da população em geral. Um sujeito aparentemente sem problemas, mas que tem indícios no seu protocolo de instabilidade emocional e tendências homicidas, pode ser considerado “normal” e ser liberado o seu porte de arma, em função de um diagnóstico feito às pressas.

O fator TEMPO necessário para uma avaliação completa e confiável é variável, conforme os dados pesquisados.

Observou-se que o tempo aproximado para a aplicação, entrevista, cotação, análise, interpretação e elaboração de laudo foi de 7 horas, podendo haver redução ou dilatação do mesmo em função de:

- a formação e a experiência do profissional;
- o nível de exigências do avaliador;
- o objetivo a ser alcançado;
- a flexibilidade de tempo disponível;
- a pressão da empresa ou instituição (demanda);
- as características de personalidade do examinado.

O Código de Ética lança a direção a ser seguida com suas normas e princípios bem definidos. A Instituição também tem suas regras e deveres, que devem ser acatados. No entanto, o psicólogo que trabalha com o Psicodiagnóstico de Rorschach deve saber conciliar o cumprimento de sua tarefa conforme o prescrito no método, com uma visão crítica sobre sua função a ser desempenhada. Não basta saber fazer, mas fazer bem o que se propõe a fazer.

Espero que este trabalho possa servir de referencial para todos os psicólogos que atuam em instituições e pretendam exercer a sua função com competência e responsabilidade, seguindo os preceitos da ética profissional.

Finalizo, com um agradecimento especial, a todos os profissionais que contribuíram para a elaboração deste trabalho.

REFERÊNCIAS

ANZIEU, D. **Os métodos projetivos**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

Código de Ética Profissional - Conselho Federal de Psicologia.

FAZENDA, Ivani C. C. org. **A Pesquisa em educação e as transformações do conhecimento**. Campinas, SP: Papirus, 1995.

ATOS DE AUTO-EXTERMÍNIO ENTRE POLICIAIS MILITARES - ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Geralda Eloisa Gonçalves Nogueira

Capitão Psicóloga da PMMG

Andréa de Las Casas Moreira

Tenente Psicóloga da PMMG

Estudos epidemiológicos constataam que o suicídio é um fenômeno multidimensional e multicausal. Sua incidência e os motivos que o determinam são bastante variáveis, sofrendo influência de fatores tais como o sexo, idade, estado civil, religião, ocupação, saúde, classe e condições sociais. As condições sociais influem na taxa de suicídios de maneira que numa mesma sociedade, num dado período, seus valores permanecem constantes, com pequenas variações, modificando-se brusca e radicalmente sempre que o meio social muda repentinamente.

Tais estudos têm apontado também que, tal como qualquer ato violento, o suicídio - tentado ou consumado - é resultado da interação das características da pessoa com fatores do ambiente.

Dentre os agravos à saúde presentes no meio militar, tem merecido destaque, pela incidência significativa, o comportamento agressivo autodirigido. Os índices diferenciados de incidência desse fenômeno nas polícias militares, tanto do Brasil quanto do exterior, vêm sendo tema de interesse e divulgação nos últimos tempos pela mídia.

Apesar de atos de auto-extermínio estarem presentes em todas as sociedades e culturas na história da humanidade, a constatação de que as forças militares, historicamente, apresentam uma incidência de suicídios e tentativas diferenciada e maior do que as taxas apresentadas pela população em geral tem feito com que várias instituições policiais-militares do Brasil ensejem estudos e medidas que possam lidar com questão tão complexa.

A Polícia Militar de Minas Gerais (PMMG) se situa no rol dessas instituições que estão atentas ao fenômeno e vem buscando promover ações que previnam a eclosão de tais atos em seu meio. Neste sentido, o Comando da PMMG vem empreendendo levantamentos estatísticos acerca do fenômeno desde 1979 e estabelecendo diretrizes sobre o assunto. A promoção da saúde mental, a prevenção da incidência de atos dessa natureza e a melhoria nas relações interpessoais são os fundamentos das ações recomendadas pelo Comando da PMMG para lidar com a questão.

Ao enfocarmos o fenômeno suicídio no âmbito das ações de saúde mental, é conveniente recordar que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde consiste num estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade.

Desta forma, apesar de que atos dessa natureza coloquem para todos a questão do sofrimento

psíquico, apontando a interferência drástica de fatores emocionais na vida das pessoas, é imprescindível um enfoque ampliado do problema com vistas a nele intervir.

Sem perder de vista tais considerações, a Psicologia na PMMG tem buscado implementar ações preventivas, utilizando recursos como palestras, debates, atividades em grupo, atividades didáticas, além do atendimento psicológico. Essas medidas contemplam tanto o aspecto individual quanto o coletivo na prevenção em saúde mental. Tem-se buscado, ainda, empreender estudos sistemáticos acerca do tema.

A constatação de que o suicídio é um fenômeno multidimensional e que as instituições militares tendem a apresentar índices significativamente mais elevados de incidência dessas ocorrências em relação à população geral apontam para o fato de que há algo peculiar a essas instituições que contribui, de alguma forma, para a emergência do fenômeno.

A atividade policial-militar apresenta especificidades quanto à atuação profissional em função dos riscos permanentes a que o sujeito se encontra exposto. O policial militar lida com ocorrências variadas que incluem desde a prestação de serviços de orientação ao público até o enfrentamento de situações com riscos a sua integridade física e a sua própria vida e/ou de seu companheiro de farda.

A prontidão que a atividade exige do policial, a impossibilidade de prever a ocorrência em que será empregado e qual o seu grau de dificuldade, juntamente com o fato de que o policial militar empresta seu corpo para salvar o corpo de outro cidadão, tudo isso faz com que o nível acentuado de estresse seja uma característica dessa atividade profissional.

Esta peculiaridade estressante da atividade policial militar a torna fator de risco permanente para a incidência de problemas físicos e emocionais os mais diversos.

O fácil acesso a armas de fogo, um dos instrumentos de trabalho do policial militar, é mais uma das especificidades da atividade. Estudos realizados por profissionais de saúde nos Estados Unidos, compreendendo o período de 1987 a 1990, concluíram que ter arma em casa aumenta em 5 vezes o risco de se cometer suicídio. Assim, o fácil acesso a armas de fogo é, por si só, um agravante ao risco de cometimento do ato nesta categoria profissional, pois encurta a distância entre o pensar e o agir⁶.

Nikki Meredith, em artigo intitulado “Atacando as raízes da violência policial”, destaca a ênfase dada à necessidade de que o policial militar assuma o controle e o mantenha em qualquer situação, seja na cena de um crime, seja frente a acidentes com feridos e mortos, seja frente a situações de conflitos sociais, o que acaba por levar, segundo o autor, a um entorpecimento generalizado. Este entorpecimento pode contribuir para um distanciamento emocional entre os policiais militares, seus familiares e amigos, afetando sua vida profissional e social.

Outra peculiaridade da função policial-militar se refere ao fato de que seu trabalho consiste na preservação da ordem pública, realizada através do policiamento ostensivo preventivo e de ações de caráter repressivo. A atuação do policial militar materializa a faculdade que o Estado possui em limitar os direitos e liberdades das pessoas através de um conjunto concreto de atividades coercitivas (poder de polícia). Este papel do policial militar restringe sua inserção nos diversos grupos que compõem a sociedade e o apreço social pela sua atividade, pois sabe-se que o ser humano, assim como todos os animais, tem uma tendência inata e instintiva de buscar a satisfação de suas necessidades e a renúncia a elas nem sempre ocorre de forma voluntária e de bom grado. A forma como se idealiza a figura do policial militar, no âmbito das instituições militares, também merece consideração. Se por um lado, o exercício da profissão pressupõe uma conduta ilibada, por outro, é comum existir nesses ambientes uma idealização da figura do policial militar como um

super-homem, um ser perfeito, sem faltas e erros. Esse ideal de perfeição pode contribuir para gerar conflitos intra e interpessoais.

Desde o século passado, vêm sendo realizados estudos acerca do tema suicídio. Émile Durkheim, sociólogo, apresentou em 1897, em seu estudo “Suicídio: Estudo Sociológico”, as peculiaridades do ato suicida em função dos grupos sociais, apontando algumas características presentes nesses grupos que podem interferir na incidência de suicídios. Um dos grupos estudados são as forças militares.

O autor afirma que os grupos militares apresentam uma organização do trabalho caracterizada por alto grau de adesão ao grupo (espírito de corpo), aliado a uma vigilância constante, que se estende a tudo, a fim de se evitar divergências, além de acentuada exigência de submissão e passividade. Estas características, segundo o autor, dificultam ao sujeito se distinguir de seus companheiros e de expressar sua individualidade. O valor individual, nessas condições, é muito pequeno e a primeira qualidade de um militar é sua impessoalidade, pois deve estar pronto a sacrificar-se por uma ordem superior. Como consequência, o homem submetido a tais condições em seu grupo social estaria mais propenso a cometer atos de auto-agressão, do tipo altruísta.

Apesar dos estudos de Durkheim terem sido realizados no final do século passado, suas colocações se mostram bastante atuais, especialmente quando relaciona a forma de organização do trabalho com o surgimento de sofrimento psíquico, o que antecede tais atos. Este é o enfoque de Christophe Dejours em seu livro “A loucura do trabalho”, editado na França em 1980. Para este autor, “(...) a organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora”.

A organização do trabalho é, nesse contexto, segundo Ana Magnólia Bezerra Mendes, psicóloga, conceituada como “a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade”.

Assim sendo, o sofrimento psíquico, a satisfação ou insatisfação do homem no trabalho e que tem reflexos em sua produtividade têm relação com “a dinâmica interna das situações e da organização do trabalho, ou seja, das relações subjetivas, condutas e ações dos trabalhadores, permitidas pela organização do trabalho”.

Dessa forma, esses índices diferenciados de suicídio nas organizações militares podem ser pensados, também, em relação ao modo específico de organização do trabalho a que esta categoria profissional está submetida.

A prevenção ao ato de auto-extermínio juntamente com o estudo dos fatores predisponentes requer dedicação. O suicídio e o suicida evocam nas pessoas sentimentos diversos e ambivalentes. É comum verificar que a sociedade condena o ato tanto no aspecto moral quanto cultural e religioso.

Na “(...) sociedade ocidental, o fenômeno do suicídio constitui tema interdito, uma tentativa de negação completa da dor, do sofrer, da morte - somando-se ao crescente tabu que se desenvolveu (...)” em torno da morte, como algo que deva ser postergado, evitado. O suicídio é, então, incluído dentre as coisas de que não se deve falar. O tabu acerca do assunto “(...) talvez funcione como forma de obliterar a percepção de uma falha na sociedade em garantir condições razoáveis para o indivíduo”.

Se, por um lado, os fatores constitucionais do indivíduo estão presentes na formação de sua personalidade, por outro, os fatores sociais e culturais exercem influência não menos importante. Constatase que, muitas vezes, a influência do meio pode precipitar nas pessoas condutas drásticas e definitivas.

O suicídio é, portanto, determinado por múltiplos fatores que para serem melhor apreendidos devem partir da focalização da pessoa inserida no contexto social. Evidencia-se aí a importância da abordagem multidisciplinar no estudo dos atos violentos contra a própria pessoa.

REFERÊNCIAS

ABRIL. Saúde pública. In: ENCICLOPÉDIA ABRIL. São Paulo, 1984. p. 4388.

DEJOURS, Cristophe. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortei. 1987.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio**. Estudo sociológico. Rio de Janeiro: Zahar. 1982.

MENDES, Ana Magnólia Bezerra. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia. Ciência e Profissão**. Brasília: CFP, v.16, n. 1/2/3.1995.

MEREDITH, Nikki. Atacando as raízes da violência policial. A instituição policial. **Revista OABRJ**, Rio de Janeiro, n. 22, julho. 1985.

REVISTA ISTO É. Alvos da sua própria arma. 1311. p. 56-57. 16 de novembro de 1994.

ROOSEVELT, M. S. Cassorla. **Do suicídio**. Estudo brasileiro. Campinas, São Paulo: Papirus. 1991.

TALBOTT, John, A et. all. **Tratado de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas Ltda. 1992.

SAÚDE MENTAL E CRISE - ABORDAGENS POSSÍVEIS NA CLÍNICA INSTITUCIONAL

Maria de Fátima de Araújo Tavares Brasil

Tenente Psicóloga da PMMG

Karla Betsy da Silva Biondini

Tenente Psicóloga da PMMG

INTRODUÇÃO

Iniciaremos nosso trabalho fazendo um breve percurso na história da saúde mental e, por oposição, da doença mental. É importante sabermos como foi que o homem se pôs a pensar sobre si mesmo, sobre sua doença, sobre sua loucura e como foram gerados os vários discursos e as várias práticas sobre o doente mental. Utilizaremos a obra de Michel Foucault, que nos remeterá à época clássica. Posteriormente, conceituaremos crise, urgência psiquiátrica e urgência psíquica, as abordagens possíveis na clínica institucional e a crise e a urgência na Polícia Militar de Minas Gerais.

Durante a Antiguidade e Idade Média, a loucura era vista em estado livre, circulava, fazia parte do cenário e linguagens comuns. O próprio conceito de saúde mental era muito restrito e se limitava aos aspectos exteriores da loucura, ao comportamento diretamente observável. Verificaremos que, após este período, o doente mental ocupará um lugar de exclusão e que haverá uma crescente dominação da loucura pela razão, repercutindo, até hoje, nas nossas práticas. Muitas vezes, diante de situações de crise, o que é percebido é o manifesto, o evidente, o sintoma, ficando de lado a questão da subjetividade. É mais fácil excluir, dominar, internar, pois “se a loucura conduz a todos a um estado de cegueira onde todos se perdem, o louco, pelo contrário, lembra a cada um sua verdade”⁶.

No Renascimento (final do séc. XV e XVI), com o advento da manufatura, com o início da divisão social do trabalho, a loucura passa a ser vista como problema social. Aqueles que não contribuíam com o processo de produção e consumo eram repreendidos. Em toda a Europa foram repreendidos os mendigos, os ociosos, os vagabundos, os órfãos e os loucos propriamente ditos. “O que se tinha era a denúncia da loucura, mas não a definição de sua especificidade ou das formas de sua aparição”⁷. Começa o processo de dominação da loucura pela razão. “É a destruição da loucura, como saber que expressa a experiência trágica do homem no mundo, em proveito de um saber racional e humanista centrado na questão da verdade e da moral”⁹.

Na Idade Clássica (séc. XVII e metade do séc. XVIII), o espaço do louco é o do enclausuramento, “o que significa que ele não é percebido como doente, muito menos como doente mental”⁹. Todos que em relação à ordem da moral, da razão e da percepção social apresentam alguma alteração são mandados para os hospitais gerais. São internados os pobres, os epiléticos, os eclesiásticos em infração, os inválidos, as prostitutas, os alcoólatras, os loucos. Então não era um lugar para o tratamento, mas um lugar de exclusão social.

“O século XVII foi aquele que realizou a partilha entre a razão e a desrazão; foi o momento de emergência da loucura, ou melhor, foi o momento em que a razão produziu a loucura⁷. Inicia-se o trabalho forçado, com a função de ser uma força moral, “um antídoto contra a pobreza”⁹.”

Com a Revolução Francesa, com os ideais burgueses, com o Iluminismo, a loucura ganha estatuto de doença e, o louco, de doente mental. Nasce a Psiquiatria (final do séc. XVIII). Diante das críticas feitas aos hospitais gerais, em relação às suas internações arbitrárias (outras pessoas estarem juntas com os loucos), à promiscuidade ali encontrada, a sua disciplina interna, é que se iniciam as mudanças. Os pobres, as prostitutas se vêm diferentes dos loucos e começam a ser recuperados. Os inválidos eram cuidados por famílias, que recebiam dinheiro para tratá-los. Ficaram os loucos, que eram perigosos para sua família, para sua comunidade. Por isto são os herdeiros naturais do asilo. Prevalece a concepção moral de que a loucura é algo do erro, da alienação, que deve então ser domada. É um contexto puramente repressivo, é o controle disciplinar do indivíduo. As duchas frias, a sangria, a máquina rotatória assumem a dimensão de castigo para que os loucos possam assumir a sua culpa, vir a ter consciência que é alienado para que possa voltar à razão. “A cura é o retorno à ordem”⁷.

No século XIX ainda não se sabia o que era a loucura. “O psiquiatra era capaz de identificar a loucura, mas não sabia o que ela era; sua relação com o louco era uma relação de exclusão: ‘Sei que não sou louco e sei quem é o louco, mas não sei o que é a loucura’. Esta permanece sendo a diferença absoluta, o impensável”⁷.

Com Freud, ainda no final do séc. XIX, deu-se uma guinada na história da saúde mental e do tratamento dos doentes mentais. Ele interroga os sintomas e reconhece que há uma lógica inconsciente para determinadas manifestações humanas sem sentido. “Diante do saber dos séculos XVII e XVIII, a psicanálise se apresenta como uma teoria e uma prática que pretendem falar do homem enquanto ser singular, mesmo que afirme a clivagem inevitável a que este indivíduo é submetido⁷ .

No Brasil, a impressão mais marcante é a de que a doença mental parece ter permanecido silenciosa por muito tempo (quase 300 anos). Sua história, resguardando suas peculiaridades sócio-econômico-políticas, é muito semelhante à da Europa do século XVI. Em ambos os casos, o doente mental teve a sua liberdade cerceada, sua exclusão social declarada. “Exclusão, eis aí, numa só palavra, a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, desde seus primórdios até os dias de hoje,...”¹¹.

O marco institucional da assistência psiquiátrica se deu em 1852, com a inauguração, por D. Pedro II, do hospício que recebeu seu nome, no Rio de Janeiro. As primeiras instituições psiquiátricas no Brasil surgiram em meio a um contexto de ameaça à ordem da sociedade. Nessas instituições, os médicos eram poucos, além de não existir a nosologia psiquiátrica. Os leigos é que classificavam os doentes mentais. Ao mesmo tempo, aparecia a intenção de curá-los.

Inicialmente, a equação ordem-desordem era o equivalente social da equação saúde-doença mental. Com o capitalismo comercial e industrial brasileiro, somou-se a essa equação a ameaça à sobrevivência e à reprodução da força de trabalho.

Após a Proclamação da República, o Estado assume a assistência ao doente mental, em questões de saúde e doença mental. Acontece a classificação brasileira das doenças mentais, a Liga de Higiene Mental, os congressos, as teses doutorais.

Trabalho e não trabalho são critérios para estabelecer os limites do normal e do anormal. E a Psiquiatria, inserida neste contexto, dedicou-se para devolver à comunidade indivíduos aptos para o trabalho. A construção

de colônias agrícolas encontrou ambiente político e ideológico favorável. “Era preciso reverter ao ‘normal’, a tradicional moleza do brasileiro”¹¹.

No final da década de 50, o que se encontrava nos hospitais públicos era a superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos (cacetadas, castigos), más condições de hotelaria. Começam a aparecer os primeiros hospitais psiquiátricos privados, que cresceram assustadoramente. Apesar da sociedade estar se modernizando, a assistência psiquiátrica pública afirma ainda sua função social segregadora. Após 1964, é que a Psiquiatria será chamada a dar sua contribuição efetiva, com a prática assistencial de massa.

A partir de 1970, as propostas vindas do Ministério da Saúde, como também das Secretarias Estaduais de Saúde, eram a de manter o doente mental na comunidade e não afastá-lo de seu vínculo com o trabalho. Recomendou-se a diversificação de serviços, propunham-se alternativas à hospitalização integral, ações especiais ao egresso, campanhas para a reabilitação de crônicos, visando à reintegração social do indivíduo.

Após 1974, assiste-se ao declínio da prioridade dada à Psiquiatria, pois os gastos com a assistência médica se tornam maiores que os gastos com a saúde mental. Nessa mesma década, acontece o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que sustentava a mudança do modelo asilar da assistência psiquiátrica, exigindo o posicionamento do Estado, responsável pela assistência.

Em 1979, a vinda de Franco Basaglia ao Brasil se torna um evento de grande importância para o futuro da Reforma Psiquiátrica. Ele trouxe, da Itália, a experiência da desinstitucionalização.

Em 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que representa um marco histórico na Psiquiatria brasileira. Foi uma conferência que politizou as discussões da saúde mental, apontou novas diretrizes para a organização da assistência e lançou a discussão da cidadania, doença mental e legislação psiquiátrica.

Em 1990, a Declaração de Caracas propõe a superação do hospital psiquiátrico como serviço central da atenção em Saúde Mental, a humanização dos hospitais psiquiátricos e a ampliação dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Em 1992, foi realizada em Brasília, a II Conferência Nacional de Saúde Mental que enfatiza a luta pela vida, ética e municipalização da saúde.

Em 1993, aconteceu em Salvador o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, com a participação paritária de técnicos e usuários.

Este momento atual obriga-nos a repensarmos nossas práticas. Há um reconhecimento da existência do sofrimento mental e a possibilidade de que muitas situações conflituosas, que de outro modo seriam vistas como fatalidade ou remetidas a causas e soluções equivocadas, sejam tratadas de forma mais adequada. Apontaremos, no transcorrer do texto, que existe algo a ser abordado no campo de saúde mental e na crise - é a questão do sujeito, da subjetividade.

CONCEITUAÇÃO DE CRISE

A crise é uma situação temporária que traz consigo uma quebra no equilíbrio do indivíduo. Geralmente é de natureza abrupta e imprevisível, podendo apresentar uma dimensão dramática e trazer significativa modificação no curso de vida da pessoa. Durante a manifestação de uma crise, os pontos de referência pessoais - valores, crenças, expectativas, modelos, etc - são questionados e a forma de encarar as situações, o mundo, as outras pessoas e a si mesmo ficam alteradas. As explicações antes encontradas para o curso

das experiências tornam-se pouco eficazes; daí a necessidade de encontrar novas formas de atribuição de sentido.

O indivíduo humano torna-se diferenciado dos animais pela capacidade que tem de comunicar-se pela palavra. Através da linguagem, o ser humano entra na existência. Ele é falado pelos pais mesmo antes de sua concepção e, assim, vai ocupando um lugar determinado em seu discurso. A palavra introduz o bebê humano no mundo simbólico.

Neste sentido, sendo um ser de linguagem, a pessoa em crise vê-se diante de uma situação em que lhe faltam palavras para definir o que tem acontecido em sua vida. Algumas vezes, esta falta de palavras pode ser de tal forma que, tomada por uma intensa situação de angústia, a pessoa cai em silêncio ou tende a colocar sua angústia em ato. Estas são manifestações extremas da situação de crise e configuram uma urgência psíquica.

É importante salientar que existem vários tipos de crise. Por exemplo, as conhecidas crises evolutivas, as quais se encontram relacionadas às transformações na imagem corporal. Isto nos reporta a Freud que afirmou ser o Ego, antes de tudo, um Ego corporal. Assim sendo, temos as transformações da puberdade, adolescência, gravidez, menopausa, do envelhecimento, todas elas trazendo alterações na imagem de si mesmo, a partir ou através do eu - corpo modificado.

Por outro lado, existem crises que são desencadeadas por outros fatores e que levam a um choque emocional com irrupção súbita e maciça. São crises que se instalam de forma imprevisível (se comparadas com a previsibilidade das crises evolutivas) e resultam de um somatório de fatores externos e internos (a susceptibilidade do indivíduo). Dentre os fatores externos, encontramos o stress, a fadiga física, o álcool e outros tóxicos. Além disso, situações de perdas de modo geral podem ser desencadeantes de crise, dependendo da extensão da agressão psíquica vivida por aquele indivíduo. As perdas podem dizer respeito à morte de um ente querido, a rompimento de relacionamentos, a questões de perda de status social, de bens materiais, de ideais, de partes do próprio corpo ou até mesmo, neste último caso, de ameaça de perdas corporais.

Um aspecto bastante importante quanto às diversas situações de crise é que nem sempre significam o início ou o agravamento de doenças psíquicas. Como foi visto antes, certas crises são mesmo necessárias para uma melhor adaptação pessoal. As crises não significam, pois, doença mental. Ao se pensar na clínica dentro da instituição PM, por exemplo, observa-se como as manifestações de crise são, em sua maioria, rotuladas de distúrbio mental - os famosos “afir 01”. Dependendo do modo como são encaradas, poder-se-ia dizer que as crises, quando bem conduzidas e elaboradas, podem levar a pessoa a uma nova visão e organização de seu mundo, obtendo daí ganhos em seu amadurecimento e, certamente, a conquista de novas respostas a suas inquietações.

Entretanto, certas crises irão configurar-se como urgência psiquiátrica e, segundo Jack Ewalt, são assim definidas quando a situação geradora da crise leva ao esgotamento da capacidade de adaptação do indivíduo.

A URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA E A URGÊNCIA PSÍQUICA

A URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

O que se segue é uma descrição e orientação quanto à urgência psiquiátrica, segundo Henri Ey¹

As urgências psiquiátricas vêm representadas sobretudo por crises agudas emergentes de situações

psicóticas ou neuróticas muito diversas. Podem se distinguir três grupos principais: os estados de agitação aguda, os estados depressivos e os estados de angústia. Além desses estados, o paciente suicida constitui, por si só, uma das principais urgências psiquiátricas.

A urgência não se limita de forma absoluta aos estados de crises, mas também ao modo de continuidade de cada uma delas. O suicídio constitui um exemplo disto. As tentativas de suicídio formam clientela numerosa do hospital geral, para posteriormente serem conduzidas aos serviços psiquiátricos.

Segundo Henri Ey, é importante lembrar que existem certos casos em que é impossível precisar até que ponto a urgência é psiquiátrica e em que proporção é uma urgência médica. De fato existe uma grande quantidade de urgências médicas que apresentam sintomas somáticos em combinação com sintomas psiquiátricos, tais como a agitação e a angústia. Existem também urgências somáticas que se apresentam ao médico sob a forma exclusiva de transtornos psiquiátricos. Daí ser necessário discriminar com rapidez as afecções somáticas, com frequência graves, que podem se introduzir por um estado psiquiátrico agudo (afecções cerebrais, endócrinas, cardiovasculares, pulmonares ou por ingestão de barbitúricos).

A crise de agitação aguda

pode estar relacionada com:

- 1- Uma crise de mania aguda.
- 2- Um episódio confuso-onírico alcoólico (o “delirium tremens” seria a forma grave).
- 3- Os estados confusionais oníricos não-alcoólicos (enfermidades infecciosas, síndromes meníngeas e intoxicações).
- 4- Psicoses delirantes agudas.
- 5- As crises de agitação dos esquizofrênicos.

Conduta médica:

Informações sobre circunstâncias de aparição do episódio, com familiares e/ou acompanhantes.
Antecedentes patológicos de qualquer tipo.

Exames somáticos para averiguar urgências somáticas.

Utilização de sedação farmacológica (devido ao risco a si mesmo ou a terceiros)

Postura firme e de autoridade do médico.

Crises depressivas agudas

As crises depressivas agudas manifestam-se por diversos sintomas: agitação nervosa, ansiedade, pranto, gemidos, expressões de culpabilidade, inibição.

O estado de inibição total ou suspensão completa da atividade motora consiste em caso de estupor. O estupor pode ser de natureza melancólica, confusional, esquizofrênica ou neurótica (mais freqüente).

Nestes estados é importante avaliar, com exatidão, os imprevistos posteriores à consulta a fim de avaliar os riscos de suicídio. Ainda que seja clássico considerar o desejo de morte do melancólico como um

desejo mais autêntico e mais intenso, a veleidade do suicídio do neurótico ou da depressão reativa traz um problema a ser levado em conta - para além da autenticidade, deve ser considerada a intensidade do desejo de viver, para evitar a passagem ao ato. Por exemplo, o histérico pode realizar um suicídio não esperado, como forma de recuperar, mediante a morte, a estima dos demais que ele crê ter perdido.

Conduta:

Para avaliar o risco que corre o deprimido de passar ao ato, é importante o estudo da totalidade do caso, a biografia, o contexto social e afetivo, a qualidade do contato e o estudo atento das recentes modificações da conduta.

As crises depressivas agudas impõem, em primeiro lugar, a sedação com vias ao encaminhamento ao serviço especializado.

Necessidade de ser tratado e observado.

Avaliação posterior quanto a psicofármacos.

Crises agudas de angústia neurótica

São os casos mais frequentes de urgência psiquiátrica e que chegam ao clínico geral.

A sintomatologia desta crise é formada por um conjunto de reações afetivas violentas, que são expressões múltiplas de angústia. Por exemplo: crises de nervos, queixas absurdas de morte iminente, pânico, logorréia, agitação, gritos e manifestações coléricas ou, pelo contrário, acanhamento, mutismo estuporoso, etc. Podem se traduzir também por manifestações fisiológicas como palidez, tremor, aceleração do pulso, náuseas ou vômitos, queda da pressão arterial que pode chegar até a síncope.

A crise de angústia aguda deve ser situada em seu contexto, segundo a estrutura psicológica do indivíduo.

Conduta:

Na crise aguda, há necessidade de afeto urgente, de obter informações com familiares sobre o indivíduo e possíveis traumas e medicação de sedação segundo a gravidade do caso.

Pode-se perceber, através desta aproximação junto à literatura psiquiátrica sobre as crises, que a conduta do psiquiatra diante de situações de urgência se baseia na concepção de urgência médica geral, ou seja, ele se vê diante de uma necessidade de intervenção imediata, cabendo-lhe coisas por fazer. O ato médico na urgência não leva tanto em conta as causas, mas exige uma conduta correta e eficaz para retirar o paciente do estado crítico.

Essa objetividade e praticidade do ato médico é exigida quando se trata de salvar vidas. Fundamenta-se, essencialmente, numa forma de saber objetiva e científica, embora nem sempre a Psiquiatria tenha conseguido apontar um substrato material da doença mental.

O que será dito a seguir se destina a apresentar uma outra forma de conceber a urgência e de abordá-la, assim como colocar uma interrogação acerca das práticas em Saúde Mental serem usadas como forma de dominação e controle, dentro de articulações possíveis entre o saber e o poder e de que maneira essas práticas nos alcançam na instituição militar.

A URGÊNCIA PSÍQUICA

As situações de crise, como já foi dito, colocam os profissionais de saúde diante da urgência e, sendo assim, o psicólogo é também chamado a intervir. É levado a pensar sobre esta clínica, de qual urgência cabe a ele se incumbir e o que fazer diante dela.

Entende-se que, para trabalhar com este indivíduo em crise, o psicólogo deve levar em conta a dimensão do sujeito. Isto quer dizer que existe um sujeito em jogo nesta situação. A urgência psíquica refere-se pois à urgência do sujeito ou urgência subjetiva.

Segundo Helenice S. de Castro, na abordagem de um paciente em crise, o importante é buscar caminhos que invertam a situação do paciente colocado no lugar de objeto e possibilitar a emergência do sujeito. Esse sujeito não está, segundo a autora, no cenário da mente consciente, mas em outra cena achasse descentrado de si mesmo, desconhecido, assujeitado aos efeitos da linguagem, sujeito do inconsciente.

Segundo François Leguil, na clínica da urgência, o que se deve fazer é propor ao paciente que coloque a urgência em palavras: “o que se passa com você?” A atenção do psicólogo não estará posta somente na dor ou no sofrimento do paciente, mas também na forma especial de relatá-lo.

O psicólogo tem um compromisso com esse sujeito silente ou que, em último caso, tenha passado ao ato. Deve oferecer sua escuta, estando certo de que o paciente tem muitas coisas por dizer. O psicólogo vai ouvir e intervir, no sentido de complexizar a situação. Não dispendo de respostas, irá cada vez mais multiplicar as coisas que o paciente tem a dizer.

Para Leguil, a clínica da urgência visa colocar o sujeito para falar a fim de tirá-lo da proximidade de passagem ao ato. O psicólogo se oferece para completar a urgência, para propor a realização de um sintoma e, a partir daí, criar uma possível saída para a crise. Desta articulação de um sintoma, poder-se-á abrir ou não a porta para uma análise.

O psicólogo deve evitar interpretar, pois a urgência desses estados agudos leva-o a precipitar-se em intervenções do tipo “acting”.

A crise pode ceder a partir do momento de instalação da transferência. Na neurose, a transferência se instala quando o paciente faz uma identificação com um traço de seu analista e o coloca no lugar de sujeito suposto saber. Já na psicose, o mesmo não ocorre. O paciente psicótico não é capaz de fazer esse tipo de identificação e se coloca como o dono da verdade - ele é quem possui o saber. Se o psicólogo intervém interrogando-o acerca deste saber, o psicótico tomará o psicólogo como alguém de seu mundo hostil, colocando-o no lugar do Outro perseguidor. O psicólogo deverá, então, ajudá-lo a colocar em ordem esse saber, ratificando-o com sua escuta, até que possa atribuir-lhe um sentido.

A urgência subjetiva se apresenta tanto na neurose quanto na psicose, cada uma com sua especificidade.

Se a urgência é do sujeito, esta só pode ser sancionada “a posteriori” já que, quando ocorre, o sujeito está velado. Não ocorre o mesmo para a abordagem psiquiátrica. O psiquiatra está à procura dos sinais semiológicos que dão conta do sofrimento da pessoa no aqui e agora. O papel do psicólogo segue, portanto, um curso em busca do desvelamento do sujeito através da palavra. Acolher e escutar sua crise. Na verdade, seu papel não se opõe nem vem complementar a abordagem psiquiátrica. Simplesmente, parte de outro lugar teórico e clínico.

CONDUTAS POSSÍVEIS NA CLÍNICA DA URGÊNCIA

Passos no atendimento de urgência

- 1- Ouvir o paciente, colocá-lo para falar da urgência que o acomete.
- 2- Recolher informações no ambiente familiar e de trabalho.
- 3- Avaliar a situação de crise - de onde vem a urgência, sem pressa de concluir.
- 4- Diagnóstico estrutural, quando possível.
- 5- Avaliação de recursos necessários: medicação, internação, atendimento familiar, etc.
- 6- Tomada de decisão quanto ao tratamento - atendimento ou encaminhamento.

A CRISE E A URGÊNCIA NA PMMG

A crise nem sempre é bem vista. A pessoa em crise pode adquirir alguns adjetivos: insubordinado, quando tem um comportamento hostil ou agressivo; “**afir 01**” quando começa a falar coisas desconexas ou ficar muito agitado; “**muxiba**”, quando não é produtivo por estar, às vezes, muito angustiado, etc. A partir destas classificações, são adotadas medidas para restaurar a ordem das coisas - punições, repreensões, mandar consultar com o psicólogo, levar para a CLIPPS (Clínica de Psiquiatria e Psicologia), internar no Hospital Espírita André Luiz. Sem dúvida, dentro da Instituição, todos esses caminhos são acompanhados de uma sombra estigmatizante, uma vez que tais indivíduos deixaram de pertencer à classe de pessoas possuidoras das características preconizadas no RDPM, o nosso PM super-herói.

A crise na PMMG é vista como mais do que urgente. Ela traz consigo uma necessidade imperiosa de que se retire de cena a pessoa acometida, e, por isso mesmo, muitas vezes são adotadas medidas “urgentes” que não consideram adequadamente os recursos disponíveis, que exigem ação antes de qualquer reflexão, que pressupõem um fazer algo para eliminar o problema.

Uma outra questão a ser levantada nesses atendimentos na Instituição é quem devemos incluir nesta abordagem clínica, além do paciente identificado - se a família, se pessoas de seu ambiente de trabalho, etc.

É importante atentar para o fato de não repetir, simplesmente, a conduta padrão de situar a patologia nos sinais de alteração mental, segregar o indivíduo de seu meio, remediar a situação, agindo em função de certos determinantes institucionais que atravessam a atividade clínica em geral. O psicólogo deve estar aberto a ouvir um pouco mais além do seu consultório, podendo alargar um pouco mais o âmbito de sua escuta e de sua intervenção na abordagem da crise do sujeito.

Se nos comprometemos com a escuta do sujeito, então por que não pensarmos, nesta Jornada, em práticas institucionais de Saúde Mental que sejam o mais possível liberadoras da subjetividade?

Como foi exposto no início deste trabalho, existe um percurso na concepção e abordagem da doença mental, e atualmente lhe vem sendo atribuído um outro estatuto, a partir de mudanças propostas na Saúde Pública. Tais mudanças visam recuperar o direito a cidadania do doente psiquiátrico.

Isto é algo que também vem sendo falado entre nós psicólogos. Pensamos em mudanças - a criação de um Centro de Saúde Mental na PM, onde haja equipes interdisciplinares, dentro de um hospital-dia, com leitos de internação mais curta, do tipo leito-crise, leito-observação e leito-dia. Pensamos na criação de um

espaço hospitalar próprio ao atendimento de urgência com ambulatório ampliado para acolher a demanda institucional em Saúde Mental.

Por outro lado, devemos pensar em também ampliar o diálogo interdisciplinar para que este resulte em práticas mais integradas, em trabalho conjunto do psicólogo e psiquiatra, do psicólogo e clínico da unidade, no sentido de adiar, sempre que possível, a primeira internação ou internações compulsórias, e de modo a serem melhor utilizados os recursos já disponíveis na Polícia Militar.

Por último, atentando à Psicanálise, nos cabe perguntar: qual é o desejo de cada um nessa trajetória?

REFERÊNCIAS

1. ACKERMAN, Jaques. **A Crise na Abordagem Psiquiátrica**. Em: Urgência Sem Manicômio. CERSAM, 1994.
2. ALVARENGA, Maria Elisa P. Alvarenga. **Diagnóstico Transestrutural da Crise**. Em: Urgência Sem Manicômio. CERSAM, 1994.
3. BIALER, Mabel; LICHTENSTEIN, Clara et al. Em: **Sobre La Urgencia**. s.n.t.
4. CASTRO, Helenice Saldanha. **Da Urgência Psiquiátrica à Urgência do Sujeito**. Trabalho Belo Horizonte, 1995.
5. EY, Henry et al. **Manual de Psiquiatria**. 5. ed. São Paulo: Masson do Brasil.
6. FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1972.
7. GARCIA-ROSA, Luiz Alfredo. **Freud e o Inconsciente**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.
8. LEGUIL, François. Reflexiones Sobre La Urgencia. In: **La Urgencia**. s.n.t.
9. MACHADO, Roberto. **Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Foucault**. s.n.t.
10. PALONSKY, Cíntia Mônica e outros. **Crises Acidentais: dimensão teórica e direção do tratamento**. s.n.t.
11. TUNDIS, Silvério Almeida, COSTA, Nilson do Rosário e outros. **Cidadania e Loucura - Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Vozes, 1987.

DEPRESSÃO - ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Andréa de Las Casas Moreira
Tenente Psicóloga da PMMG

Maria Cristina Garcia
Tenente Psicóloga da PMMG

Belinda Inês Sabino Cavazza
Tenente Psicóloga da PMMG

INTRODUÇÃO

A constatação de que a tentativa de auto-extermínio e o suicídio consumado estão muitas vezes relacionados aos quadros depressivos nos remete ao estudo mais aprofundado do tema. A partir disto, iremos nortear este trabalho em três vertentes:

1. Aspectos teóricos da depressão.
2. A relação entre a depressão e o suicídio.
3. Reconhecendo e entendendo a depressão... no âmbito das Instituições.

DEPRESSÃO: HISTÓRICO - CONCEITO - SINTOMATOLOGIA

Quando se pensa a respeito de depressão, depara-se com a dúvida acerca da “atualidade” do distúrbio. Seria a depressão um mal do século? Estatisticamente, sabe-se que uma em cada cinco pessoas passa por uma crise depressiva ao longo da vida, e que em uma dentre quinze a depressão é tão grave que necessita internação. É de uso do senso comum dizer que se está deprimido, de certa forma percebe-se uma banalização do uso do termo e, ao mesmo tempo em que cada um tem algo a dizer com propriedade a respeito da depressão, ainda há muito desconhecimento. A mídia tem focado o tema, certos medicamentos antidepressivos estão em voga, mas ainda é incerto aquilo que se sabe a respeito do que é estar deprimido. Confunde-se tristeza ou “baixo-astral” com depressão, confunde-se, também a pessoa do depressivo que não sabe que está doente.

Dentro de um contexto histórico, podemos situar a depressão no século V a.C. quando Hipócrates, com a teoria dos humores, associava a melancolia à “bflis negra”. A tradução de sua obra para o latim fez surgir o termo “de-premere” (pressionar para baixo) como um sinônimo de melancolia. Ao longo de toda história, várias formas de tratamento foram propostas, mesmo as mais bizarras como a sangria e o ópio. Na Idade Média, era condenado à fogueira todo aquele que ria ou chorava demais. Até nas artes a depressão obteve lugar de destaque, como nas obras de Baudelaire e Balzac, sob o nome de “spleen”.

Somente na primeira metade do século XX, com Kraepelin, a depressão veio a ser classificada como uma doença: a psicose maníaco-depressiva. Freud escreveu a respeito do tema procurando estabelecer um diagnóstico diferencial entre a melancolia e o afeto do luto. Muitas controvérsias existiram em torno da nomenclatura: alguns autores falaram de depressões endógenas (melancolia ou PMD) e depressões reativas

(neuróticas). Mais recentemente, com o uso dos códigos internacionais de diagnóstico, tem-se tentado estabelecer critérios mais precisos para o diagnóstico clínico. Mas é notável perceber que nas revisões realizadas, o capítulo que se referia à depressão foi o que mais sofreu alterações, principalmente do CID-9 para o CID-10. Neste último, sob o nome Transtornos do Humor, estão classificadas as depressões obedecendo aos critérios de polaridade (que distingue o distúrbio afetivo bipolar dos outros); gravidade (leve, moderada e grave) e evolutivo (distingue entre episódios isolados e recorrentes). Além desses, ainda se distingue a presença ou não de sintomas psicóticos, a duração dos sintomas que deve ser de no mínimo duas semanas para um episódio depressivo e variações típicas de pelo menos dois anos para as ciclotimias. No DSM-III, DSM-III-R e DSM-IV também ocorreram adaptações com as depressões sendo agrupadas sob o título de Distúrbios do Humor e classificadas em Distúrbios Bipolares (Distúrbio Bipolar, Ciclotimia e Distúrbio Bipolar SOE) e Distúrbios Depressivos (Depressão Maior, Distímia e Distúrbio Depressivo SOE). Os critérios para diagnóstico de cada quadro se baseiam em uma sintomatologia precisa, tanto para o CID-10, quanto para o DSM-IV.

De um modo geral, podemos citar os seguintes sintomas como característicos de um quadro depressivo, conforme descreve Sandra Gasparini:

- Humor deprimido: caracterizado por tristeza, desesperança e infelicidade, podendo variar de uma intensidade leve até o completo desespero contaminando a totalidade da vida psíquica.
- Humor disfórico: caracterizado pela irritabilidade, pelo “mau-humor”, ou seja, o paciente torna-se susceptível e intolerante com relação aos acontecimentos que habitualmente não o perturbariam.
- Humor ansioso: caracterizado por uma sensação subjetiva de temor, receio, apreensão, expectativa ou inquietação, experimentado de maneira mais ou menos persistente.
- Qualidade especial do humor depressivo: o humor depressivo é percebido pelo paciente como qualitativamente diferente do tipo de sentimento que ele experimentou ou experimentaria, após a morte de um ente querido.
- Ausência de reatividade emocional: incapacidade de experimentar prazer ou reatividade limitada a respostas depressivas. O paciente não responde emocionalmente aos estímulos do ambiente ou quando o faz, tudo é experimentado como doloroso.
- Ausência de reatividade aos estímulos habitualmente agradáveis: incapacidade de experimentar prazer com as situações que lhe eram anteriormente agradáveis. Existe diminuição das emoções, dos sentimentos e da capacidade de modulação afetiva.
- Reatividade emocional: caracterizada exclusivamente pelo humor irritável. O paciente torna-se susceptível e reage aos estímulos do ambiente com intolerância.
- Depressão mais acentuada pela manhã: os sintomas depressivos são mais intensos pela manhã e declinam com o avançar do dia.
- Depressão mais acentuada à noite: os sintomas depressivos são mais intensos no final da tarde e durante o período noturno.
- Crises de choro: o paciente irrompe em soluços durante o exame e/ou se refere que chora freqüentemente desde que está doente.

- Ansiedade: sentimento de medo, apreensão, temor mal definido, imotivado e incontrolável geralmente acompanhado de manifestações autonômicas tais como palpitações, falta de ar, tonturas, ondas de calor ou suores frios.

- Sentimento de indignidade, auto-acusação, culpabilidade excessiva: consciência dolorosa por avaliação pejorativa de si próprio; autocensura; vergonha. O paciente se despreza, culpa-se exageradamente por pequenas faltas, podendo sentir-se responsável por tudo que acontece de errado em seu meio ambiente. O sentimento de indignidade varia da inadequação até avaliações pejorativas do próprio valor sem nenhuma base real.

- Culpabilidade excessiva: consciência dolorosa, auto-acusação, vergonha, remorso excessivo concernente a erros, omissões, pecados, ações repreensíveis que o paciente nunca praticou ou cuja importância ele exagera. A culpabilidade pode ser delirante e existir independente de idéias de punição.

- Perda da confiança em si mesmo: diminuição ou perda total da confiança em si mesmo produzindo um sentimento de insuficiência e incapacidade. Há falta de perseverança e uma atitude de submissão, conformismo e procura de apoio e segurança; ou sentimento de incompetência, incapacidade, desajuste, indecisão ou inadaptação, vivido pelo paciente como desagradável e perturbador⁹.

- Pensamentos repetidos de morte, desejo de estar morto, idéias de suicídio: o suicídio apresenta-se ao paciente como a única saída, essa idéia se impõe e pode se acompanhar de rumações sobre o modo de executá-la. O paciente, no mais das vezes, é reticente ao exprimi-las.

- Diminuição da energia ou fadiga: queixa de cansaço crônico.

- Dificuldade de concentração e de recordar: a memória recente é mais afetada, o paciente torna-se distraído.

- Alteração da atividade psicomotora como agitação ou lentificação.

- Distúrbio do sono: caracterizado por hipersonia, dificuldade inicial para conciliar o sono ou despertar várias vezes durante a noite.

- Alteração do apetite: caracterizado principalmente pela perda do apetite com conseqüente diminuição do peso corporal.

- Negligência das responsabilidades e da aparência física: descuido também da higiene corporal.

- Perda do interesse ou prazer nas atividades sexuais.

- Tendência ao retraimento social: tendência a recusar-se a atividades que envolvam contato social.

- Abuso de álcool e drogas.

Como se pode perceber, a depressão é caracterizada por uma síndrome específica que a distingue da tristeza ou angústia. De todos esses sintomas citados acima, podemos destacar três como sendo mais tipicamente ligados à depressão que são: o rebaixamento do humor, inibição das atividades físicas e mentais e sofrimento moral.

AS CAUSAS DA DEPRESSÃO

A tentativa de se buscar uma explicação acerca das causas do transtorno depressivo aponta para diferentes possibilidades. Alguns autores consideram a depressão em duas vertentes: endógena e reativa e assim o entendimento de suas causas também passa por esse percurso; ou seja, o das causas orgânicas e psicológicas. O conhecimento do motivo ou até mesmo da ausência de qualquer razão aparente para o estado depressivo iria direcionar o tratamento, pressupondo-se que haveria depressões puramente psicológicas, orgânicas ou tipo misto. Do mesmo modo como o próprio conceito de depressão vem sofrendo modificações com a busca de um entendimento mais abrangente, os estudos acerca de suas causas também refletem a polêmica sobre o tema. Enquanto o CID-10 sugere que se exclua o consumo crônico de drogas e/ou álcool, distúrbios endócrinos e uso de medicações ao se diagnosticar o transtorno depressivo - que são tratados em outros capítulos - outros autores mantêm estas variáveis para incluí-las também como causa de depressão. O que se sabe é que nada é definitivo ou conclusivo: há vários tipos e graus de depressão, há também várias causas concomitantes.

Recentemente tem-se falado muito no papel dos neurotransmissores (principalmente a dopamina, noradrenalina e serotonina) nos distúrbios do humor. A medicação antidepressiva viria com o objetivo de corrigir os níveis destas substâncias no cérebro e assim restabelecer um retorno ao estado anterior à depressão. Não se sabe com certeza quais fatores levariam a esta alteração da química, pressupõe-se que o fator genético seja determinante. No entanto, outras causas biológicas são apontadas:

- doenças físicas como a Diabetes, Gripe, Anemia, Câncer e outras degenerativas;
- uso de medicação como os anti-hipertensivos, anti-parksonianos;
- distúrbios endócrinos como o hipotireoidismo;
- alterações hormonais no pós-parto, menopausa ou síndrome pré-menstrual, que viriam corroborar para a explicação da incidência duas vezes maior de depressão nas mulheres do que nos homens;
- consumo crônico de drogas/álcool que é visto como sintoma e também causa;
- existe, ainda, acreditam alguns autores, um tipo especial de depressão - a doença afetiva sazonal - que estaria associada à baixa incidência de luz solar nos meses de inverno.

As causas psicológicas estariam associadas às depressões reativas, ou seja, a fatores desencadeantes associados a traumas ou a exposição a estresse prolongado. Os principais acontecimentos citados como causadores de depressão dizem respeito a perdas sofridas pelos indivíduos, seja por morte de pessoas próximas, seja por separação. Apesar destas serem consideradas como de maior sofrimento, outras perdas também poderiam ser citadas como significativas: perda do emprego, de status, de um objetivo desejado e que leve à frustração, mudanças que causem alterações importantes na vida do sujeito, isolamento social, falta de satisfação com a vida. Tais fatores, isoladamente, não levariam ao desenvolvimento de um quadro depressivo a não ser que viessem de encontro a uma personalidade neurótica de base, a um ego fragilizado, carente de recursos para elaborar tais perdas e que, exposto a situações de conflito, regredisse a estágios anteriores de desenvolvimento.

Tentar pensar sobre o determinismo psicológico ou biológico ou até mesmo social acerca da depressão nos remeteria a uma discussão teórica muito mais ampla, que foge ao contexto. É na escuta da história do indivíduo que poderemos buscar uma resposta que muitas vezes não será única, nem excludente a respeito do motivo. É que a depressão intriga, suscita dúvidas ou, nas palavras de Louis Bertagna, “a depressão não é uma doença como as outras; mas, como as outras, é uma doença⁴.”

A DEPRESSÃO COMO FATOR DE RISCO PARA O SUICÍDIO

Sabe-se que o suicídio é um fenômeno multi-causal que implica, na tentativa de sua elucidação, o entendimento das várias vertentes que possibilitam apontar suas causas. No momento, não nos cabe a tarefa de compreender todas elas, mas dirigir o olhar para a estreita relação que há entre a depressão e o suicídio.

O primeiro momento em que se pode perceber esta proximidade é quando se mostra a idéia ou comportamento suicida como um dos sintomas de depressão. Na vivência dolorosa de um transtorno depressivo, quando o sujeito é invadido por sentimentos de vazio, tristeza, nulidade e desesperança, a possibilidade do desejo de escapar ao sofrimento buscando o auto-extermínio se apresenta como um risco a ser considerado. Freud já alertava para o fato de que “não se pode esquecer que o suicídio não é nada mais que uma saída, uma ação, um término de conflitos psíquicos”. As estatísticas revelam que para a faixa etária de 25 a 34 anos, o suicídio é a primeira causa de mortalidade... para a de 20 a 24 anos, é a segunda, vindo logo após os acidentes. Cerca de 80% das pessoas que apresentam um quadro depressivo tentam o suicídio pelo menos uma vez e 17% dos pacientes não tratados conseguem se matar⁹. Durante a vivência de um estado depressivo, no qual o sujeito se encontra totalmente imerso na dor, a desmotivação para a vida e a descrença no futuro podem levá-lo a, movido por um ato de desespero, tentar pôr fim à própria existência, num gesto impulsivo. Nem mesmo os indícios de uma melhora asseguram o abandono da idéia de morrer, pelo contrário, o risco apresenta-se novamente quando, mais consciente do estado de vazio que o cerca, do ego fragilizado e das relações objetivas abaladas, ele tem a energia necessária para a passagem ao ato. O suicídio apareceria não apenas como um sintoma, mas, ao mesmo tempo, ele seria uma consequência, uma “seqüela” da depressão.

Porém, o que poderia diferenciar, se é possível responder a tão complexa questão, um transtorno depressivo que termine em morte, de um outro que não culmine num auto-extermínio? Sejam quais forem as causas - objetivas ou subjetivas - que precipitam a depressão, um fator se apresenta: a perda. Trata-se de buscar entender, então, o que ocorre com o ego do indivíduo que, não suportando a ausência do que lhe supria o vazio interno, desestabiliza-se e parte então para o ato suicida. Tal questão é colocada por Freud que também se pergunta: “como seria possível subjugar-se o extraordinariamente poderoso instinto de vida, se isto pode apenas acontecer com o auxílio de uma libido desiludida ou se o ego pode renunciar à sua auto-preservação, por seus próprios motivos egoístas. Podemos tomar como ponto de partida a condição da melancolia e uma comparação entre ela e o afeto do luto”⁵.

ASPECTOS PSICANALÍTICOS SOBRE A DEPRESSÃO

A Psicanálise Freudiana não conceitualiza a depressão como o faz a Psiquiatria e algumas correntes da Psicologia. Buscaremos indícios pertinentes ao tema em alguns textos freudianos, dentre eles “Inibições, Sintoma e Ansiedade” e “Luto e Melancolia”, para tentarmos contextualizar a depressão à luz de nossos conhecimentos.

Freud, em seu texto “Luto e Melancolia”, estabelece correlação entre estas duas condições: as causas excitantes devidas a influências ambientais são as mesmas para ambas. O luto é a reação à perda de um ente querido ou de alguma abstração, como o país, a liberdade, ou o ideal de alguém. “Estas mesmas influências podem produzir a melancolia desde que esta pessoa possua uma disposição patológica.”⁶

A melancolia se apresenta com os seguintes traços mentais: “desânimo profundamente penoso, cessação do interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima, a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição”. Estes mesmos traços

podem estar presentes no luto, com uma única exceção: a perturbação da auto-estima⁶. Na melancolia, a perda de um objeto amado pode também estar presente, mas esta perda se refere mais a uma perda de natureza ideal. O sujeito “sabe quem ele perdeu, mas não sabe o que perdeu nesse alguém”⁶. A melancolia está assim relacionada a uma perda objetual retirada da consciência, no luto, ao contrário, nada existe de inconsciente a respeito desta perda.

A perturbação da auto-estima somente presente na melancolia está relacionada a um empobrecimento do ego. Se no luto é o mundo externo que se apresenta pobre, vazio, desprovido de valor, na melancolia é o próprio ego. A pessoa melancólica degrada-se diante de todos, sem constrangimento ou vergonha, sente comisseração por seus parentes estarem ligados a ela, pessoa tão desprezível. Este quadro é denominado por Freud como delírio de inferioridade, sendo completado pela insônia e pela recusa a se alimentar. Diante deste quadro, Freud se indaga sobre o que aconteceu ao instinto que compele todo ser humano a se apegar à vida. Constata que devemos buscar o entendimento no processo de constituição do ego e no que ocorre na melancolia. “Uma parte do ego se coloca contra a outra, julga-a criticamente e toma-a como seu objeto”⁵. Conclui que o ego adoece por sua própria causa. Se no luto temos a perda de objeto, na melancolia temos uma perda relativa a seu ego. Freud reconstruiu este processo da seguinte forma: “existe, num dado momento, a escolha objetual, uma ligação da libido a uma pessoa particular; então, devido a uma real desconsideração ou desapontamento proveniente da pessoa amada, a relação objetual foi destruída. O resultado não foi normal - uma retirada da libido desse objeto e um deslocamento da mesma para um novo objeto - mas a catexia objetual passou a ter pouco poder de resistência e foi liquidada. A libido livre, que não foi deslocada para outro objeto, foi retirada para o próprio ego, empregada então de maneira específica, serviu para estabelecer uma identificação do ego com o objeto amado”⁶.

Assim, “a sombra do objeto caiu sobre o ego e este pode ser julgado como se fosse um objeto, o objeto abandonado”⁶. “Desta forma, a perda objetual se transformou na perda do ego, e o conflito entre o ego e a pessoa amada numa separação entre a atividade crítica do ego e o ego enquanto alterado pela identificação”. As pré-condições e os efeitos desse processo são que, por um lado, existe uma forte fixação no objeto amado e, por outro, em contradição a isso, a catexia objetual deve ter tido pouco poder de resistência. Segundo Otto Rank, a escolha objetual é efetuada numa base narcísica, de modo que a catexia objetual ao se defrontar com obstáculos pode retroceder para o narcisismo. “A identificação narcísica com o objeto se torna, então, um substituto da catexia erótica e, em conseqüência, apesar de conflito com a pessoa amada, não é preciso renunciar à relação amorosa. A tendência a adoecer na melancolia reside na predominância do tipo narcísica da escolha objetual”⁶.

Nos quadros de melancolia, as situações que podem dar origem a doença são, em sua maior parte, reações a perdas reais por morte, desconsideração, desprezo e desapontamento, que trazem para a relação sentimentos opostos de amor e ódio, ou reforçam uma ambivalência já existente. Esses conflitos, devido a ambivalência, que surgem de experiências reais, ou fatores constitucionais, não podem ser desprezados. entre as pré-condições da melancolia. “Se o amor pelo objeto - um amor que não pode ser renunciado, embora o próprio objeto o seja - se refugiar na identificação narcísica, então o ódio entra em ação nesse objeto substituto, dele abusando, degradando-o, fazendo-o sofrer e tirando satisfação sádica de seu sofrimento”⁶.

A auto-tortura muitas vezes agradável ao melancólico, na realidade, é uma satisfação das tendências do sadismo e do ódio, relacionadas ao objeto que retornou ao próprio eu do indivíduo. Pelo caminho indireto da auto-punição, o melancólico vingava-se da pessoa que ocasionou a sua desordem emocional, pois certamente esta pessoa encontra-se em seu ambiente imediato. Sabemos, na neurose, que os pensamentos de suicídio são na realidade impulsos assassinos contra os outros que voltam contra si. O sujeito se mata para tentar punir, “matar” a outra pessoa.

Na análise da melancolia, verifica-se que o ego só pode se matar se, devido ao retomo da catexia objetual, puder tratar-se como um objeto, se for capaz de dirigir contra si mesmo a hostilidade relacionada a um objeto, “o que representa a reação original do ego para com objetos do mundo externo”. Assim, se na regressão à escolha objetual narcisista, nos livramos do objeto, ele, entretanto, se revela mais poderoso do que o próprio ego. Tanto no suicídio quanto na paixão intensa, o ego é dominado pelo objeto, embora de maneiras diferentes.

Freud apontará para uma outra característica da melancolia, que é sua tendência em se transformar em mania - estado oposto a ela em seus sintomas. Isto não acontece a toda melancolia. Alguns casos seguem seu curso com recaídas periódicas e, entre seus intervalos, sinais de mania talvez estejam inteiramente ausentes ou sejam apenas muito leves. Outros revelam alterações regulares de fases melancólicas e maníacas que levam à hipótese de uma insanidade regular.

No texto “Inibições, Sintoma e Ansiedade” (1926), posterior a “Luto e Melancolia” (1917), Freud coloca como ponto de partida dos estados de depressão a inibição.

As inibições são definidas como restrições das funções do ego. São elas, segundo Freud: a função sexual, de nutrição, de locomoção e do trabalho profissional. O ego renuncia a essas funções como medida de precaução, a fim de evitar conflito com o superego e com o id. Quando o ego se vê envolvido com uma tarefa psíquica particularmente difícil, como no caso do luto, ou quando se verifica uma considerável supressão de afetos, ou a necessidade de conter um fluxo contínuo de fantasias sexuais, ocorre aí também a restrição das suas funções. O ego conhece um tal empobrecimento da energia de que dispõe, que se vê obrigado a reduzir o dispêndio destas, em muitos pontos ao mesmo tempo.

A depressão, cujo ponto de partida são as inibições, encontra-se presente nas patologias mentais, sejam elas mais ou menos graves. Nos estados mais graves como na melancolia, por exemplo, verificamos um total empobrecimento do ego, chegando muitas vezes à renúncia da própria vida.

Tendo como premissa os conceitos freudianos na vertente da Psicanálise, verificamos que a depressão não é tomada como uma estrutura clínica. Tem sido estudado o seu caráter transestrutural, como fenômeno presente perpassando tanto pelas neuroses quanto pela psicose.

Assim, ao propor o estudo da depressão atualmente denominada de “mal do século”, e tentar identificar as causas da dor psíquica, o que se tem em mente é que o sujeito encontre saídas menos drásticas, tal como a morte voluntária para os seus conflitos.

RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E OUTRAS PATOLOGIAS

Há casos em que a depressão é desencadeada ou aparece concomitante a outras patologias, abuso de drogas ou álcool.

Estar atento a tal situação é conceber o indivíduo como “um todo”, levando em consideração não só a sintomatologia aparente, como também as causas subjacentes de determinado problema. No dia-a-dia da clínica psicológica e psiquiátrica, este quadro é cada vez mais freqüente.

DEPRESSÃO E FATORES BIOLÓGICOS

Algumas patologias clínicas podem ser confundidas com quadros de depressão maior. Na realidade, porém, são quadros ligados etiologicamente às doenças físicas. Exemplos do citado anteriormente são doenças como: Mal de Parkinson, Doença de Alzheimer, Artrite Reumatóide, AVC, Demência, entre outras. Nelas os

sintomas são descritos como depressivos, mas têm ligação direta com a manifestação ou cronificação do quadro clínico. Nesses casos, a depressão tem papel secundário ao mesmo.

Há quadros nos quais a depressão facilita ou agrava o surgimento da doença física (depressão primária) ou situações nas quais ambos os fatores coexistem de forma mais ou menos independentes.

Quadros de depressão na terceira idade são exemplos típicos da descrição, na qual um sintoma ligado ao agravamento da doença clínica é confundido com quadros de depressão ou certas características típicas do envelhecer são confundidas com quadros psiquiátricos. Casos de depressão podem, também, ser negligenciados em detrimento de se abordar unicamente a doença física.

ÁLCOOL E ABUSO DE DROGAS

Em muitos casos, o consumo de drogas ou álcool é uma tentativa de atenuar o sofrimento provocado pela depressão e, por outro lado, o uso abusivo pode por si só provocá-la. É fundamental estar atento ao se lidar com casos de depressão-alcoolismo para tentar elucidar se a depressão em determinado caso passará a possuir um caráter primário ou secundário.

Se o indivíduo utiliza o álcool como ponto para seu contato com o mundo, tornando-se mais extrovertido ou expansivo, a fim de amenizar seus conflitos internos e se, após algum tempo da supressão do uso do álcool/droga, os sintomas ainda persistirem, está-se diante de um transtorno afetivo de caráter primário e o uso da droga como fator associado.

Contudo, se após algumas semanas sem o uso de álcool (passada a fase de abstinência) houver a supressão dos sintomas depressivos, está-se diante de uma depressão secundária à questão do alcoolismo.

Ao se tentar elucidar diagnósticos nos quais fatores orgânicos fundem-se a problemas psiquiátricos, é importante estar atento para a associação temporal entre o início do transtorno depressivo e a doença orgânica. Nesses casos, o tratamento do problema orgânico também melhora o quadro depressivo. Além disso, o curso da doença costuma ser atípico e os achados clínicos de depressão desproporcionalmente mais graves que o esperado.

RECONHECENDO E ENTENDENDO A DEPRESSÃO

Diante de um quadro de depressão, torna-se fundamental falar não só do trabalho de equipe de saúde, no cuidado com o indivíduo deprimido, como na percepção daqueles que o rodeiam - quer no âmbito familiar, quer no seu ambiente de trabalho. Serão, muitas vezes, seus companheiros de trabalho, superiores e/ou chefes diretos que, talvez, percebam os sintomas como descritos anteriormente, nos quadros de depressão. Sintomas estes que a um observador desavisado podem soar como preguiça ou desleixo, quando na verdade podem ser a manifestação de uma crise cuja não observância e tratamento adequado podem levar a condutas extremadas por parte do sujeito, como uma crise aguda ou até atos de auto-extermínio.

Não se tentam justificar condutas pouco profissionais de algumas pessoas, mas chamar a atenção de “perdas reais ou ideais”, mudanças acentuadas de comportamento às quais todos podem estar vulneráveis. Assim, em determinado sujeito que até então desenvolvia suas atividades dentro de um padrão próprio, observa-se uma decadência progressiva em termos de convivência, dinamismo e atividade rotineira.

Quem observa tal indivíduo durante um período de tempo sabe que ele mudou, está diferente, mais triste e arredio do que sua conduta habitual. Deve-se tentar, então, uma abordagem amigável e o encaminhamento, se necessário, a um profissional de saúde.

Destaca-se, aqui, o trabalho de uma equipe multidisciplinar de saúde no cuidado com o indivíduo deprimido. Cada profissional deve estar ciente da importância de tomar o paciente como “um todo”. Portanto, é eficaz e benéfico ao tratamento do sujeito (quer neurótico ou psicótico) a comunicação entre vários profissionais - médico clínico, psiquiatra e psicólogo - para que o tratamento possa fluir de forma harmoniosa. Pois não basta tratar os sintomas sem entender a dinâmica interna do sujeito ou tentar, somente à luz de um conhecimento subjetivo, ser capaz de tratar e superar qualquer tipo de problema.

É fundamental conscientizar o sujeito de que o lazer e os momentos de descanso fazem parte de sua vida tanto quanto o aprimoramento intelectual e a dedicação ao trabalho. Os momentos de descontração, bem como a manutenção de relacionamentos interpessoais satisfatórios são o contraponto necessário às situações de estresse e tensão que a vida apresenta a todos. A presença de estresse, fadiga e descontrole emocional mesmo após tais cuidados, torna de suma importância a procura por um profissional de saúde mental.

O estudo e a atenção dos profissionais da área de saúde mental devem estar voltados aos indícios da patologia. O tratamento multi-profissional propicia estabelecimento de diagnóstico, tratamento adequado e orientação ao indivíduo e a seus familiares num momento muitas vezes difícil e obscuro.

CONCLUSÃO

“O luto, como sabemos, por mais doloroso que possa ser chega a um fim espontâneo... quando o luto tiver terminado, verificar-se-á que o alto conceito em que tínhamos as riquezas da civilização nada perdeu com a descoberta de sua fragilidade, reconstruiremos tudo o que a guerra destruiu e talvez em terreno mais firme e de forma mais duradoura do que antes.”⁷ Se fizermos uma analogia entre a depressão e a guerra da qual Freud está falando, veremos que a vivência de um estado depressivo acarreta no indivíduo uma sensação de vazio e de que algo foi destruído dentro de si. O tratamento seria semelhante a um trabalho de reconstrução que busca não apenas sanar os sintomas que causam a dor, mas rever na história do sujeito os motivos que poderiam tê-lo levado à depressão. Verificar-se á que tal como numa guerra, nem tudo é totalmente destruído, algo permanece de pé. É preciso enxergar, neste ego fragilizado, a possibilidade de se erguer novamente e recomeçar a viver, recriando para si um terreno mais firme’ onde possa pisar.

REFERÊNCIAS

1. BATISTA, Dayse (trad). **DSM-IV** - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
2. CAETANO, Dorgival (trad). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento do CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
3. COTTET, Serge. A bela inércia. **Revista Papéis do Simpósio**. Belo Horizonte: SCF, n.18, 1990.
4. CUCHE, Henry, GÉRARD. Alain. **Não aguento mais** - um guia para compreender e combater a depressão. Rio de Janeiro: Papyrus, 1988.
5. FREUD, Sigmund. **Cinco lições de psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 1979. p. 217- 218: Contribuição para uma discussão acerca do suicídio. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud), 11.
6. _____ . **A história do movimento psicanalítico**. Rio de Janeiro: Imago,1979. p. 275-292: Luto e Melancolia. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud), 14.
7. _____ . **A história do movimento psicanalítico**. Rio de Janeiro: Imago,1979. p. 345 - 350: Sobre a Transitoriedade. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud), 14.
8. _____ **Um estudo autobiográfico**. Rio de Janeiro: Imago, 1979. p. 107-198: Inibições, Sintoma e Ansiedade. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud), 20.
9. GASPARINI, Sandra. **Depressão**. Saúde e Vida On Line. Internet.
10. MARTUSCELLO, Carmine. **Suicídio**: Percepção e prevenção. Folha Carioca. Rio de Janeiro.
11. NASIO, Juan David. **Nos Limites da Transferência**. Campinas: Papyrus,1987.
12. PRESTON, John. **Vença a Depressão** - um guia para a recuperação. Rio de Janeiro: Record, 1989.
13. QUINET, Antônio. **O que os Clássicos nos ensinam sobre a melancolia?** Texto Inédito.
14. ROOSEVELT, M. S. Cassorla (coordenador). **Do Suicídio**: estudos brasileiros. Campinas: Papyrus, 1991.
15. STOPPE, Alberto J., NETO LOUZÃ, Mário Rodrigues. **Depressão na Terceira Idade**. São Paulo: Editora Lemos, 1996.
16. Revista Papéis do Simpósio. PMD. A bela inércia. s.n.t.

O ESTRESSE E SUAS IMPLICAÇÕES NO TRABALHO POLICIAL

Geralda Eloisa Gonçalves Nogueira

Capitão Psicóloga da PMMG

Fabrícia Lopes Brandão Pereira

Tenente Psicóloga da PMMG

Valéria Miranda Tolentino

Tenente Psicóloga da PMMG

Cristiane Goretti Chaves

Tenente Psicóloga da PMMG

CONCEITO

Hans Selye, pioneiro e um dos mais importantes estudiosos do tema, afirmou em seu livro “Stress: a tensão da vida”, que o estresse é “o denominador comum de todas as reações de adaptação no corpo”¹⁶.

O estresse é um mecanismo primitivo com uma função básica de preservação da vida e resulta da interação do homem com o meio ambiente. Consiste num conjunto de reações do organismo capaz de promover um estado de prontidão e de mobilizar energia suficiente para garantir a vida e a sobrevivência. É, nesse sentido, o estado de alerta do organismo em resposta a situações que suscitam idéias de perigo e/ou ameaça.

Frente a quaisquer situações que mobilizem sentimentos dessa natureza, o corpo reage através de duas respostas básicas: lutar ou fugir.

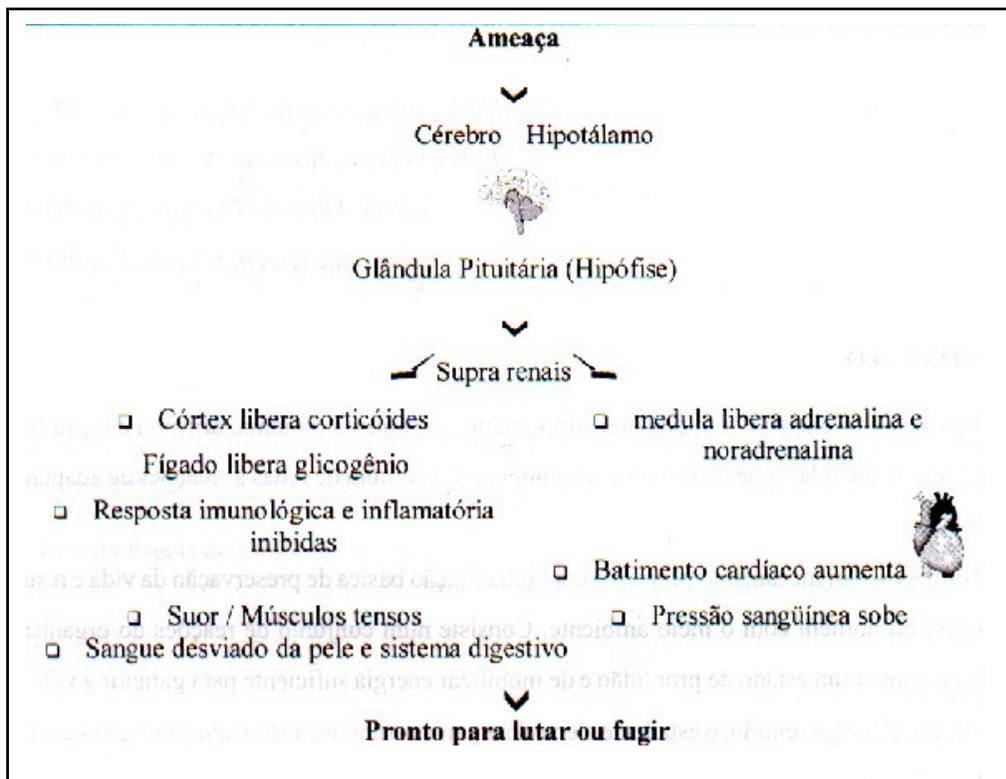
“Esse padrão de respostas desenvolve-se a partir da interpretação de perigo em nível cerebral que imediatamente ativa mecanismos neuro-hormonais”⁴ que provocam modificações em todo o organismo, conforme ilustra o esquema 1.1.

“Uma vez desaparecida a razão para o estado de alerta (...) a reação de estresse começa a ceder”¹, de forma que o organismo volte a seu estado normal de equilíbrio das funções vitais.

Essa síndrome de reação é um processo normal do organismo. Quando o estímulo para o estresse acaba, o córtex pára de emitir impulsos e o organismo volta ao seu funcionamento normal.

Segundo Selye, se o estímulo não for interrompido ou se repetir com frequência, a pessoa pode entrar em um estado de estresse crônico, o que compromete a adaptação anteriormente obtida, podendo ter conseqüências nocivas e até mesmo drásticas para o organismo¹.

Figura 1.1 - Os efeitos do estresse no organismo



Fonte: Pressão no trabalho: um guia de sobrevivência. São Paulo: Mc Graw-Hill, 1988.

CONDIÇÕES INDIVIDUAIS QUE PREDISPÕEM AO ESTRESSE

É fundamental levar em consideração a totalidade do ser humano e das circunstâncias que o rodeiam para termos uma compreensão mais ampla dos processos de adoecer. A totalidade só é possível quando se leva em conta a pessoa e não a doença.

O que chamamos de realidade exterior é construída a partir de um universo simbólico de modo a atender às necessidades de cada sujeito. A mente, à medida que constrói suas concepções de mundo, não só experimenta suas criações como reais, como as empurra para fora, transformando-as em objetos de cultura, transfigurando a realidade externa. Desta forma, atribuir adjetivos ao mundo como bom, ruim, agressivo, amoroso, não diz tanto sobre como ele - o mundo - de fato é, mas como ele é construído, podendo então ser vivido como um lugar de estresse insuportável, ou, ao contrário, um lugar idealizado. O corpo terá assim que se adaptar àquela realidade particular, criada pelo próprio indivíduo e pela sua cultura, que passa a ser a sua realidade.

Desta forma, não podemos rotular o estresse como algo bom ou mau, pois é através do estresse que nos adaptamos às situações da vida. Neste sentido, é o modo como reagimos a essas situações que faz diferença.

“As pessoas são muito diferentes no que diz respeito à quantidade de experiências causadoras de estresse por que passam e em sua capacidade de contrabalançar os efeitos dessas experiências”¹.

“Muita gente se sujeita, inadvertidamente, ao estresse desnecessário adotando e mantendo padrões de comportamento, hábitos, relações, atividades e obrigações que aumentam seu grau de estresse todos os dias”¹.

A partir de 1970, pesquisas no campo da cardiologia têm demonstrado a relação do estilo de vida com a ocorrência de ataques cardíacos. Em 1974, Friedman e Rosenmam, através de pesquisas, constatam que entre as pessoas com predisposição a ataques cardíacos, certo perfil no tocante ao estilo de vida podia ser observado com uma frequência maior. A esse perfil, aqueles pesquisadores deram o nome de Padrão de Comportamento do Tipo A.

Pessoas que apresentam o padrão de comportamento do tipo A se caracterizam por uma maneira peculiar de se relacionar com as coisas e as pessoas, demonstrando serem ambiciosas e competitivas, imbuídas de um sentimento de urgência em todos os aspectos de sua vida. Impulsividade e agressividade são outras de suas características, por isso tendem a falar depressa, a ir direto ao assunto, a pensar em várias coisas ao mesmo tempo, a ter movimentos rápidos e ficar impaciente com o ritmo normal das coisas. No trabalho, a pessoa “tipo A” tende a ser eficiente, capaz de tomar decisões rápidas, dinâmica e propensa a descansar pouco. Além disso, sempre se preocupa em ser pontual, às vezes, de forma compulsiva⁴.

“Friedman e Rosenmam resumem o padrão do tipo A como um padrão de urgência, realização e competição crônicas”¹.

Um outro padrão de comportamento que ficou evidente com os estudos dos autores citados foi denominado Tipo B, que apresenta características opostas às do tipo A. A pessoa do tipo B é pouco competitiva, aceita e reconhece “as limitações que lhe são impostas pelas próprias deficiências naturais”⁴, o que tem efeito no seu ritmo e estilo de vida.

Constatou-se ainda que “as variáveis tradicionalmente importantes da alimentação, do nível de exercícios e de fumo não revelaram muita correlação com a incidência das doenças (cardíacas e das coronárias). Por outro lado, os homens do tipo A tinham três vezes mais probabilidade de entrar em colapso do que os do tipo B”¹.

O estudo desses dois autores tornou evidente que “a personalidade é o mais importante dos fatores de vulnerabilidade, pois condiciona nosso comportamento e nossa interpretação subjetiva do potencial estressor de uma situação”⁴.

O indivíduo, no decorrer de seu desenvolvimento, constrói e estrutura formas de ser e reagir aos diferentes estímulos. Assim, o processo de adoecer deixa de ser um evento causal e passa a ser integrado a sua biografia à medida em que o homem responde às ameaças simbólicas decorrentes da interação social e não apenas às ameaças concretas (biológicas, físicas e químicas). Situações como quebra de laços familiares e da estrutura social, obstáculos à realização pessoal, separação, perda do emprego, viuvez, aposentadoria, entre outros, são tão potencialmente danosos à pessoa quanto outros fatores concretos. Dentro desta perspectiva, pode-se compreender que um grande número de doenças - senão a maioria das doenças mais frequentes do homem urbano contemporâneo - denunciam, expressam e revelam a forma de uma pessoa viver a sua interação com o mundo.

A vida moderna, caracterizada por um processo constante, ininterrupto e rápido de mudanças, tem contribuído para criar situações estressantes à medida em que exige de todos adequação a estas mudanças. Muitos autores têm situado o estresse enquanto condição de descontrole de uma função fisiológica normal como algo epidêmico. Visto sob essa ótica, o estresse aponta que algo não vai bem, que nessa relação do homem com o mundo e suas exigências há um mal-estar que incide sobre o corpo. No nível pessoal, o

estresse pode significar desconforto, doença, envelhecimento precoce ou morte prematura³.

Assim, é de fundamental importância abrir espaço para compreender que a situação de conflito, seja do indivíduo consigo mesmo, seja do indivíduo com a circunstância à qual está submetido - geradora de emoção - é suficiente para originar transtornos funcionais.

Neste sentido, pode-se afirmar categoricamente que as pessoas reagem diferentemente ao estresse. Isto faria distinguir situações estressantes e situações percebidas como estressantes, o que aponta para a necessidade de entender os aspectos psicológicos do estresse.

ESTRESSE E TRABALHO

O estresse, para a organização, significa desempenhos fracos, ineficiência e eficácia reduzida: Visto sob esta ótica, “o estresse nas organizações e um problema administrativo”¹.

“Todo mundo sente, até certo ponto, estresse no trabalho. Se o nível de estresse estiver na zona de tolerância do indivíduo, ele poderá funcionar bem e encarar o trabalho como uma parte construtiva e satisfatória de sua vida. Todavia, se o nível de estresse estiver fora dos limites de um *determinado empregado*, será inevitável que crie problemas tanto de desempenho no trabalho quanto de saúde e bem-estar pessoal. O preço do estresse insuportável tem de ser pago, mais cedo ou mais tarde”¹.

Isto significa que os gerentes devem ter preocupação direta com a saúde e bem-estar de seus funcionários pois “à medida em que um empregado esteja com excesso de estresse geralmente não poderá trabalhar a pleno potencial e com eficácia total”, além disso, os efeitos do estresse têm impacto sobre a saúde, o que significa custos diretos e indiretos¹.

Outro ponto importante é que o estresse no trabalho pode ser identificado por outras variáveis além de uma alta taxa de doenças. Assim, é possível identificar o estresse no ambiente organizacional, bem como avaliar seu impacto na instituição através de variáveis como o absenteísmo, alta rotatividade de pessoal, desempenho no trabalho, ociosidade, impontualidade, comprometimento das relações interpessoais (agressões verbais ou físicas) e atos anti-sociais tais como sabotagem, desperdício ou quebras intencionais.

As instituições tendem a lidar de maneiras diferentes com o estresse ou seus sinais, dependendo do significado que lhes é atribuído. Uma organização pode, por exemplo, identificar o alto nível de pressão e, conseqüentemente, de estresse como demonstração de status gerencial. Nesses locais, a perspectiva de passar a ter menos pressão no trabalho pode ser vista como perda de status. Outra maneira de encarar o estresse nas organizações é a manutenção de uma crença muito comum, a saber: deve-se exigir o máximo de seu pessoal. Isso pode contribuir para criar uma situação em que os chefes estão “sempre fazendo muita pressão sobre seus subordinados e (sofrendo) pressão de seus chefes da mesma forma”¹. Nessas condições, a cultura institucional propicia o aparecimento e até mesmo a manutenção do estresse, além de valorizar, mesmo que de forma indireta, padrões de comportamentos do tipo A. Essa situação pode se tornar rotineira e peculiar a uma organização e passar despercebida pelos funcionários, o que não significa que não sofram ou reajam aos efeitos do estresse excessivo.

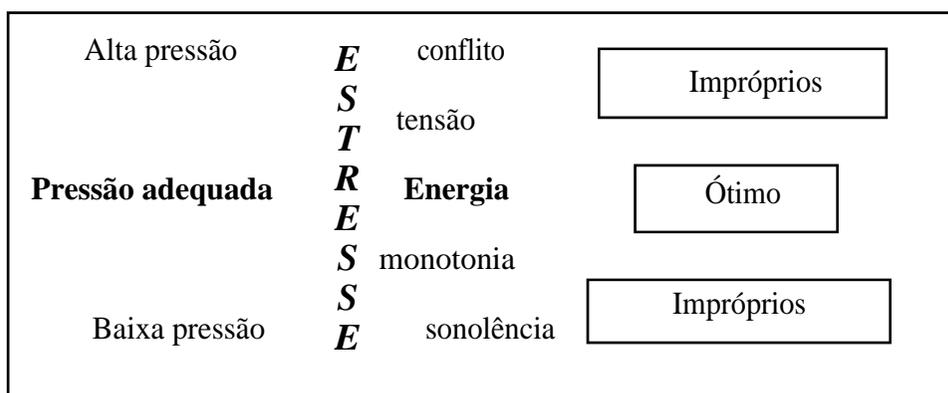
Nos ambientes onde a pressão é vista como característica inerente ao trabalho, a expressão de estresse pode ser vista como sinal de fraqueza. Nessas organizações “as pessoas fazem de tudo para encobrir qualquer sintoma”, pois o estresse passa a ter relação com o fracasso pessoal. “Isto aumenta a pressão pois as pessoas devem aparentar boa convivência, qualquer que seja o nível de pressão e o custo pessoal”³.

Pressão e estresse não são a mesma coisa. Pressão pode ser entendida como um conjunto de exigências colocadas sobre o indivíduo ou grupo. O estresse é a resposta individual a um nível de pressão inadequado, não é a pressão em si.

Tanto a pressão acentuada quanto o baixo nível de pressão são impróprios e causadores de estresse. Evitar estresse não é eliminar a pressão. A pressão trabalha a favor quando há equilíbrio entre exigências e capacidade para conviver com elas de forma efetiva.

Aumentando o nível de pressão, aumentam a atenção e a vigilância, a pessoa sente-se energizada e pronta. Esse ponto favorável varia de pessoa para pessoa e não é quantificável. Quando o nível de exigência começa a subir, aumentam as tensões.

Fig 1.2 -A pressão e sua relação com o estresse



Fonte: Pressão no trabalho: um guia de sobrevivência. São Paulo: Mc Graw-Hill, 1988.

No ambiente profissional, os estressores que criam mais problemas fazem parte integrante da estrutura do trabalho.

Segundo Dejours, a organização do trabalho - que compreende a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as relações de poder, as modalidades de comando e questões atinentes à responsabilidade - exerce sobre o homem uma ação específica cujo impacto é o aparelho psíquico. Deste choque, emerge um sofrimento de natureza mental que tem início quando a organização do trabalho busca adaptar o funcionário ao seu modelo já determinado, ignorando-o como um sujeito que traz consigo toda uma história individual, desejos, expectativas de futuro e aspirações em relação ao trabalho⁷.

O sofrimento mental coloca em risco o equilíbrio psicossomático do trabalhador e é expresso através de sintomas específicos, oriundos da relação organização do trabalho versus personalidade do trabalhador. Apesar dos sintomas resultarem da relação de cada indivíduo com o trabalho, é comum que indivíduos de uma mesma organização apresentem patologias e sintomas semelhantes, como alta incidência de úlceras, de alcoolismo, hipertensão, entre outros.

Os sintomas funcionam como estratégias de defesa e apesar de terem o objetivo de aliviar o sofrimento mental também expressam insatisfação e ansiedade. Não encontrando saídas para suas dificuldades, o sofrimento mental será representado pela doença física (somatização), uma vez que no corpo a doença é reconhecida pela organização, pois o sofrimento mental não pode aparecer no local de trabalho. Desta forma, o conflito homem versus trabalho se desloca para um outro campo.

Segundo Freud, o homem caminha em busca da experiência de intenso prazer e da ausência de sofrimento e desprazer⁹. A atividade profissional pode representar fonte de prazer ou sofrimento. Dois aspectos irão determinar a sensação de prazer/desprazer: a relação que o trabalhador estabelece com a

realidade da organização de seu trabalho e as condições oferecidas pela organização como fonte sublimatória.

“A insatisfação provém do sentimento de ser ‘roborizado’; de indignidade (contato forçado com uma tarefa desinteressante); de inutilidade (falta de qualificação e finalidade do trabalho) e desqualificação (imagem de si que repercute no trabalho). Estes sentimentos também promovem vivências depressivas que geram o cansaço pois a execução de tarefas sem investimento material e afetivo requer produção de esforço e vontade (contrapondo a motivação e o desejo)”⁷.

Da mesma forma, uma “organização de trabalho rígida e imposta é um obstáculo à livre estruturação da tarefa pelo sujeito. Condutas gerenciais que confiscam a concepção e iniciativa do trabalhador esvaziam o conteúdo e o significado da tarefa para o trabalhador”⁷.

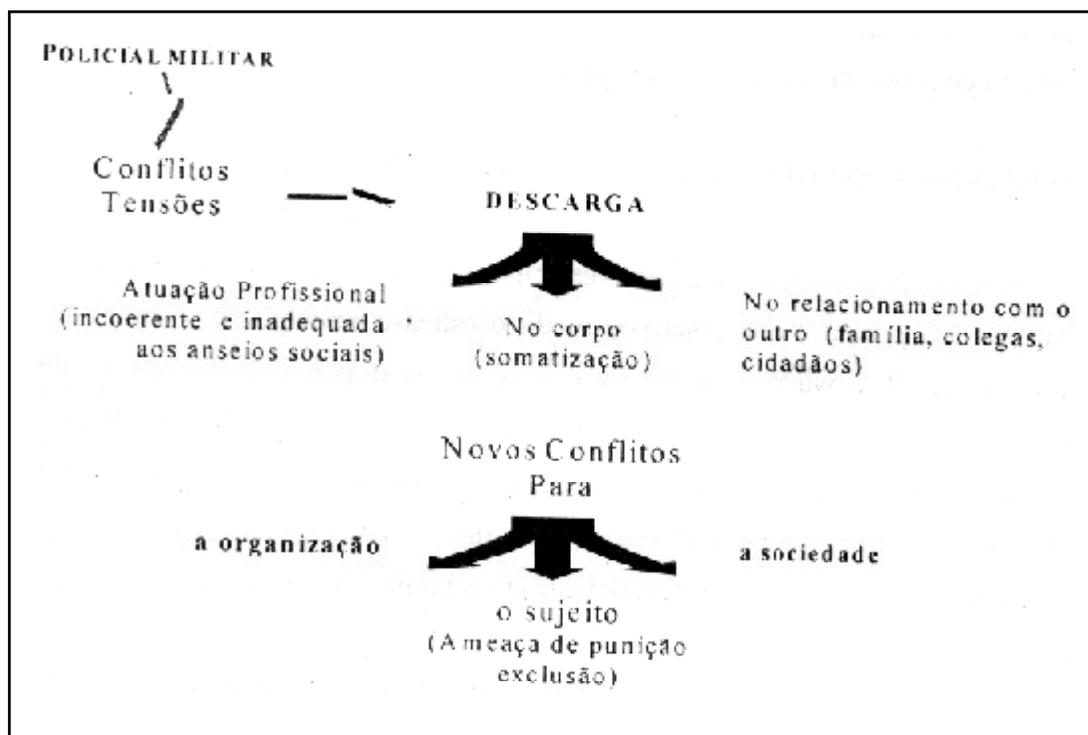
Não existe patologia mental decorrente do trabalho, porém a organização do trabalho pode favorecer o surgimento de uma descompensação no sujeito, quando bloqueia os esforços daquele que tenta adequar suas tarefas às necessidades de sua estrutura mental.

Na palavra do trabalhador e através da identificação de seus sistemas defensivos, pode-se ler e interpretar o sofrimento proveniente da organização do trabalho. A partir de então, é possível elaborar metas que propiciem ao trabalhador mudar o rumo do seu sofrimento. A saída não é criar soluções para o sofrimento alheio mas criar condições que permitam a cada um pôr fim à desestruturação devida ao trabalho.

O ESTRESSE DO POLICIAL MILITAR

Ao ingressar na carreira policial, a história de vida do jovem irá deparar com uma cultura organizacional que idealiza no seu funcionário ausência de emoções, o “homem forte, passado a pronto”, capaz de sufocar todos os seus conflitos. Nessa cultura, o sofrimento, sensação inerente ao ser humano, não pode aparecer: o homem deve sempre estar ‘Em Condições De’ (“ECD”) ser eficaz e eficiente diante de toda a demanda interna e externa à Instituição. Qual é a reação desse profissional diante desse sistema organizacional?

Fig. 1.3 - O policial e a vivência de situações de tensão



Em 1994, profissionais de saúde da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais realizaram uma pesquisa, através de questionários, entre militares do 1º Batalhão de Polícia Militar (1º BPM), cujos resultados foram apresentados no texto “O estudo exploratório do sofrimento mental de policiais militares do rádio-patrolhamento”¹³.

Esse estudo surgiu da observação de que os policiais militares traziam para o atendimento clínico dos ambulatórios queixas e sintomas de sofrimento mental, solicitando sua “medicalização”. Nesse pedido, estava implícita a tentativa de deslocamento do conflito homem versus trabalho para um terreno mais neutro e, ainda, a desqualificação do sofrimento no tocante a sua natureza psíquica.

Foram investigados os seguintes aspectos: carga horária, horários e conteúdo significativo do trabalho, conteúdo ergonômico da tarefa, preparo e treinamento, relações no trabalho (com colegas e superiores), sistema de promoções e riscos identificados.

Os dados colhidos revelaram que a maioria dos entrevistados considerou a capacitação inadequada, o relacionamento hierárquico insatisfatório, as oportunidades de promoção pouco justas, as condições ergonômicas desfavoráveis e a presença de riscos inerentes ao trabalho.

Através destes resultados, inferiu-se que, como em uma reação em cadeia, essas condições interagem e sinergizam os efeitos sobre a carga psíquica dos trabalhadores, provocando o sofrimento mental. O aparecimento da fadiga, nervosismo e insatisfação são manifestações visíveis desse sofrimento invisível e precedem, muito provavelmente, o aparecimento de sintomas e sinais somáticos mais visíveis. Supõe-se que a ação destes intensos estressores atuando sobre o aparelho psíquico leva ao adoecimento do corpo.

Efeitos desta sobrecarga podem afetar ainda as relações extra trabalho, favorecer a busca de alívio no uso de álcool e em outros tipos de fuga.

Como fonte de prazer no trabalho, os militares apontam a união e o companheirismo da tropa. Há uma valorização deste aspecto pelos próprios policiais que parece exercer função preventiva e mantenedora de saúde mental dos trabalhadores.

O ESTRESSE NO DECORRER DA CARREIRA POLICIAL

O artigo de John M. Violanti, intitulado “Padrões de Estresse no Trabalho Policial”¹⁸, traz os resultados de sua pesquisa que objetivou medir o estresse percebido e o tempo de serviço entre policiais no Estado de Nova York, tendo sido constatado que os policiais vivenciam estágios diferentes no decorrer de sua carreira que, por sua vez, influenciarão na percepção do estresse.

O autor parte do princípio de que o estresse está intimamente relacionado a como o indivíduo percebe o seu ambiente - as exigências a ele dirigidas podem ser adequadamente atendidas? “Sem esta percepção, o indivíduo não se sentiria ameaçado pela antecipação do fracasso e não experimentaria o estresse”¹⁸.

Foi constatado que a primeira metade da carreira policial apresenta-se como ponto crítico do estresse policial.

Os primeiros cinco anos - o estágio de alarme - é vivenciado pelo indivíduo como um “choque de realidade” a partir da constatação de que a realidade do trabalho policial difere da sua expectativa. E quando o sujeito se depara com a diversidade entre a realidade objetiva e a realidade subjetiva: o que é real fora não corresponde ao que é real dentro do indivíduo e ele se questiona sobre sua capacidade para

enfrentar as exigências de seu trabalho.

É interessante estabelecer um paralelo entre esta fase da carreira policial com a primeira fase do estresse descrita por Douglas Bauk - a fase de impacto - que é o primeiro contato do indivíduo com uma mudança, por ele percebida como ameaçadora. Assim, medidas como preparação do candidato a ingressar na carreira policial com o repasse de informações sobre o trabalho e a possibilidade de um treinamento de integração podem ser minimizadoras dos efeitos do estresse nos primeiros anos da carreira policial-militar.

A fase seguinte, segundo Violanti, corresponde ao período de 6 a 13 anos de serviço e é denominada fase do desencanto. É entendida como uma extensão do choque de realidade experimentado nos primeiros cinco anos, com a constatação de que o ideal não corresponde às suas expectativas iniciais, bem como as pressões e exigências do trabalho ultrapassam sua capacidade de reagir com êxito. “Os policiais tornam-se desencantados com a falta de apreciação ao seu trabalho, por parte do público e da administração de polícia; muitos adotam o cinismo como um mecanismo de adaptação¹⁷”. O estresse aumenta durante este estágio.

A segunda fase do estresse proposta por Bauk corresponde à fase da repercussão, na qual as pessoas exploram as implicações da perda sofrida e começam a buscar alguma forma de substituí-la.

A terceira fase na relação entre o estresse e o tempo de serviço corresponde ao período de 14 a 20 anos e é denominada estágio de personalização. Segundo o autor citado, nesta fase o policial começa a deslocar sua atenção para metas pessoais e não tanto para as metas profissionais. Há um efeito decrescente do estresse à medida em que menos importância é dada às exigências do trabalho policial e o medo do fracasso é reduzido. Continuando o paralelismo traçado entre as fases do estresse propriamente dito, temos a fase do ajustamento, ou seja, é o período no qual a pessoa começa a recuperar-se dos aspectos negativos da mudança, passando a examinar os problemas relativos ao novo ambiente, encontrando novas alternativas e soluções. O indivíduo ocupa-se com coisas novas.

No final da carreira policial, ou seja, após 20 anos de serviço, tem-se a fase da introspecção; é o tempo de reflexão e os policiais estão, de algum modo, mais seguros nos seus empregos. É provavelmente a época menos estressante de sua carreira. Coincidência! Douglas Bauk descreve a quarta fase do estresse como a fase da reconstrução, onde o indivíduo “renuncia ao passado e se desempenha bem na solução de problemas existentes na nova situação. Ele substitui o que perdeu e começa um processo de apego aos novos elementos, testando sua natureza e seus limites²⁴”.

O ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

No CID-10, dentro dos transtornos classificados em F43 - Reação ao estresse grave e transtorno de adaptação - encontra-se um subtítulo, F43.1, denominado Estado de estresse pós-traumático.

Considerando a peculiaridade do serviço policial-militar, faremos aqui uma referência ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TSPT).

Conforme o CID-10, “este transtorno constitui uma resposta retardada ou protraída a uma situação ou evento estressante (de curta ou longa duração), de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica e que provocaria sinais evidentes de perturbação na maioria das pessoas (...). Os sintomas típicos incluem a revivência repetida do evento sob forma de lembranças invasivas (flashbacks), de sonhos ou de pesadelos; ocorrem num contexto durável de “anestesia psíquica” e de embotamento emocional, de retraimento em relação aos outros, insensibilidade ao ambiente, anedonia e evitação de atividades ou situações que despertem a lembrança do traumatismo. Os sintomas precedentes se acompanham habitualmente de uma hiperatividade

neurovegetativa, com hipervigilância, estado de alerta e insônia associados à ansiedade, depressão e ideação suicida. O período que separa a ocorrência do traumatismo do transtorno pode variar de algumas semanas a alguns meses. A evolução é flutuante, mas se faz para a cura na maioria dos casos. Em uma pequena proporção de casos, o transtorno pode apresentar uma evolução crônica durante numerosos anos e levar a uma alteração duradoura da personalidade (F.62.0)”, que consiste em uma atitude hostil e desconfiada em relação ao mundo, retraimento social, sensação de vazio e desesperança¹⁴.

Dentre essas situações traumáticas, são incluídas experiências de combate, de cativo prolongado, desastres, catástrofes naturais, ou ainda, exposição prolongada a situações que representem perigo vital.

No desempenho da atividade policial, o trabalhador fica exposto ao ambiente físico (barulho, temperatura, equipamentos...), químico (poeira, poluição...), biológico (vírus, bactérias, fungos...) que ameaçam a sua saúde. A complexidade desta profissão requer habilidades para solucionar de forma equilibrada, desde um parto inesperado às mais diversas situações de flagelos sociais e conflitos interpessoais em qualquer classe social. Portanto, mesmo quando não envolvidos em ocorrências de sinistro propriamente dito, a incerteza constante expressa em frases tais como “sabe-se a hora que sai de casa, mas não sabe se voltará”, desvela uma vivência desta *exposição prolongada a situações que representam perigo vital*. Desta forma, reafirma-se aqui o fato de que a profissão militar, pelas suas peculiaridades, é favorável ao surgimento de transtornos de estresse.

Kaplan relata que esta síndrome foi observada nos soldados durante a Guerra Civil Americana tendo sido na época denominada de “coração de soldado”, devido à presença de sintomas cardíacos. Na Primeira Grande Guerra, foi chamada “choque de granada” pois foi estabelecida uma aparente relação com a explosão de granadas. Foi observada também após a Segunda Grande Guerra, nos sobreviventes de campos de concentração, após bombardeios no Japão e após a Guerra do Vietnã, para citar alguns exemplos (10).

É interessante ainda fazer uma referência ao artigo “Mentes que Sofrem”, publicado na revista *Veja*, de 28 de junho de 1995, onde o psiquiatra Jorge Alberto Costa e Silva, Diretor da Divisão Geral de Saúde Mental da OMS, relata ter sido detectado entre os cariocas “um distúrbio típico de soldados que estiveram na frente de batalha, fruto da violência que assola a cidade: o stress pós-traumático, que causa a síndrome de perseguição, entre outras perturbações (...) O stress pós-traumático atinge pessoas que, de alguma forma, correram o risco de morrer. Durante o dia, elas demonstram insegurança em relação a tudo. À noite, sofrem pesadelos onde revivem o episódio que colocou suas vidas em perigo. É um misto de medo e exaustão física que mina o organismo”¹⁵.

Tem sido constatado, contudo, o papel favorável do grupo e da equipe na evolução deste transtorno, ou seja, a qualidade do sistema de apoio é importante no desenvolvimento de reações de ajustamento. Talbot faz referência a estudos da psiquiatria militar nos Estados Unidos, tendo constatado que quanto mais elevado o moral e o espírito de corpo da Unidade, menor será o número de baixas psiquiátricas durante o combate. Desta forma, fazer parte de um grupo que sobreviveu a um desastre algumas vezes capacita a pessoa a enfrentar melhor o trauma, mas sentimentos de culpa por ter sobrevivido podem complicar o manejo do estresse pós-traumático¹⁷.

A partir do exposto, é importante ressaltar a importância do trabalho de grupos, visando ao desenvolvimento do espírito de equipe, da confiança entre líderes e liderados como uma atitude preventiva a este tipo de distúrbio, o que pode amenizar os efeitos da profissão militar. Além disto, chamamos atenção para a importância de diretrizes do comando da PMMG, no sentido de que é necessário o encaminhamento ao Psicólogo daqueles que, no percurso de sua vida profissional, estiveram envolvidos em situações de trauma, tais como tiroteios e envolvimento direto em situações de sinistros.

A PREVENÇÃO AO ESTRESSE

A constatação de que o trabalho policial-militar é uma ocupação de alto estresse aponta a necessidade de que sejam tomadas medidas no sentido de minimizar o impacto causado por essa atividade no estado de saúde dos trabalhadores.

Christophe Dejourns dirá que as condições do trabalho - ambiente físico, condições de segurança, higiene, entre outras - têm efeitos sobre a saúde do corpo e é fato que tais condições podem funcionar como fatores estressores. Além disso, dirá o autor que a organização do trabalho - divisão do trabalho, conteúdo da tarefa, sistema hierárquico, modalidades de comando e relações de poder - podem resultar em sofrimento mental⁷.

Como condições existentes no ambiente de trabalho podem contribuir para torná-lo um ambiente estressor, um trabalho de prevenção do estresse e da melhoria de qualidade de vida deve ser implementado não apenas pelos profissionais de saúde cujo enfoque é o indivíduo, mas deve ser desenvolvido também pelos gerentes e dirigentes, no âmbito organizacional.

Nas instituições policiais-militares, o desenvolvimento de programas de redução de estresse, em conjunto por profissionais de saúde e militares da área fim e administrativa, pode ser muito útil. Em decorrência de uma peculiaridade da organização militar, onde é patente a força do exemplo dado pelos superiores, o resultado final desses programas tem relação direta com o grau de envolvimento pessoal e importância dada pelos comandantes, em todos os níveis, a esses eventos.

Sabemos que é impossível eliminar o estresse de nossas vidas, porém podemos evitar que se torne excessivo, aprendendo a lidar com ele e a enfrentá-lo de maneira adequada¹².

Nesse sentido, sugere-se que na elaboração de um programa de prevenção e controle do estresse os seguintes tópicos sejam abordados:

1. Conceito de estresse.
2. Efeitos do estresse no organismo.
3. Identificação dos sintomas e do nível individual de estresse.

Os sinais iniciais do estresse (fase de alarme) são muito semelhantes em diversas pessoas e se caracterizam por suor nas mãos, dores de cabeça, taquicardia, entre outros, diferenciando-se mais tarde, dependendo dos pontos vulneráveis de cada indivíduo. As fases posteriores do estresse caracterizam-se por um maior número e/ou por uma acentuação dos sintomas e conseqüente desgaste para o organismo. Um inventário de sintonias de estresse fornece uma indicação das diferentes fases, importante na prevenção e controle de seus efeitos.

4. Identificação das principais fontes de estresse e dos padrões individuais de resposta.

As fontes de estresse podem ser internas ou externas. A fim de que se determine cada uma delas, são propostos na bibliografia pesquisada alguns questionários. Pode-se aplicar, ainda, um inventário de qualidade de vida que avalie as áreas social, afetiva, profissional e de saúde.

Aprendendo a reconhecer as causas do estresse e, ainda, o tipo individual de respostas mais comuns a eventos de tensão, pode-se adquirir maior consciência acerca das situações, responsabilizar-se pelos comportamentos envolvidos e comprometer-se com as mudanças.

5. Reduzindo pressões internas.

Nosso sistema de crenças, valores, princípios, modo de pensar e de viver podem ser poderosas fontes de estresse, bem como a ansiedade excessiva, dificuldade em ser assertivo e de expressar afeto, padrão tipo A de comportamento, intensos sentimentos de raiva e excesso de sensibilidade.

Nossos sentimentos podem gerar estresse. Sabe-se que indivíduos com alto nível de hostilidade têm um limiar mais baixo para secreção de adrenalina e cortisona, ativando mais rapidamente as respostas de lutar ou fugir. A ansiedade inquieta, que nunca encontra vazão, ativa as glândulas adrenais a secretarem hormônios do estresse. Perturbações psíquicas causam desarmonias tornando os indivíduos mais suscetíveis ao estresse e favorecendo o aumento da secreção das adrenais.

Há várias técnicas que buscam administrar os efeitos negativos dos estressores internos. Uma delas é a reavaliação de estressores. Este método possibilita ao indivíduo interpretar de maneira diferente as diversas situações que geram tensão, levando-o a rever posturas e formas inadequadas de pensar e agir, propondo-se mudanças. Além disso, treinos de assertividade e de afetividade podem ser úteis para o desenvolvimento da habilidade de defender seus direitos e opiniões sem ofender os demais e de reconhecer, aceitar e expressar de maneira adequada todo tipo de sentimentos. É possível desaprender maus hábitos e aprender outros mais saudáveis, permitindo-se buscar visões mais otimistas, porém realistas da vida, dos outros e de si próprio.

Tanya Arroba (1988) dirá que “é preciso aceitar que é permitido dedicar tempo e atenção a si próprio”³.

6. Lidando com fontes externas de estresse.

O critério básico para se identificar estressores externos é conhecer o quanto de esforço para adaptação o organismo requer para lidar com a situação. Qualquer coisa que mude a rotina de uma pessoa gera estresse, porém sua quantidade irá depender de uma série de fatores, que inclui o modo da pessoa lidar com a situação, estratégias que utiliza, poder de adaptação e vulnerabilidade ao estresse ¹¹.

Em alguns casos, podem-se empreender mudanças nas fontes externas de estresse revendo-se estas situações e buscando soluções adequadas. Já outros eventos não são passíveis de mudança e então a alternativa mais adequada é aprender a lidar com eles, minimizando seus efeitos no corpo e na mente. Nesse intuito, é importante que se assuma o compromisso de buscar fontes de alegria e de prazer além de criar estratégias preventivas, tais como:

Planejamento e administração do tempo

Consiste basicamente de 03 passos:

- a) Estabelecer prioridades, de modo a visualizar os objetivos de maior e de menor importância;
- b) Gerar tempo com planejamento realista;
- c) Aprender a tomar decisões básicas.

Esta técnica é eficaz no controle do estresse, pois permite minimizar a tensão relacionada a prazos, evitar a ansiedade e fadiga, garantindo ao indivíduo um maior controle de sua vida⁶.

Respiração e relaxamento

A maioria das pessoas não respira corretamente empreendendo um grande esforço nesta função simples e essencial à vida. Em um programa de controle de estresse, faz-se necessária uma reeducação desta função, de modo a permitir aos indivíduos aproveitar-se de seus benefícios.

A respiração adequada é um poderoso antídoto contra o estresse, favorecendo o relaxamento de todo o corpo. Desta forma, respiração e relaxamento estão intrinsecamente relacionados, sendo a respiração o primeiro passo para um bom relaxamento.

As técnicas de relaxamento são consideradas importantes por permitirem um controle maior sobre reações momentâneas em situações problemáticas e por possibilitarem uma redução do nível geral de reatividade. “É como se o corpo, uma vez familiarizado com o inverso de sua reação de estresse, possa mais facilmente seguir naquela direção¹. Além disso, a reação de estresse “parece interferir um pouco nos processos abstratos do cérebro, dificultando a observação cuidadosa, o raciocínio, a consideração (e comparação) de muitas alternativas, com a suspensão da ação até que se entenda completamente a situação. Relaxar, mesmo que seja um pouco, pode ajudar a recuperar essas faculdades novamente”¹.

Quando nos sentimos ansiosos, ocorre, geralmente, todo tipo de tensão em nosso corpo e então precisamos parar um pouco, a fim de tomarmos consciência delas, procurando dissipá-las. Os diversos tipos de relaxamento proporcionam, através do aquietamento físico e mental, significativa redução metabólica e a possibilidade de lidar melhor com situações geradoras de ansiedade, favorecendo a saúde física e psicológica.

Alimentação

A alimentação tem uma influência muito grande na nossa capacidade de lidar com o estresse. Quando enfrentamos uma situação que nos causa estresse, nosso corpo sofre conseqüências diversas, ficando carente de vitaminas B, C e outros nutrientes utilizados no funcionamento do sistema nervoso e na mobilização muscular e cardiovascular que ocorre. Quanto mais prolongado e grave o estresse, mais vitaminas serão queimadas e maior será a debilitação do corpo. Um organismo fraco é mais propenso a adoecer. Uma boa nutrição é imprescindível, principalmente em épocas de maior tensão. Uma dieta adequada deve conter alimentos variados, de preferência naturais, vitaminas e complementos minerais, evitando-se elementos prejudiciais ao organismo, como açúcar, sal, gorduras, álcool e cafeína. Além disso, as refeições devem ser feitas em horários regulares e de modo tranquilo.¹²

Exercícios físicos

A valorização dos exercícios físicos em programas de prevenção baseia-se na compreensão dos efeitos fisiológicos do estresse. As duas respostas básicas do organismo são a preparação para a luta ou para a fuga, ou seja, o corpo se prepara para uma atividade física. O processo de reação do organismo à situação estressante inclui uma etapa de descarga física, decorrente do acionamento do sistema nervoso simpático, que precede o retorno ao estado normal (efeito da ação do sistema nervoso parassimpático), passada a situação de perigo que levou à prontidão. Assim, essa ação física tem papel importante na ativação do sistema nervoso parassimpático. Como os perigos enfrentados pelo homem contemporâneo não são, via de regra, adequadamente abordados com nenhuma dessas duas respostas físicas (lutar ou fugir), a realização de exercícios regulares pode contribuir para equilibrar os dois lados do sistema nervoso

autônomo, assegurando que o sistema parassimpático seja ativado de forma mais natural podendo ainda evitar a constante ativação do sistema nervoso simpático³.

Além disto, exercícios constantes induzem a secreção e a liberação de beta endorfina, que tem a capacidade de controlar a sensação normal de dor, melhorar o sono e o humor, exercendo ainda outros efeitos reguladores no organismo¹².

CONCLUSÃO

Através deste estudo, vê-se a importância de se procurar reduzir as cargas psíquicas negativas associadas ao ambiente de trabalho dos policiais militares.

Neste sentido, algumas medidas organizacionais são importantes, tais como:

Treinamento de integração - objetiva fornecer ao indivíduo que está entrando na Organização uma visão da especificidade do trabalho militar, favorecendo visões mais realistas.

Análise e descrição de função - visa adequar o homem ao tipo de trabalho que realiza. Por meio deste estudo, pode-se estabelecer, respaldados em critérios técnico-científicos, parâmetros para o Recrutamento e a Seleção e o remanejamento de pessoal, com benefícios tanto para a Organização quanto para a pessoa.

Treinamento de tarefas - visa capacitar tecnicamente os indivíduos para a adequada realização de seu trabalho, minimizando perspectivas de fracasso e o conseqüente sofrimento psíquico.

Desenvolvimento de equipes - visa, dentre outros objetivos, conscientizar os trabalhadores e chefias acerca da importância dos relacionamentos interpessoais e de uma adequada comunicação entre todos os segmentos da Corporação, de modo a tornar mais satisfatórias e produtivas as relações.

Estas medidas organizacionais têm como principal objetivo possibilitar a emergência do sujeito, de sua identidade e criatividade, elementos essenciais à saúde psíquica e à realização profissional de todo ser humano.

No plano individual, o homem estressado é aquele que saiu do seu eixo, desligou-se do seu centro e desrespeitou as leis internas que o regem, obtendo como resultado desequilíbrios e/ou doenças físicas e mentais.

Considera-se com isto que a maior causa de estresse seja a impossibilidade de expressão criativa e a falta de reflexão sobre o significado da própria existência.

Sabemos que pessoas ligadas à vida, que constantemente revêem prioridades e que estabelecem objetivos implementando mudanças enfrentam melhor situações de estresse em suas vidas. Portanto, não há maior estresse do que viver uma vida sem significado!

REFERÊNCIAS

1. ALBRECHT, Karl. **O gerente e o estresse: faça o estresse trabalhar para você.** Rio de Janeiro: Zahar. 2. ed. 1990.
2. ANDRADE, Carlos Laganá de, OKABE, Rosely. Estilo de vida e estresse. **Jornal paulistano de psicossomática.** São Paulo, n. 6/7, p. 25-26, jan./abr. 1996.
3. ARROBA, Tanya, JAMES, Kim. **Pressão no trabalho: um guia de sobrevivência.** São Paulo: Mc Graw-Hill, 1988.
4. BAUK, Douglas Alberto. Stress. **Revista brasileira de saúde ocupacional.** v.13, n. 50, p. 28-36, abr./jun. 1985.
5. COSTA E SILVA, Jorge Alberto. Mentres que sofrem. **VEJA,** São Paulo, n. 26, p. 7-10, jun.1995.
6. DAVIS, Martha et al. **Manual de relaxamento e redução do estresse.** São Paulo: Summus, 1996.
7. DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** São Paulo: Cortez, 1988.
8. FRANÇA, Ana Cristina Limongi. Qualidade de vida no trabalho: conceitos, abordagens, inovações e desafios nas empresas brasileiras. **Revista brasileira de medicina psicossomática.** Rio de Janeiro: ECN, v.1, n.2, p. 79-83, 1997.
9. FREUD, Sigmund. **O futuro de uma ilusão.** Rio de Janeiro: Imago. 1979. p. 81-171: O mal estar na civilização. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud),21.
10. KAPLAN e SADOCK. **Compêndio de psiquiatria.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
11. LIPP M. N. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso.** 2. ed. Campinas: Papirus, 1996.
12. _____ **Como enfrentar o stress.** 4 ed. Campinas: Icone, 1994.
13. MOSCI, Adriano Starling, et al. **Estudo exploratório do sofrimento mental de policiais militares do rádio - patrulhamento.** Belo Horizonte: FCM-MG, 1994. (Monografia apresentada no Curso de Especialização em Medicina do Trabalho).
- 14.OMS. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID 10).** 10 rev. São Paulo: USP, 1996.
15. REVISTA Psicologia Atual. **Stress: uma doença do espírito?** n. 30.
16. SELYE, Hans. **Stress: a tensão da vida.** São Paulo: IBRASA, 1959.
17. TALBOTT, John et ali. **Tratado de psiquiatria.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
18. VIOLANTI, John M. Padrões de estresse no trabalho policial: um estudo longitudinal. **Revista Especial da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro: O estresse policial.** Rio de Janeiro, p.19-27, maio. 1993. Número especial.

A FAMÍLIA E A TERAPIA FAMILIAR

Desirée Anísia Lacerda de Almeida

Tenente Psicóloga da PMMG

Existem muitas abordagens teóricas diferentes a respeito de Terapia Familiar. Não existe a teoria “certa”, mas cada uma dá sua contribuição para o entendimento da dinâmica familiar, do processo do adoecer e do tratamento.

Não terei a preocupação em ater-me a uma teoria em especial; procurarei dar noções sobre alguns princípios da terapia familiar, como e por que uma família adoecer e que benefícios podem trazer o tratamento.

O QUE É UMA FAMÍLIA?

Em Psicologia, há várias definições de FAMÍLIA; isto se deve, não a uma incerteza ou dúvida sobre o tema, como a princípio se poderia imaginar, mas porque, com o desenvolvimento do estudo, foram surgindo vários enfoques sobre os quais a família era compreendida pelos cientistas do comportamento humano. Para melhor entendimento, será adotado o conceito de família, segundo (SATIR 1980):

“A família é um grupo composto por adultos de ambos os sexos, que vivem sob o mesmo teto e têm um relacionamento sexual socialmente aceitável. O grupo é mantido unido por funções que se reforçam mutuamente e que incluem necessidades físicas, assim como a transmissão de valores culturais e especialmente o de ensinar os filhos a desenvolverem sua MATURIDADE EMOCIONAL”

O grupo familiar constitui o principal contexto de aprendizado, para o comportamento individual, de pensamentos e sentimentos.

Todo homem precisa de certos contatos humanos básicos e a família é o primeiro lugar que propicia crescimento emocional e gratificação das necessidades do homem.

N. Ackerman, teórico da terapia familiar, diz que: “a família representa para seus membros individuais uma fonte de afeição e intimidade, que compensa a ansiedade e o desgaste, resultante do fracasso em encontrar um lugar seguro no mundo exterior. Os indivíduos recorrem as suas famílias procurando reassegurar sua condição de seres amados e com valor.

Vemos, então, o papel fundamental da família como sendo a fonte de aprendizagem e de reposição de sentimentos positivos. No entanto, quando ela não estabelece relações satisfatórias entre seus membros, não é possível que funcione como uma “fonte de água limpa”. Daí surgem as disfunções e dificuldades emocionais.

Normalmente, essa disfunção ou problema aparece quando surge uma dificuldade em vencer os estágios do ciclo de vida familiar (que são fases ou eventos mais ou menos previsíveis na dinâmica do grupo familiar, tais como nascimentos, casamentos, mortes, adolescência, saída dos filhos de casa).

Neste momento, aparece a figura do “bode expiatório”, ou seja, aquele que vai carregar veladamente no sintoma o conflito central da família. Esta, absorvida pelo sintoma apresentado por um de seus membros, não terá que se preocupar com seu problema real, que é do grupo familiar.

Assim, o sintoma de uma pessoa constitui-se num sinal de que algo vai mal dentro da dinâmica familiar e ao mesmo tempo é um pedido de socorro para si e para a família. Por isso, o sintoma tem o caráter funcional de manter o equilíbrio familiar, protegendo a família de mudanças ou revisões que a levariam a um novo estado de equilíbrio, a uma nova ordem das relações.

Isto nos permite compreender que em terapia familiar, os sintomas são estudados dentro do contexto no qual ocorrem e a atenção deve ser focalizada nas conexões e relações mais que nas características individuais.

O DILEMA DA MUDANÇA

A questão central do terapeuta familiar não é como eliminar o sintoma e sim descobrir, junto com a família, o que está “por trás” do sintoma, sentimentos não expressados, quais os tipos de relações e vínculos entre os membros, mágoas que foram colocadas “debaixo do tapete” e outros conflitos.

Quando a família vem para a terapia, seus integrantes estão pedindo ao terapeuta que elimine o sintoma sem mudar a dinâmica familiar. Ao longo das sessões, o terapeuta faz a conexão entre o sintoma e a dinâmica da família, para mostrar que um não pode ser mudado sem que se mude o outro e coloca a família frente a frente com seu próprio dilema.

Este é o dilema da mudança. Nesse momento, o terapeuta terá sempre em mente a pergunta: quais serão as conseqüências da mudança? Pois ao mesmo tempo que existe o desejo de mudança, existe também a resistência a ela, provocada por um medo do desconhecido. Frequentemente a resistência aparece através da criação, pelo grupo familiar, de um novo sintoma, numa tentativa de retomar o equilíbrio anterior. Contudo, no decorrer da terapia, a família aprende a reconhecer e desenvolver seus recursos e capacidades, alcançando sua maturação emocional e adquirindo a condição de enfrentar novas crises ao longo do ciclo de vida familiar, encontrando caminhos saudáveis e construtivos para os conflitos.

COMO A TERAPIA FAMILIAR PODE MELHORAR AS COISAS NA FAMÍLIA

- Os membros da família passam a compreender seus padrões de comportamento em relação aos demais componentes da família. É importante que os membros da família compreendam por que esses padrões existem, quais são úteis e quais impedem que eles se entendam e tenham prazer com a convivência.
- grupo familiar percebe sua força e se torna mais capaz de desenvolver novos recursos para resolver suas diferenças .
- Aprendem como se comunicar mais efetivamente e encontrar maneiras novas de compartilhar suas idéias e sentimentos.

AS MUDANÇAS QUE A TERAPIA FAMILIAR PODE PROPORCIONAR

- Cada um pode se sentir mais bem sucedido no grupo e melhor em relação a si mesmo como indivíduo.

- Comunicar-se mais efetivamente dentro da família e com os outros.
- Ser capaz de apoio mútuo quando os membros familiares precisarem aprender a manejar o estresse e a raiva construtivamente.
- Sentir menos depressão, ansiedade e sintomas físicos.
- Sair-se melhor e sentir-se mais à vontade nos relacionamentos íntimos

Quando toda a família tenta melhorar cada um de seus membros, torna-se mais capaz de relacionamentos mais profundos e mais ricos dentro do próprio grupo e com as outras pessoas.

REFERÊNCIAS

1. ANNUNZIATA, Jane, JACOBSON-KRAM, Phyllis. **Terapia familiar: resolvendo juntos os problemas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
2. FOLEY, Vincent. **Introdução à terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p. 89-99.
3. NETO, Cláudia Santos. **A terapia familiar**. (mimeo).
4. PAPP, Peggy. **O processo de mudança: uma abordagem prática à terapia sistêmica da família**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 21-30.
5. SATIR, Virgínia. **Terapia do grupo familiar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves 1980. p. 19-95.
6. WHITAKER, Karl e BUMBERRY. **Dançando com a família**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

DESVIO DE CONDOTA

Maria Carmen de Castro Patrocínio
Capitão Psicóloga da PMMG

Elaine Maria do Carmo Zanolla Dias de Souza
Capitão Psicóloga da PMMG

Mônica Margalith Henriques
Tenente Psicóloga da PMMG

Marcelo Augusto Resende
Tenente Psicólogo da PMMG

Rosenei Dóroti Silva Maciel
Funcionária civil

COLABORADORES:

Andréia Geraldo Batista
Tenente Psicóloga da PMMG

Luciléia Aparecida Campos
Tenente Psicóloga da PMMG

Aédel Nagib Assaf
Tenente Psicóloga da PMMG

Gleise Ferreira T. Silveira
Tenente Psicóloga da PMMG

INTRODUÇÃO

Apesar das dificuldades inerentes à profissão, o policial militar, por seu papel social, deve apresentar conduta ilibada, uma vez que é um segmento da Corporação e um representante do Estado.

Em vista de as organizações militares passarem por um momento de crise e possível reformulação, torna-se imperioso lançar um novo olhar para o que se refere ao desvio de conduta.

Nesta categoria, encontramos na PMMG uma série de acontecimentos causados por fatores externos (por exemplo atrasos) até crimes classificados como hediondos.

Em qualquer população, existe um percentual de comportamentos desviantes, por motivos patológicos ou não. O DSM IV indica que a prevalência de transtornos anti-sociais é de 3% em homens e 1% em mulheres, em amostras comunitárias. Já as estimativas de prevalência em contextos clínicos têm variado de 3 a 30%, o que pode ainda ser mais ampliado se há abuso de substâncias, como o álcool ou outras drogas, e também em contextos forenses ou penitenciários (DSM IV, 1995, p. 610). Ao se analisar documentos reservados da PM2, chama a atenção a presença do abuso de álcool, presente em grande parte dos atos desviantes.

Foucault faz um interessante estudo sobre a maneira como os desvios e a forma de sanções ou coerções foram tratados ao longo da história. Antes do séc. XVIII, eram comuns os crimes de sangue e as

agressões físicas. Os criminosos eram homens prostrados, mal alimentados, levados pelo impulso e pela cólera, semelhante aos dias de hoje. O direito de punir dependia da vontade do soberano, sendo a motivação legal a salvação da alma do condenado. O tipo de punição vigente era o suplício, que se constituía em pena corporal dolorosa, configurado como um grande espetáculo de selvageria aberto ao público.

Ao longo do tempo, foi sendo questionada a necessidade de uma justiça mais humanizada.

No séc. XVIII, prevalecem os delitos contra a sociedade. Os crimes tornam-se mais elaborados, sendo praticados por indivíduos matreiros e marginais. O direito de punir deslocou-se à defesa da sociedade, extinguindo-se os suplícios.

No final do séc. XVIII e início do séc. XIX, surgiu a instituição - prisão, que ao mesmo tempo é local de vigilância e de conhecimento subjetivo de cada detento.

Em relação aos julgamentos, houve transformações ao longo das décadas.

Inicialmente, julgar era estabelecer a verdade de um crime, tornando-se necessário o conhecimento da infração, do responsável e da lei. Julgava-se o ato por ele mesmo.

Posteriormente, verificou-se a impossibilidade de julgar os delitos sem levar em conta a história do sujeito, surgindo a necessidade de uma classificação de crimes e castigos, individualizando as penas de conformidade com as características singulares de cada criminoso.

O Direito Penal moderno alega que o importante não é o castigo dos delinquentes, mas sua recuperação, a fim de integrá-los na sociedade.

Garcia (1997) salienta a importância simbólica do juiz, cuja figura pode ser percebida como um testemunhar em nome da lei, para alguém cuja figura de pai, ausente ou inexistente, deixou falha na história do sujeito, no estabelecimento da lei.

Neste contexto, o julgador poderá solicitar a outros profissionais uma intervenção na realidade subjetiva do sujeito e não, necessariamente, na realidade de um problema social.

O objetivo deste trabalho é favorecer uma maior reflexão acerca dos aspectos presentes nos desvios de conduta, através das diversas conceituações existentes sobre o tema.

CONTRIBUIÇÃO DA SOCIOLOGIA

Para melhor compreensão dessas questões, a Sociologia contribui com o conceito de controle social.

Segundo Lakatos (1982), é necessário apreender o conceito de socialização para se falar de “desvio” ou “conformidade”. Socialização é a aprendizagem e a interiorização dos elementos socioculturais, normas e valores do grupo social, que se integram na estrutura da personalidade do indivíduo.

Neste contexto, a conformidade é definida como ação orientada por norma(s) especial(ais) que permite(m) ou delimita(m) determinado comportamento. Já o comportamento em desvio é um comportamento que infringe uma(s) norma(s), tanto por acaso como pode se configurar uma infração motivada. É, então, um comportamento disfuncional em relação ao grupo onde ocorre. Quando ocorre, rompe-se o padrão social e daí origina-se um processo de sanções que visam punir a infração e impedir futuros desvios. Este processo constitui o controle social.

Ainda segundo essa autora, os fatores que facilitam o desvio são: socialização falha ou carente, sanções fracas, facilidade de racionalização, falta de clareza da norma, sigilo das infrações, execução injusta ou corrupta da lei e sentimento de lealdade para com os grupos em desvio.

O poder de persuasão ou dissuasão das normas de conduta repousa em parte nas sanções. Estas variam de acordo com cada cultura e podem ser positivas ou negativas. As sanções positivas encorajam e premiam a conduta aprovada e têm caráter educativo. As sanções negativas são a forma pela qual o grupo social reage contra os elementos que atuam em contradição com as normas estabelecidas. Podem ser impostas por meio da força, do sistema jurídico e pelas comunidades (rejeição, expulsões, etc.).

CONTRIBUIÇÃO DA PSIQUIATRIA

A Organização Mundial de Saúde, através do CID-10 (1993), define como anti-social uma disparidade flagrante entre o comportamento e as normas sociais predominantes, caracterizada por:

- a) indiferença insensível pelos sentimentos alheios;
- b) atitude flagrante e persistente de irresponsabilidade e desrespeito por normas, regras e obrigações sociais;
- c) incapacidade de manter relacionamentos, embora não haja dificuldade em estabelecê-los;
- d) muito baixa tolerância à frustração e um baixo limiar para descarga de agressão, incluindo violência;
- e) incapacidade de experimentar culpa e de aprender com a experiência, particularmente punição;
- f) propensão marcante para culpar os outros ou para oferecer racionalizações plausíveis para o comportamento que levou o paciente a conflito com a sociedade.

Segundo Kaplan e Sadock (1984), o comportamento desviante deve começar antes dos 15 anos de idade, geralmente nos primeiros anos escolares, persistindo até a idade adulta. Na infância, podem surgir mentiras, furtos, brigas, problemas escolares e dificuldades frente às autoridades. Na adolescência observa-se comportamento sexual precoce ou agressivo, bebidas em excesso e uso de drogas. Esses comportamentos continuam na vida adulta e tendem a diminuir a partir dos 30 - 40 anos.

Robins, citado por Kaplan (1984, p. 893), descreve a porcentagem de sintomas antissociais em adultos, conforme o quadro abaixo:

QUADRO 1

Sintomas Adultos de Comportamento Antissocial

Área de Vida	Porcentagem de Atos Antissociais com Problemas Significativos nessa Área
Problemas no trabalho	85
Problemas conjugais	81
Dependência financeira	79
Prisões	75
Abuso de álcool	72
Problemas escolares	71
Impulsividade	67
Comportamento sexual	64
Adolescência rebelde	62
Vadiagem	60
Agressividade	58
Isolamento social	56
Registro militar (nos que serviram)	53
Falta de culpa	40
Queixas somáticas	31
Uso de cognomes	29
Mentira patológica	16
Abuso de drogas	15
Tentativas de suicídio	11

Fonte: Dados extraídos de Robins, L. N. “Deviant Children Grown Up: A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality.” Williams & Wilkins, Baltimore, 1966. In: Kaplan et al. “Compêndio de Psiquiatria Dinâmica”, Porto Alegre, Artes Médica, 1984.

Alguns estudos e investigações na área descrevem como causas um fator constitucional (genético) e outro fator sociológico ou psicológico. Os sintomas de comportamento anti-social podem estar diretamente ligados à sociologia do ambiente. A família tem um papel fundamental na socialização primária de suas crianças, e muitos dos filhos delinquentes são fruto de pais com psicopatologias sérias. Da mesma forma, a qualidade das relações na família, ou seja, o nível de discórdia e desarmonia, é fator desencadeante das altas taxas de comportamentos anti-sociais (TPAS).

A característica essencial do Transtorno de Personalidade Anti-social é um padrão invasivo de desrespeito e violação dos direitos dos outros, sendo que esse padrão também é conhecido como psicopatia, sociopatia ou transtorno de personalidade dissociada (DSM. IV, p. 608).

O diagnóstico de TAS não é dado a indivíduos com menos de 18 anos e apenas é feito se existe uma história de Transtorno da Conduta, antes dos 15 anos, caracterizado por: agressão a pessoas e animais, destruição de propriedade, defraudação ou furto e séria violação das regras.

O comportamento anti-social pode estar associado a outras manifestações ou apresentar aspectos semelhantes de outros transtornos, tornando-se imprescindível um diagnóstico diferencial. Alguns atos anti-sociais, decorrentes do Transtorno Relacionado a Substâncias, podem ser conseqüentes ou concomitantes. Se houver sinais de TPAS na infância e que tenham continuado até a fase adulta, este diagnóstico também será dado.

Quando esses comportamentos anti-sociais ocorrem durante o curso de Esquizofrenia ou Episódio Maníaco, o TPA não deve ser diagnosticado.

Segundo Quentin Debray (1982), a personalidade psicopática deve ser diferenciada da histérica, pois esta comporta menos agressividade, passagens ao ato mais raras e menos intensas e sobretudo por ser mais estável nos modos de defesa utilizados. Também difere do fronteiroço, que é mais ansioso, mais neurótico e se defende muito menos bem da sociedade. O psicopata apresenta personalidade marcada por instabilidade social, delinqüência e agressividade.

O CONTEXTO DA PMMG

Na atual normalização da PMMG, o comportamento e a conduta se classificam no mesmo padrão, embora haja uma diferença entre os dois.

Por definição, comportamento “é o conjunto de atitudes e reações do indivíduo em face do meio social” (HOLANDA, 1975, p. 441). Em Psicologia, esta definição foi introduzida por Watson em 1914, onde comportamento significa toda resposta de um organismo vivo a um estímulo que seja objetivamente observável por um meio qualquer e que seja uniforme. Isso significa que ocorre uma reação habitual e constante do organismo a uma determinada situação (ABBAGNANO, 1982, p. 145).

Já a conduta é definida como “procedimento moral (bom ou mau), comportamento” (HOLANDA, 1975, p. 449). Constitui-se em um comportamento regido por um sistema ético e moral. Não possui o caráter de uniformidade, variando ou podendo variar em face de uma determinada situação (ABBAGNANO, 1982, p. 159).

Ao se proceder à análise dos documentos que tratam sobre os desvios de conduta na PMMG, nota-se que estes exortam a um controle da conduta da tropa. Observa-se que um acentuado número de militares de folga e/ou em trajes civis, apresentando condutas não compatíveis com as normas disciplinares e culturais da Instituição, provoca repercussões negativas tanto na tropa quanto na sociedade, como se pode ver nos quadros a seguir:

QUADRO 2

PM Mortos (Folga)

1992	1993	1994	1995	1996*
10	13	32	54	27

Fonte: Adj.-5 PM-2

(*) Atualizado ate 10/Set./96.

QUADRO 3

PM Mortos (Serviços)

1992	1993	1994	1995	1996*
9	14	15	5	4

Fonte: Adj.-5 PM-2

(*) Atualizado ate 10/Set./96.

QUADRO 4

Ocorrências em que militares são envolvidos como agentes e vítimas

Envolvimento	Agente	Vítima
Disparo intimidativo	5	9
Lesão corporal	21	34
Agressão	6	4
Atropelamento	11	4
Desrespeito a superior		-
Desacato/insubordinação	2	10
Homicídio	1	1
Abalroamento/choque	-	-
Colisão/queda de moto	21	29
Dano em viatura	2	6
Furto/roubo	01	1
Embriaguez	2	1
Uso de drogas	2	1
Veículo irregular	-	1
Arrombamento	1	-
Estelionato	1	-
Atentado ao pudor	1	-

Fonte: Nota de instrução nº 1002/95 – CG (Controle interno x Desvio de conduta)

O conceito de desvio de conduta, segundo a Nota de Instrução nº 1002/95-CG, diz respeito aos comportamentos anti-sociais e ao desrespeito às normas disciplinares e aos ditames da lei, no exercício da função ou fora dela, nos momentos de folga ou lazer.

Na PMMG, os recursos utilizados na tentativa de controlar situações desviantes advêm do Regulamento Disciplinar da Polícia Militar (RDPM). Neste documento, “disciplina é o estado de ordem e obediência existente na organização. São palavras que constituem o mesmo bloco de idéias afins: hierarquia, disciplina, ordem, subordinação e obediência.” (RDPM, 1988, p. 9-11)

A disciplina se manifesta através de cinco atitudes essenciais:

- obediência pronta às ordens do chefe;
- rigorosa observância às prescrições dos regulamentos;
- emprego de todas as energias em benefício do serviço;
- correção de atitude;
- colaboração espontânea à disciplina coletiva e à eficiência da Polícia Militar.

O art. 11 do RDPM define transgressão disciplinar como sendo “toda violação do dever policial-militar na sua manifestação elementar e simples”. Diferencia-se do crime militar que consiste “na ofensa a esse mesmo dever mas na sua expressão complexa e acentuadamente anormal, definida e prevista na legislação penal própria”.

O que caracteriza a transgressão é a violação de uma regra de conduta estabelecida pela Corporação.

Segundo análise da documentação de alguns militares da Junta Central de Saúde (JCS), através de suas Notas de Prêmios e Castigos (NPC), pode-se constatar que há faltas de natureza diversa que desclassificam o comportamento, a saber: ausência ou atraso ao serviço e às instruções; abandono de posto ou permuta de serviço sem autorização; dormir em serviço; não quitação de débitos; frequentar locais não compatíveis com o decoro da classe; uniforme em desalinho; cabelo e barba fora dos padrões regulamentares; ser encontrado em companhia de pessoas de conduta duvidosa; conduta incompatível (agressão, embriaguez); trabalhar mal; e simulação de doenças.

ANÁLISE DE CASOS

Instigante foi o estudo realizado por amostragem das entrevistas de avaliação psicológica feitas na JCS no 1º semestre de 1997. A amostra consistiu de elementos submetidos a Conselhos de Disciplina, Sindicância e Inquérito Policial-Militar.

A amostra está inserida na tabela em anexo (QUADRO 5).

Neste estudo, buscou-se ampliar o entendimento das variáveis presentes nos desvios de conduta.

Levando-se em conta o conteúdo do discurso dos entrevistados, foram elencadas as variáveis encontradas com maior frequência, que poderiam exercer forte influência no comportamento e conduta do indivíduo. As variáveis encontradas foram: tratamento e/ou internação psiquiátrica, alcoolismo, situação financeira conturbada e desadaptação ao serviço policial-militar.

O PM com história psiquiátrica pode reagir ao meio de forma imprevisível já que esta aponta para uma fragilidade na estrutura psíquica do sujeito.

O alcoolismo, por sua vez, foi classificado separadamente da história psiquiátrica, pois se apresenta em diferentes estágios do processo da doença. O indivíduo dependente do álcool pode manifestar uma ampla variação de comportamento, reações imprevisíveis e atuações inadequadas e recorrentes.

A situação financeira difícil foi a que apresentou maior incidência na amostra. Vale lembrar que a amostra estudada é do período pré-movimento grevista de junho de 1997.

QUADRO 5
Estudo das Entrevistas de Avaliação Psicológica feitas na JCS
Primeiro Semestre de 1997

Continua

CASOS	História Psiquiátrica	Alcoolismo	Dificuldade Financeira	Desadaptação	Define-se como	Análise	
						Comportamento	Conduta
1. Violência contra superior. História de interação psiquiátrica. Tentativa de auto-exterminio. Inquérito Policial Militar.	X		X	X	Descontrolado, nervoso, agressivo	X	
2. Tráfico de mulheres. Ótimo comportamento. Conselho de Disciplina.					Bem adaptado		X
3. Passou arma para o colega que disparou para cima. Sindicância.		X			Calmo, mas descontrolado	X	
4. Violência contra subordinado. Inquérito Policial Militar.	X	X		X	Impulsivo, agressivo, deprimido	X	X
5. Inadaptação ao serviço PM. Insatisfação. Sindicância.				X	Instável (calmo X nervoso)	X	X
6. Agressão contra de trabalho. Sente-se injustiçado. Conselho de Disciplina.					Sociável e educado		X
7. Agressão e violência contra irmão. Conselho de Disciplina.		X	X		Fechado e agressivo	X	X
8. Falta ao serviço para viagem. Sente-se perseguido pelos superiores. Sindicância.				X	Nervoso, impaciente		X
9. Disparo de arma de fogo ao ser atacado. Cefaléia, tremores, nervosismo. Conselho de Disciplina.			X		Calmo demais	X	X
10. Faltas atrasos. Sente-se injustiçado porque os superiores não acreditam em suas justificativas. Sindicância.					Comunicativa		X
11. Agressão a oficial. Tentou auto-exterminio. Ideias suicidas. Avaliação da Justiça Militar Estadual.	X				Instável, agressivo, impulsivo	X	X

Conclusão

CASOS	História Psiquiátrica	Alcoolismo	Dificuldade Financeira	Desadaptação	Define-se como	Análise	
						Comportamento	Conduta
12. Desentendimento com superior. Conselho de Disciplina.		X	X		Deprimido	X	
13. Brigas com superior. Dívidas com agiotas. Conselho de Disciplina.		X			Explosivo	X	X
14. Agressão a civil. Conselho de Disciplina.		X	X		Irritado, agressivo	X	X
15. Faltas ao serviço. Deseja sair da PM. Conselho de Disciplina.			X	X	Emotivo, complacente, teme magoar		X
16. Pedido de baixa não concedido por dívidas com o IPSM. Dificuldades com superiores. Conselho de Disciplina.				X	Bom relacionamento social e mal aproveitado		X
17. Faltas, atrasos e agressão a civil. Embriaguez. Conselho de Disciplina.		X	X		Calado, sincero não é violento	X	X
18. Atraso. Alega que precisou assistir a doença da mãe. Conselho de Disciplina.					Bom funcionário		X
19. Desavença com superior. Dívidas. Alega ter sido enganado por superior. Conselho de Disciplina.			X		Inseguro, não confia nos colegas		X
20. Conflitos com superior. Alega assédio sexual. Uso de bebidas alcoólicas. Sindicância.					Pressionado		X
21. Várias internações psiquiátricas. Tentativa de auto-extermínio. Avaliação Diagnóstica.	X		X		Agressivo, nervoso e irritadiço	X	X
22. Agressão a civil. Conselho de Disciplina.	X		X		Frac e agressivo	X	
23. Acidente de trânsito. Recusa em soprar bafômetro. Agressivo com a família. Conselho de Disciplina.	X	X	X		Agressivo e descontrolado	X	X

Fonte: Pesquisa pelos autores. Junta Central de Saúde (JCS) - PMMG 1º Semestre de 1997.

A desadaptação pode ser compreendida como um sintoma de Transtorno de Ajustamento ou Transtorno Anti-Social.

A auto-imagem do sujeito, incluída neste quadro, favoreceu uma análise da percepção do ato praticado em função do seu estado emocional, possibilitando uma classificação do comportamento e/ou conduta, dentro das conceituações deste trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No início deste trabalho, tínhamos a pretensão de diferenciar com clareza as transgressões disciplinares, tentando classificá-las dentro de uma categoria, ou seja, comportamento ou desvio de conduta.

No desenvolvimento deste estudo, constatou-se a dificuldade de tal tarefa, uma vez que no comportamento e na conduta, as variáveis estão intrincadas, em vista da singularidade de cada caso.

Embora o RDPM lance todas as transgressões como desvio de conduta, ele é necessário para estabelecer o controle do grupo. Trata-se de uma referência para a Instituição pois, ao mesmo tempo que a estrutura, traça as normas para controle de seus integrantes.

O RDPM é um mecanismo de controle social, tanto das relações de seus membros entre si, quanto destes com o meio externo.

A questão proposta é lançar um novo olhar sob a influência da subjetividade no contexto de cada caso.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicole. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Mestre Jou, 1962.
- BAUDRILLARD, Jean. **À sombra das maiorias: o fim do social e o surgimento das massas**. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- DEBRAY, Quentin. **O psicopata** - Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- DMS IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- FERRARI, Afonso Trujillo. **Metodologia de pesquisa científica**. São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil, 1982.8. GARCIA, Célio. **Clínica do Social**. Belo Horizonte. Mestrado em Psicologia da UFMG. 1997.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1987.
- GARCIA, Célio. **Clínica do Social**. Belo Horizonte. Mestrado em Psicologia da UFMG, 1997.
- GOOFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- HOLANDA, Aurélio B. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- KAPLAN, H. , SADOCK, B. **Compêndio de Psiquiatria Dinâmica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- LAKATOS, Eva Maria. **Sociologia geral**. São Paulo: Atlas, 1990.
- MINAS GERAIS. Polícia Militar. Memorando n° 1166/94 - EMPM. Belo Horizonte, 1994.
- _____. Polícia Militar. Memorando n° 3304/94 - EMPM. Belo Horizonte, 1994.
- _____. Polícia Militar. Nota Instrutiva n° 1002/95 - CG. Belo Horizonte, 1995.
- _____. Polícia Militar. Nota Instrutiva n° 20/93 - CG. Belo Horizonte, 1993.
- OMS, Genebra. **CID 10: Classificação de transtornos mentais e de comportamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- REGULAMENTO DISCIPLINAR DA POLÍCIA MILITAR (**R-116**). Belo Horizonte: Polícia Militar de Minas Gerais. cap.3, art. 10. 198, p. 9-11.
- SOUZA, Elaine, CHAGAS FILHO, Hélio, PATROCÍNIO, Maria Carmen de Castro. **Influências das Condições Sócio-Econômicas nos Atos Agressivos Praticados por Cabos e Soldados na Capital**. Belo Horizonte, 1996.
- REGULAMENTO DISCIPLINAR COMENTADO. Belo Horizonte. Polícia Militar de Minas Gerais. Título II, cap. I, art. 11 e 12, p. 7 -10, 1975.

ALCOOLISMO... UM ENIGMA!

Rosana Scarponi Pinto

Capitão Psicóloga da PMMG

Simone Alvarenga Salgado Gomes

Tenente Psicóloga da PMMG

Paola Bonanato Lopes

Tenente Psicóloga da PMMG

Karla Brandão Bonato

Tenente Psicóloga da PMMG

INTRODUÇÃO

Ao se pensar neste tema, deparamo-nos com uma árdua tarefa: uma ambivalente situação nos leva a questionar a existência de um grande muro que divide a teoria de uma prática.

Mesmo a população dita mais esclarecida, ou até da área da saúde, não possui uma plena conscientização do que seja o alcoolismo em sua completude. Isto porque seu caráter multifatorial, muitas vezes, encobre ou está associado a outras problemáticas ou sintomas. Por suas conseqüências que levam a uma abordagem multiprofissional e pela necessidade fundamental de um trabalho curativo que envolve pessoas e grupos, além do sujeito, sua clínica mostra-se bastante difícil e muitas vezes frustrante.

É nossa preocupação um aperfeiçoamento nesta área de conhecimento, desde os primórdios da Psicologia na PMMG, sendo este tema já abordado em encontros, palestras e na 1ª Jornada dos Psicólogos. Vários projetos e tentativas de trabalho vêm sendo realizados nesta Organização, porém, consideramos, ainda, necessário acrescentar sempre algo mais, que possa nos proporcionar um maior conhecimento sobre este “enigma”.

Procuramos, neste trabalho, somar às nossas experiências e referenciais, pesquisas, observações e programas de acompanhamento do alcoolismo de diversas empresas de grande porte. Procuramos sintetizar estes estudos, conscientes de que este caminho é apenas o início de um trabalho com caráter mais objetivo, que se faz mais divulgado e conhecido em nossa atualidade, remetendo-nos a uma maior produção na área de atuação específica, ao outro lado do muro.

Nosso grupo se propõe a trazer à luz dos nossos conhecimentos todo o material e teoria pesquisados, nos momentos que se seguirão a este trabalho, pois nosso objetivo é o de ser um grupo de estudos permanente, mais um referencial deste tema, cujas atividades e investimentos serão divulgados e compartilhados com todos aqueles que possuem uma relação direta ou indireta com tão complexa patologia.

A construção de uma atuação mais eficiente se tornará viável se, aliado ao esforço conjunto de equipes multidisciplinares, forem realizadas análises em nível sócio-institucional, a fim de possibilitar mudanças de mecanismos geradores de deterioração da saúde mental.

O ALCOOLISMO E SUAS CARACTERÍSTICAS

Durante muitos séculos, o alcoolismo não foi reconhecido como uma doença ou um problema de saúde. Homens ou mulheres foram vistos mais com desrespeito do que com compreensão por beber constantemente e em excesso, sendo privados da riqueza, posição e responsabilidades familiares. Eram considerados desprovidos de força de vontade, de moral fraca. Uma vez cruzado o limite entre o beber social e o beber descontrolado, estavam, virtualmente, se condenando à morte prematura ou ao internamento numa instituição.

Culturalmente, o caráter simbólico do álcool é dotado de milênios. Mitologicamente, o álcool esteve presente em rituais e comemorações e até hoje faz parte de várias crenças populares, como “fonte de vida”, “sangue do poder” e muitos outros. Os brindes, as festividades, todas envolvem seu consumo. A palavra uísque, por exemplo, deriva de um termo gálico, que significa “água da vida”. O governo estimula seu consumo, pois é lucrativo. A mídia o divulga com associações inescrupulosas a poder, masculinidade e força.

Atualmente o alcoolismo é uma doença reconhecida e definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Ocorre um processo vicioso no sujeito portador de tal doença pois, ao alcançar algum objetivo com o “apoio” ao álcool, em situações de dificuldades posteriores, ele tende à repetição e subseqüentemente estabelece-se o vínculo com este objeto. Esta compensação de uma falta envolve todas as emoções, tanto individuais quanto familiares, tanto causa problemas emocionais, como é conseqüência dessas emoções.

O alcoolista é uma pessoa que apresenta um perfil psicológico característico, latente, mesmo antes da eclosão da doença. Sua personalidade inclui: imaturidade afetiva e emocional, não suporta frustrações, hipersensibilidade, tendência à evasão ou fuga e outras características. Seus mecanismos de defesa estão muito associados à personalidade estruturalmente neurótica.

Os fatores ambientais, culturais e familiares se reforçam positiva ou negativamente.

A sociedade mantém uma postura ambivalente diante de tal problema: oferece e repudia quem aceita.

As conseqüências do alcoolismo alcançam um raio equivalente a todo o meio do sujeito e, mais além, o de quem está próximo dele. Danos irremediáveis à sua saúde orgânica, comprometimentos familiares, financeiros, sociais e principalmente as alterações psicológicas, como distúrbios da afetividade, do caráter, intelectuais e diversos outros.

Portanto, trata-se de uma doença muito complexa e de difícil abordagem pelo seu caráter múltiplo em que não é só o sujeito que causa ou sofre de suas conseqüências. Poderíamos relacioná-lo à doença onde o sujeito é portador, porém, também contaminado.

No aspecto terapêutico, o tratamento do alcoolismo se faz emergente em situações cujo comprometimento vital do sujeito irá remetê-lo a intervenções clínicas e medicamentosas. Porém, a meta principal, hoje em dia, quando os olhos da área da saúde alcançam um campo de visão mais ampliado, é buscar um trabalho principalmente preventivo, por ser este um método mais evoluído e efetivo. Mas, numa cultura onde prevalece, em número, uma população analfabeta, os investimentos financeiros sofrem desvios na sua aplicação e o sistema da educação se vê falido diante do básico, esta visão se depara com impossibilidades, nossos esforços se tornam multiplicados e nossa frustração se eleva.

A ineficácia de um tratamento apenas curativo e voltado só para o sujeito e seus sintomas é fato. Especificamente, nesta patologia, a função clínica eficaz atravessa estes limites.

Qualquer projeto ou direção do tratamento, mesmo dentro de toda esta estrutura limitada, deverá partir de uma diferenciação fundamental, que é: “de quem parte a demanda de intervenção?” Se é do sujeito, pela gravidade de um comprometimento orgânico, se pelas conseqüências danosas de sua estrutura ou meio, se pela conscientização de unia patologia, o profissional assumirá algumas condutas específicas. Se a demanda parte da sociedade, familiares, agentes punitivos ou chefes, naturalmente o percurso sofrerá modificações.

Basicamente, um trabalho ampliará suas possibilidades prognósticas positivas caso seja possível abordar o sujeito no seu contexto, principalmente o familiar. Esta família, na maioria dos casos, maléfica em sua estrutura, é causadora ou mantenedora de um foco patológico.

Podemos refletir sobre o aspecto compulsivo desta doença e observar que geralmente sua “pseudo-cura” se realiza num processo associado a algum deslocamento que substitui um objeto por outro. A religião, o esporte, o trabalho, o investimento intelectual, associações como A.A. entram na vida do sujeito ou são resgatadas por ele com um caráter de maciço investimento, compulsivo e rígido. Seu aspecto de êxito vem pelo seu reconhecimento cultural favorável. Torna-se um “vício” não danoso. Porém, se avaliamos seus vínculos, encontramos uma substituição identificativa do signficante álcool por outros significantes cujas relações se fazem nas mesmas bases.

Seria esta então uma solução inadequada? Não, se consideramos que se faz necessária alguma saída efetiva e real da relação com o signficante álcool, devido ao seu caráter extremamente danoso, mas a associação de um tratamento terapêutico para uma reformulação e reorganização desta estruturação se faz complementar e necessária.

A sublimação se faz necessária a uma sobrevivência sociocultural.

Quanto ao caráter preventivo do tratamento, principalmente institucional, cabe aos seus controladores a percepção de que a economia de seus gastos não condiz com os grandes recursos gastos para seu tratamento, quando já se instauraram seu malefícios.

O ALCOOLISMO NA POLÍCIA MILITAR

O policial militar sofre as influências e os fatores determinantes do alcoolismo como qualquer cidadão civil, assim como suas conseqüências. No entanto, o militar, devido a sua atividade específica, seu comprometimento com a Organização, sua cultura, o ambiente hostil e agressivo de sua atuação, a maior vulnerabilidade aos sentimentos, a angústia, o desgaste e tudo aquilo que se faz inerente à sua escolha, é colocado numa posição um tanto quanto diferenciada.

A disciplina e a hierarquia constituem os patamares fundamentais de sua conduta, a observância de leis externas seguem rigidamente uma observância das leis internas e, nesta rigidez, a incoerência atitudinal gera uma problemática mais acentuada e uma ressonância exacerbada. Do cidadão civil embriagado, sem contudo causar maiores danos a terceiros, aceita-se com certa complacência, do militar nas mesmas condições, não.

Além disso, a submissão a regulamentos e código de leis e ética diferenciados lida com as conseqüências de sua doença de forma mais rígida e punitiva.

O reconhecimento de tais condições nos remete a uma complexidade maior e postura diferenciada quando se trata o alcoolismo neste contexto.

A PSICOTERAPIA E O PSICOTERAPEUTA DE ALCOOLISTAS

Não temos a intenção de discorrer sobre as diversas abordagens psicoterápicas de tratamento do alcoolismo, mesmo porque acreditamos que cada profissional possui sua formação e tem a opção de eleger a abordagem com a qual se sente mais familiarizado. Consideramos entretanto, oportuno lançar alguns “olhares” sobre a psicoterapia e o psicoterapeuta de alcoolistas. De uma maneira geral, podemos dizer que um bom psicoterapeuta de alcoolistas deve ser capaz de lidar com as frustrações inerentes ao tratamento de uma doença crônica, conhecer um pouco de psicofarmacologia, ter uma certa dose de diretividade e empatia. É possível que uma das principais características da psicoterapia de alcoolistas seja que as formas de tratamento não estão ainda completamente estabelecidas e talvez por isto valem-se de componentes de diversas técnicas. Para este tipo de atendimento, um certo ecletismo e uma dose de criatividade são fundamentais. A terapia é, em grande parte, uma questão de encontrar um ponto de equilíbrio (e de reencontrar rapidamente o equilíbrio) e, com muita frequência as coisas saem erradas porque o equilíbrio foi perdido.

O terapeuta deve, portanto, analisar cada caso, cada paciente em sua complexidade psíquica e social, para adotar uma postura de equilíbrio no que diz respeito aos seguintes aspectos:

Foco terapêutico - Focalizar exclusivamente a ingestão de bebida alcoólica pode significar uma limitação do trabalho terapêutico. Há muitas maneiras de se errar ao se ver um paciente como “um alcoolista” e achar que todos os seus problemas devem ser entendidos e tratados no contexto dessa definição. Outro extremo é uma percepção sensível da situação global de vida do indivíduo, não se levando em conta a realidade do álcool como um aspecto destrutivo que permeia a situação. Encontrar o ponto de equilíbrio neste caso significa não subestimar nem superestimar a ingestão de bebida alcoólica. Cada terapeuta deve ter consciência da direção para a qual ele tende a se desviar e lembrar que a direção do erro muda com o passar do tempo.

Meta terapêutica - Às vezes, as coisas não dão certo porque o terapeuta (e o paciente) perdem a medida quanto a uma expectativa razoável das mudanças que podem ser conseguidas ou do ritmo dessas mudanças. A decisão do equilíbrio quanto à meta terapêutica é, com frequência, uma questão de se tentar elevar as expectativas e observar o que se pode atingir.

Indulgência e rigidez - Um relacionamento terapêutico eficaz depende da capacidade de escolher, da maneira mais adequada e confiável, o momento de dar apoio e o momento de fazer o paciente enfrentar a realidade. Há ocasiões em que a indulgência é terapeuticamente útil e há outras ocasiões em que é bom e construtivo desafiar abertamente.

Diretividade - Especialmente, no tratamento do alcoolismo, o terapeuta se defronta com o problema da diretividade. Muitas vezes, parece óbvio que o paciente está desenvolvendo um comportamento autodestrutivo, prejudicial ao seu organismo, revelando uma incapacidade de tomar decisões para melhorar de vida. O tratamento do alcoolismo, portanto, parece desafiar intensamente a noção ortodoxa da necessidade do terapeuta manter uma neutralidade. Talvez uma solução para este dilema seja o estabelecimento em comum acordo das metas de tratamento. Há uma diferença entre impor uma idéia e aguardar que uma meta combinada seja atingida. Outra solução pode ser levar o paciente a perceber as conseqüências prováveis de suas escolhas e decisões.

Além da busca de equilíbrio nos aspectos acima descritos, ressaltamos ainda a importância do terapeuta de alcoolistas desenvolver uma percepção particularmente nítida em relação às defesas que

geralmente se manifestam nesta doença. Uma resposta inadequada às defesas do paciente é uma das razões retais comuns para que as coisas saiam erradas. São defesas geralmente comuns aos alcoolistas: negação pura ou mista, a própria doença, a absorção, a defesa romântica, discussões intermináveis, o fato de conhecer alguém que bebe mais, a liderança grupal, entre outras.

No início deste texto, falamos das características de um psicoterapeuta de alcoolistas - lidar com as frustrações inerentes ao tratamento da doença. Há ocasiões no tratamento do alcoolismo, em que tudo parece dar errado, as recaídas freqüentes, o não comprometimento com o tratamento, as complicações físicas e até a morte. Esses períodos ocorrem de fato, e o terapeuta que se vê nesta situação deve se lembrar (ou ser lembrado) de que o tratamento do alcoolismo é inevitavelmente uma tarefa, às vezes, muito pesada e perturbadora. Pode acontecer que o terapeuta tenha selecionado casos difíceis ou tenha se descuidado, mas o mais provável é que as dificuldades tenham se acumulado por acaso e que o terapeuta precise de um apoio para resgatar sua autoconfiança, ao invés de ser levado a se culpar pela sua falta, de tentar ser onipotente. Tratar o alcoolista é mobilizá-lo, através de todas as estratégias, para uma aliança com sua recuperação. As dificuldades, como vimos, são muitas, mas acreditamos que com experiência, paciência, flexibilidade e esforço mútuo as coisas muitas vezes, felizmente, dão certo.

ANEXO 1

Sugerimos este programa de atuação junto ao alcoolista, que poderá sofrer alterações e adaptações de acordo com a realidade da Unidade e referencial do profissional que lida nesta área.

Consideramos necessário seguirmos alguns passos para o funcionamento do programa “PAAS-PMMG”:

PAAS-PMMG - Prevenção e Acompanhamento de Alcoolistas da PMMG

a) Sensibilização:

Esta deverá ter como marco, comandos e chefias, através de palestras, discussões teóricas e melhoria no processo de conscientização de tal problemática, para que possamos tê-los como colaboradores do nosso trabalho, tanto preventivo quanto curativo.

Posteriormente, sugerimos que seja realizada uma palestra educativa a toda a tropa, podendo ser esta em grande ou pequenos grupos, fomentando, assim, demandas espontâneas, além de sua função informativa. A composição desta palestra dependerá do trabalho e criatividade de cada profissional.

O oficial médico, da Unidade ou não, também deverá ser sensibilizado a acompanhar nosso trabalho, como suporte das mais variadas disfunções orgânicas decorrentes do uso do álcool.

Ao término de cada palestra, algum material gráfico contendo informações básicas sobre o alcoolismo e divulgação dos acompanhamentos aos quais o profissional da Unidade se propõe a fazer, servirá como prolongamento deste processo de sensibilização, que consideramos bastante significativo, seja em forma de folder, folhetim ou encarte.

b) Avaliação e encaminhamento:

Mobilizados pela palestra de sensibilização, encaminhados pelo médico, chefia ou familiares, o alcoolista poderá então chegar ao gabinete psicológico, onde se procederá uma avaliação individual que poderá levar uma ou mais sessões. Para esta avaliação, o psicólogo poderá lançar mão dos instrumentos técnicos que julgar necessários ou abordagens específicas de cada formação. Para Araújo (1990), a primeira

consulta possui uma finalidade ímpar no desenvolvimento do processo de tratamento, pois é a partir dela que a relação terapêutica estabelecer-se á. É importante que, ao final desta(s) consulta(s), o paciente e o terapeuta estejam suficientemente seguros quanto a algumas questões que irão nortear o atendimento.

Para este mesmo autor, ao final desta avaliação o terapeuta deve ser capaz de responder às seguintes questões:

1. Este é o primeiro contato do paciente com um tratamento?
2. A situação de atendimento poderá ser tratada de forma ambulatorial, sem necessidade de hospitalização ou encaminhamento clínico?
3. O status mental e físico do paciente permite uma abordagem de seu problema de forma sistemática sem configuração de urgência?
4. O paciente apresenta-se em condições que não o põem em risco, nem a seus familiares ou terceiros?
5. Há manutenção de sua vida familiar, conjugal e profissional?
6. Qual é a percepção do paciente de seu problema?
7. Há alguma compreensão do que motivou a consulta agora?
8. Houve devolução, por parte do terapeuta, do que foi entendido por este na consulta?
9. Foi dada ao paciente uma explicação clara do plano proposto até a próxima consulta?
10. A proposição imediata de abstinência é adequada?
11. Caso tenha sido esta a combinação feita com o terapeuta, o paciente ficou seguro sobre a natureza e a extensão dos possíveis sintomas de abstinência que poderá vir a experimentar?
12. Há certeza da real disponibilidade ou não do terapeuta para qualquer contato que precise ser feito independente da data da próxima consulta?

Uma vez concluída esta avaliação e constatado o desejo do paciente de se recuperar, dar-se-á continuidade ao tratamento através de encaminhamento adequado.

Observamos que tais colocações não objetivam uma mecanização ou roteirização do processo terapêutico já desenvolvido pelos profissionais psicólogos. Porém, a partir de nossos estudos e pesquisas, refletimos sobre a singularidade que envolve tal paciente e quadro geral, nos transpondo ao questionamento de uma formulação de uma terapêutica diferenciada e específica.

As opções posteriores são diversas e poderão ser feitas analisando-se cada caso. Vale ressaltar que a maneira pela qual e por quem este paciente chega até nós é de suma importância para o encaminhamento.

1 - Internação - Juntamente com o profissional médico, deverá ser avaliada tal possibilidade, forma e local.

2 - Avaliação psiquiátrica - O trabalho em conjunto com a Psiquiatria é muito importante no tratamento do alcoolismo e devemos encaminhar o paciente sempre que necessário.

3 - Atendimento psicoterápico - Uma avaliação criteriosa determinará a indicação de uma psicoterapia. Uma vez o paciente afastado da bebida, a necessidade de psicoterapia e a adequação do indivíduo a ela poderão ser avaliadas exatamente pelos mesmos critérios utilizados para se decidir se qualquer outra pessoa (com ou sem um problema de bebida) deve entrar em psicoterapia, ou para decidir a forma de psicoterapia mais adequada às necessidades individuais. A forma como o paciente chega até nós pode nos auxiliar na escolha de uma psicoterapia individual ou de grupo. Aquele que vem sozinho com demanda própria, querendo assumir as rédeas de seu tratamento, pode ser um candidato à psicoterapia individual. Outro que vem encaminhado pela família ou chefia imediata, fechado, com dificuldade para se colocar, pode tirar mais proveito de uma psicoterapia de grupo. Sabemos, entretanto, que as formas de psicoterapia podem ocorrer concomitantemente, e que uma psicoterapia de grupo pode ser um primeiro passo para uma psicoterapia individual. Um trabalho com grupos de apoio na PMMG poderá ser muito útil, proveitoso e importante, se criarmos um espaço sério, aberto para demandas espontâneas onde trabalharemos temas como: amor próprio, estruturação de tempo, estilo e objetivo de vida, entre outros. Este grupo de estudos do alcoolismo, estará enviando, mensalmente, para cada Unidade da PMMG, sugestão de material para trabalho com esses grupos de apoio. Os critérios para o funcionamento desses grupos se encontram ao final deste trabalho.

4 - Acompanhamento familiar - Poderá surgir demanda para acompanhamento de familiar(es). Esta deverá ser avaliada, analisada e bem conduzida, pois sabemos o quão importante é o contexto familiar para a recuperação do indivíduo.

5 - Alternativas de acompanhamento de grupo - É inegável o apoio que estes grupos dão ao alcoolista, especialmente os AA. O terapeuta deve ser sempre capaz de indicar este caminho. Uma sugestão importante pode ser verificar a existência de membros do AA na Unidade e estabelecer um trabalho em conjunto.

c) Retroalimentação/Feedback

Chamamos de retroalimentação as estratégias que iremos utilizar para a manutenção/ sustentação do Programa PAAS-PMMG.

Manteremos uma publicação mensal de folhetins com material sobre o tema deste trabalho - alcoolismo, que serão remetidos aos oficiais psicólogos de cada Unidade para divulgação, utilização em trabalhos com grupos de apoio ou de acordo com o interesse deste profissional.

Serão necessárias freqüentes interlocuções com os demais oficiais QOPM para questionamento de possíveis dificuldades surgidas para a aplicação do programa e da necessidade do envolvimento destes no mesmo.

As palestras de caráter preventivo e educacional sugeridas neste programa poderão ter uma certa freqüência (semestral/anual), considerando o nível de rotatividade do pessoal nas Unidades.

A permanência de um contato e avaliação por parte dos oficiais psicólogos que implantarem este projeto ou que tenham material e propostas pessoais será de grande apoio para o aprimoramento e evolução de um trabalho, para que não se percam as teorias e estudos realizados.

PAAS/PMMG - Grupos de Apoio

Critérios de funcionamento:

a) Número de participantes: até 12. Caso exista maior número, sugere-se formação de mais grupos.

b) Periodicidade: uma vez por semana, com duração de 1 hora e 30 min a 2 horas.

c) Adesão: voluntária, não se fazendo necessário autorização prévia de superiores, porém, estes deverão ser notificados caso seja dentro do horário do expediente e, portanto, contamos com a colaboração das chefias. Após a manifestação do desejo de participar do grupo, o paciente deverá estar ciente dos limites e normas estabelecidos para o funcionamento dos trabalhos.

d) O estado alcoolizado do participante, no momento da reunião do grupo, poderá levá-lo a um atendimento individual, anterior ou imediatamente posterior a esta reunião, para que o profissional possa trabalhar tal situação e justificar seu impedimento nas atividades do grupo naquele dia e posterior reintegração a ele. O grupo apóia a abstinência mas, caso ocorra alguma recaída, o sujeito não deve interromper sua participação.

e) As faltas e ausências deverão ser comunicadas com antecedência, podendo o grupo acompanhar o desenvolvimento de cada um de seus membros, estimulando os contatos externos que favoreçam a manutenção do grupo.

f) Após a terceira ausência consecutiva, sem justificativa aceitável, o membro será desligado do grupo, podendo ter acompanhamento individual ou assumir, de maneira consciente, as conseqüências de sua impossibilidade de se manter em acompanhamento. Caso reformule tal conduta, poderá ser reintroduzido no grupo. Seu desligamento permanente deverá ser comunicado ao seu chefe direto, inclusive como forma de preservação e manutenção deste projeto.

g) Permanência do membro no grupo: os grupos de apoio funcionarão em caráter permanente, podendo um ou outro membro se desligar devido a situações reais ou manifestação própria e ser substituído por outro membro.

h) Nestas reuniões, cada profissional atuará de acordo com sua experiência, porém sugerimos discussão de textos, filmes, relatos, dinâmicas, etc.

i) Os assuntos discutidos nas reuniões do grupo deverão ficar em sigilo.

j) Este roteiro deverá ser discutido com o grupo no seu primeiro encontro e individualmente com cada participante novato. Consideramos necessária a instauração de regulamento para o funcionamento desses grupos e que poderá sofrer as alterações e acréscimos necessários dentro da visão de cada profissional e de acordo com a realidade de sua Unidade.

REFERÊNCIAS

EDUARDES, Griffith. **O tratamento do alcoolismo**. São Paulo: Paulinas. 1995.

FONSECA, Liliam Simone Godoy. **Alcoolismo: uma clínica possível?** Pretextos. In: JORNADA DA CLÍNICA DO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA, 2, 1993, Belo Horizonte. Belo Horizonte: PUC-MG, 1993. p. 98-100.

GUERRA, Domingos Lage, SILVA, Francisco de Assis Leal da, SOUZA, Alexandre. **Alcoolismo entre Policiais Militares: Correlação com a Disciplina Institucional**. Belo Horizonte: APM/ CAO-1, 1996. 111 p.

MANSUR, Jandira. **A Questão do Alcoolismo**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

TONICO, Leonida Silva. **Alcoolismo como entender e ajudar**. São Paulo: Paulinas, 1995.

ESTUDO DE CASO – IMPACTO FULMINANTE

Marília Teresa Teixeira Gontijo Cardoso

Tenente Psicóloga da PMMG

Colaboradores:

Adão Carlos da Silva

Capitão da PMMG

João Luís da Silva

Tenente da PMMG

INTRODUÇÃO

A violência, em todas as suas facetas, é francamente repudiada pela sociedade de uma forma global. A vida em comunidade requer uma constante busca de harmonia. Para tanto, congrega os esforços dos diversos órgãos de defesa social.

Neste contexto, a Polícia Militar materializa-se como um desaguadouro natural dos anseios da população, numa constante busca por uma segurança pública cada vez mais eficiente e eficaz.

Por vezes, contudo, deparamo-nos com a violência inserida no próprio meio militar comprometendo, assim, o maior patrimônio de tão grandiosa Instituição, ou seja, seu público interno e abalando atrevidamente os pilares que a sustentam.

De repente, surpreendemo-nos com um de nossos representantes da segurança e ordem pública transformado em agente e vítima da violência ao precipitar tamanha catástrofe num pequeno lugarejo - Distrito de B. - que hoje vive o espanto e a indignação.

A PMMG, ao longo dos anos, conquistou, através de seus esforços e trabalho comprometido, um bom nível de credibilidade dentro da Corporação. Honrando, pois, com altivez sua doutrina e buscando encetar seus objetivos, a PMMG não se ausenta neste momento de tragédia e nem se omite de analisar criteriosamente tão funesto acontecimento.

É através deste estudo que ora iniciamos que buscaremos traduzir tão altos e estridentes sons que, num impacto fulminante, ecoaram sem muito mais a dizer...

EXPOSIÇÃO DOS FATOS

ANTECEDENTES

O ex-Soldado PM W. (Ex- Sd PM W.) apresentou-se no Distrito B., (SubDst. PM) para o qual foi removido por conveniência da disciplina, no dia 03 de janeiro de 1996, iniciando suas atividades naquele mesmo dia. Nesta data, o Sd PM R. (vítima do caso em questão) estava em gozo de suas férias, só retornando ao trabalho na véspera do trágico acontecimento.

Desde sua chegada ao SubDst. B, o Ex- Sd. W. manifestou seu repúdio de servir naquela localidade. Consta, por depoimentos de pessoas do local, que o Ex- Sd. W. era assíduo frequentador dos bares locais e contumaz consumidor de bebidas alcoólicas.

Em B., três dias antes do crime, o Ex- Sd. W. conheceu uma mulher E.M., com quem iniciou um relacionamento amoroso íntimo. E foi na casa de E.M. que, no dia 17 de janeiro 1996, por volta das 16:00 horas chegou o Ex- Sd. W., completamente embriagado e transtornado, dizendo que iria fazer uma loucura e, ainda, que não queria ficar sozinho no Quartel. Estava em trajes civis e armado de revólver.

Por volta das 19:00 horas, W. pediu a E.M. que telefonasse para seus pais em B. D. (cidade de origem), e pedisse a eles que fossem buscá-lo, pois não estava se sentindo bem, e disse, ainda, que iria fazer uma “besteira”.

Contato telefônico é feito, porém os pais de W. alegaram que não tinham meios para buscá-lo.

De volta do posto telefônico, E.M. passou na casa do Sd. R. e, não o encontrando, deixou recado com a esposa do PM para que ele fosse buscar W., alertando que ele estava embriagado e armado.

Chegando a casa, E.M. comunicou a W. que seus pais não iriam buscá-lo. Recebendo esta notícia, W. sai em direção à BR, situada cerca de 500 metros da casa da amásia. Diante dessa atitude, E.M. resolveu ir dispensar o chamado da polícia.

Passada uma meia hora, quando E.M. retornou para casa, encontrou o Ex- Sd. PM W. esmurrando as portas e janelas de sua casa. Quis correr, porém foi agarrada e empurrada para dentro da casa, para onde também foram os três filhos de E.M.

De repente, W. ficou mais estranho: bate várias vezes com a cabeça na parede e fala palavras sem nexos.

E.M. mandou sua filha novamente à casa do Sd. PM R. para providências contra W.

Por volta das 20:30 horas o Sd. PM R. fez contatos telefônicos com o Pel. PM, sendo orientado pelo radiooperador que avaliasse a situação e caso necessário pedisse reforço ao Pelotão PM.

Às 20:40 horas, o Sd. PM R. dirigiu-se ao local da ocorrência para o cumprimento de seu dever.

O FATO PROPRIAMENTE DITO

Sd PM R. foi ao local da ocorrência fardado e armado, utilizando seu próprio veículo. Estacionou-o defronte da casa, desceu do veículo e encaminhou-se para a casa.

O Ex- Sd. PM W., avistando o companheiro, questionou E.M. o porquê de tê-lo chamado, sacou da arma, apontou em direção a E.M. ameaçando-a de matá-la. Desistiu de completar a ameaça contra E.M., ocultou-se atrás da parede, lado esquerdo da porta, entrada principal, de forma a não ser visto pelo Sd. PM R.

O Sd. PM R. entrou pelo portão, encaminhou-se ao alpendre e antes de transpor a entrada foi alvejado com um tiro, disparado por W., a menos de 2 metros de distância, atingindo R. no braço direito, sem que houvesse qualquer diálogo entre os dois. Gravemente ferido, o Sd. PM R. recuou em direção ao portão de saída para rua, sem, contudo, esboçar qualquer reação, apesar de encontrar-se armado.

Depois de atirar no Sd. PM R., W. apontou a arma contra E.M. que, com o filho menor nos braços, conseguiu alcançar o quarto e fechar a porta, segurando-a com o próprio corpo.

Ex- Sd. PM W. tentou de todas as formas arrombar a porta, mas não conseguiu seu intento.

Instantes após, E.M. ouviu um disparo, seguido de mais um e um grito de W. Aguardou alguns instantes e decidiu fugir pela janela, com medo de que os disparos e o grito fossem um ardil de W. para que esta abrisse a porta do quarto.

Ao chegar à rua, E.M. deparou com o Sd. PM R. na rua, próximo ao portão de sua casa, ocasião em que o Sd pediu-lhe que telefonasse para o Pelotão PM comunicando o ocorrido e dizendo ainda que estava muito ferido.

Após telefonar, E.M. retornou à sua casa, onde viu o Sd. PM R. sendo socorrido por populares em seu próprio veículo.

Minutos após, a viatura do Pel. PM compareceu àquele local, fez o cerco e após chamarem pelo Ex- Sd. PM W., sem que houvesse resposta, fizeram a abordagem. Encontraram-no caído no chão da cozinha da casa, baleado no abdome e desmaiado. Próximo ao corpo, estava a arma do crime com 3 cartuchos deflagrados e 3 intactos.

Incontinentemente, a guarnição colocou o Ex Sd PM W. dentro da viatura, conduzindo-o para o Hospital. O local do crime ficou a mercê de curiosos que o invadiram e o descaracterizaram.

Sd PM R., socorrido por terceiros, foi também conduzido ao Hospital, vindo a falecer às 00:15 horas de 18 janeiro de 1996. O Ex- Sd. PM W. chegou a ser operado, mas também não resistiu aos ferimentos, vindo a falecer às 04:00 horas de 18 de janeiro de 1996.

ANÁLISE DOS DADOS DO AUTOR SD PM W.

INCLUSÃO NA PMMG

O Sd PM W. tentou, por diversas vezes, incorporar-se às fileiras da PMMG, sendo reprovado pelos exames laboratoriais em uma de suas tentativas e, nas outras, na entrevista, tendo em vista o fato de ter se envolvido numa ocorrência em que chegou a agredir fisicamente um policial militar, agressão que resultou em uma prisão por uma noite.

Mesmo de posse de tal informação, o Relatório de Investigação Social, assinado pelo agente da P/2, sobre a vida pregressa do Sd. PM W., não relaciona nada que pudesse impedir sua entrada para a Corporação. Segundo consta em seu Relatório, o candidato nunca fora visto em companhia de marginais e nem costumava freqüentar bares e botequins. Nada também fora constatado quanto ao possível uso de bebidas alcoólicas, a estado de embriaguez alcoólica ou referente ao uso de tóxicos.

Na sua passagem pelo E.B. (Tiro de Guerra), não trouxe problemas e nada fora detectado pela Investigação Social a respeito de alterações na personalidade do candidato.

O exame psicológico o classifica como candidato “indicado com restrição”, classificação segunda numa escala de aptidão. Seu laudo psicológico fala de um indivíduo com bom nível cognitivo e capacidade criativa, com energia para superar obstáculos, relevando-se um sujeito produtivo, persistente e empenhado em seu próprio crescimento. Contudo, um indivíduo que tenta compensar, através da racionalidade e de outros mecanismos, sua fragilidade egóica, insegurança e necessidade de proteção. Dependente da aprovação

social, é alguém que busca adaptar-se ao meio, estabelecendo bons contatos interpessoais. Apresenta também alguma dificuldade em exercer controle sobre seus impulsos, embora a agressividade e a impulsividade estivessem, no momento em que prestou exames psicológicos, controlados. Revela ainda, através do traçado, dados sugestivos de sua personalidade alcoólatra. Tendo em vista a baixa qualidade dos candidatos no CFSd, é aprovado relativamente num bom conceito.

Como no Fórum, Delegacia de Polícia, SPC, Escolas, locais de trabalho, assim como nas informações obtidas através de vizinhos e policiais militares nada se encontrou que desabonasse o candidato a ingressar nas fileiras da PMMG e, tendo sido aprovado em todos os testes e exames, passa o então Sd PM 2ª Classe W., a partir de novembro de 1994, a freqüentar as aulas do Curso de Formação de Soldados.

MOVIMENTAÇÕES

Concluindo o CFSd em julho de 1995, o Sd PM W. foi homenageado por ter conquistado o 1º lugar geral do Curso, conquista esta que era promessa sua desde a admissão na PM e que o levou a passar noites estudando para alcançar tal objetivo. Também como segundo aluno mais votado pelos professores e instrutores para o título de “Aluno Modelo do CFSd”, teve o privilégio de ser atendido em sua reivindicação para pertencer ao 1/50ª Cia PM. O desejo de permanecer na sede da OPM foi uma das molas propulsoras de seu excelente desempenho durante o curso.

Assim, fez parte do 1/50ª Cia PM até 1 de janeiro de 1996, quando foi removido, por conveniência da disciplina, para o distrito B. Lá permaneceu até o dia fatídico de 17 de janeiro de 1996.

VIDA FUNCIONAL X VIDA PARTICULAR

A vida particular de W. sempre foi muito conturbada, tanto no que diz respeito ao âmbito familiar, quanto ao aspecto profissional. Apesar de boas referências, W. não se firmava em seus empregos, repetindo sempre um intenso desejo de ser um policial militar. Do ponto de vista afetivo, tinha uma situação indefinida e desequilibrada, em que não era casado, também não era amasiado e, tão pouco, poderia se considerar solteiro, uma vez que freqüentava assiduamente a casa de S., responsabilizava-se por parte de suas despesas e com quem tinha 2 filhos, estando a mesma grávida de um terceiro.

Vindo de uma família bem conceituada, sabe-se que W. não se relacionava bem com seus genitores, especialmente com o pai e tinha divergências expressivas com seus irmãos.

Mas W. tinha um sonho... Sonho este que se transformou num ideal de vida a ser perseguido veementemente: ser um policial militar. Tendo enfrentado tamanha dificuldade para conseguir que se abrissem as portas desta Instituição para sua formação militar, este sonho provavelmente tornara-se grandioso, mais precioso, transformando-se na carcaça a sustentar um ser que, se antes perdido, agora encontrado, decidido e fortalecido. Tudo o que se constituía motivo de descontrole emocional, agora se torna inexpressivo diante do motivo maior: ser um PM. No transcorrer de seu “Curso de Formação de Soldado” apresentou-se sempre como bom aluno, interessado nas aulas, estudioso, responsável, líder da turma, tendo sempre iniciativas para o que se fazia necessário. Em nada deixou que sua vida particular afetasse o percurso do caminho em busca do seu ideal. Estudando noites a fio, mostrando-se sempre enquadrado, exemplar, digno... chegou lá! Primeiro do curso, quase aluno modelo, organizador do grande dia em que se confraternizaram com a certeza da missão cumprida, do sonho realizado.

Fazendo parte do 1/50ª Cia PM, tinha excelente apresentação pessoal, muito bem enquadrado em termos de disciplina e hierarquia e muito preciso em suas abordagens nas ocorrências policiais-militares em que atuou. Considerado um ótimo motorista, era freqüentemente escalado como motorista do CPU e

encarregava-se de trazer a viatura sempre limpa. Estimado e elogiado pelos seus companheiros de farda, conseguia um notável relacionamento interpessoal dentro da Corporação.

Em setembro de 1995, começa, para surpresa de todos, a se deteriorar aquele PM “Quase Modelo” que desempenhava tão bem seu trabalho. Por ordem do Comando da Unidade, foi aberta uma Sindicância Regular para apurar fatos de sua vida pessoal e faltas consideradas gravíssimas para a pessoa de um PM. Parte da carcaça se despedaça, sua vida pessoal começa a se refletir na vida profissional e tudo começa a se desmoronar.

Sua presumida “amásia” faz uma queixa contra W., acusando-o de deixar faltar o necessário para ela e seus filhos, o que foi corrigido após o fato ter chegado ao conhecimento da Administração da Unidade.

Pouco tempo depois, envolveu-se num acidente de carro em que seria culpado pela colisão. W. não parou no local do acidente e foi perseguido por J., senhor que dirigia o outro veículo envolvido no acidente. Quando foi alcançado, W. se identificou como PM, comprometendo-se a pagar os danos e a acompanhar o referido senhor, no dia seguinte, à oficina mecânica. No entanto, W. não retornou para casa neste dia, fez uso imoderado de bebida alcoólica, deslocando-se, no dia seguinte, para uma pequena cidade próxima, sem autorização de sua Cia e faltando, portanto, ao serviço. No percurso para esta cidade, voltou a bater o carro de seu tio, desta vez num barranco e, ainda assim, seguiu viagem.

Nessa pequena cidade, W. apresentou uma sucessão de deslizos, faltas gravíssimas não condizentes com a postura de um PM. Bêbado, por diversas vezes tirou proveito de sua condição de PM, comprometendo, assim, a imagem da Corporação.

No dia seguinte, foi removido para sua cidade de origem (sede de Batalhão) por seu pai e seu tio, proprietário do carro que dirigia, e internado no Hospital para soroterapia.

Em suas declarações, W. confirmou respeitosamente ao sindicante as acusações feitas contra o ele, arrependendo-se e reafirmando seu desejo de fazer carreira na PM. Justificou suas faltas por um descontrole psicológico/emocional, fruto de desentendimentos com S.

Da Sindicância Regular, resultou enquadramento disciplinar do Sd PM W. pelas faltas praticadas e evidenciadas e sua remoção por conveniência da disciplina. Também, o Cmt. do Batalhão determinou o acompanhamento da conduta profissional do Sd PM W., bem como da assistência de seus filhos menores, pelo Cmt. da Fração, com apresentação de relatório mensal.

Assim definido, W. foi removido para B. no dia 1º de janeiro de 1996. Essa movimentação deixou o referido Sd PM excessivamente contrariado. W. chegou a implorar ao Cmt da Cia PM para que intercedesse por ele junto ao Comando da Unidade, o que foi feito sem sucesso.

No entanto, de setembro/95 até a data em que se deu a remoção, W. tentou reconstruir sua imagem, executando seriamente seu trabalho e não deixando marcas que pudessem se reverter contra sua pessoa.

No terceiro dia do mês de janeiro, W. apresentou-se ao Cb PM, Cmt do Destacamento a que passou a pertencer. Durante os 15 dias em que prestou serviços ao pequeno Distrito B., consta que fazia uso constante e excessivo de bebida alcoólica e ligava diariamente para S., queixando-se de que não ia conseguir ficar lá. No entanto, também lá se envolveu com uma mulher, sendo ela mãe solteira de 3 filhos. Segundo informações, passou a quinzena em desorientação, apresentando condutas desviantes e atitudes desenfreadas.

A carcaça caiu por completo! E daí, o que resultou? Homicídio e suposto suicídio. O representante da ordem e segurança pública transformou-se, então, no Contra-Lei, na ameaça, no transgressor, por excelência, de toda a doutrina outrora tão obstinadamente almejada.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

“Quem era, na verdade, W.? Seria aquele aluno modelo, militar vibrador, como era definido pelos seus companheiros de trabalho, ou seria ele um homicida e suicida em potencial?” E esta a questão que ora interroga a todos! É este o enigma que procuraremos desvendar.

Dando o primeiro passo, aparece-nos a imagem da criança. Como foi “W. criança”? Dizem: “Uma criança normal, como as outras. Muito travessa, custosa, dada a brincadeiras nas ruas, jogar bola...” Mas uma criança que possuía amigos, amigos estes que hoje dizem não terem notado nada de aberrante em seus costumes, ou em seu comportamento; “não era uma criança agressiva”. Na escola, era um aluno com rendimento satisfatório, apenas uma repetência na 6ª série.

De posse de escassas informações, pode-se inferir que era o filho mais velho de uma mãe protetora, carinhosa e de um pai de pouco diálogo e irmão de 4 outros garotos, pelos quais alimentava ciúmes e dificuldades no relacionamento.

Muito cedo, começa W. a fazer uso de bebida alcoólica, uso este descontrolado e dado muito importante para desvendar o mistério, pois a partir daqui falaremos de duas vertentes de uma mesma pessoa.

Sem uso de bebida, W. se mostrava uma pessoa gentil, educada, supostamente caminhava dentro dos parâmetros normais pelos quais as pessoas se guiam. Era brincalhão, sorridente, gozador, conquistava amigos e se relacionava bem fora de casa.

Porém, quando fazia uso de bebida alcoólica, perdia as rédeas... Descontrolava-se, bebia dias e dias e cometia atos ensandecidos. Era comum, quando começava a beber, que ele se juntasse aos bêbados do “calabouço” (rua da periferia de sua cidade) e por lá ficava pelas calçadas e bares até que sua família o retirasse da sarjeta e o internasse para soroterapia. Depois, talvez, passasse algum tempo significativo sem beber, até que, “por revolta” - dizia ele - voltava a cambalear de bar em bar.

O suspense está aqui! Perguntamos, então, como era este W. alcoolizado que, inevitavelmente, juntava-se ao outro W., o qual todos conheciam?

“W. bêbado” era “Oxum Caveira”. Ele se definia assim.

E, quem era “Oxum Caveira”?

Os espíritas diziam que ele estava incorporado por uma entidade do além e o definiam como “Medium”. A família, já sem explicações, comungava desta idéia, chegando a levá-lo por várias vezes ao Centro Espírita.

Mas, o que fazia “W. Oxum Caveira”? O próprio nome já causa certo espanto e, espanto maior, causa o comportamento de “Oxum Caveira”.

Travestido de “Oxum Caveira”, W. se cortava todo, sangrava dizendo que ia se matar. A casa não podia ter objetos cortantes. Por várias vezes, sua “amásia” passou noites tentando evitar que ele fizesse “besteiras”. A ameaça de suicídio era uma constante em sua vida: já chegou a sair de casa com as cordas nas mãos dizendo que ia se matar. Enforcar-se, estilhaçar-se, talvez morrer fosse a expressão maior de transformar-se em “CAVEIRA”, performance com a qual se identificava. “Quando ele deu o tiro, foi o

gemido (ou ganido”) mais horroroso que já presenciei em minha vida”, disse a testemunha.

Aqui se torna necessário recorrer à teoria para lembrar que todos nós, inevitavelmente, formamos uma auto-imagem a nosso respeito: é a maneira pela qual nos reconhecemos e de acordo com a qual agimos. Esta auto-imagem pode ser idealizada, ou seja, imagino-me muito melhor e maior do que realmente sou, imagino-me fantasiosamente como gostaria de ser e, sem perceber, busco agir de forma a atingir este ideal. Esta imagem pode ser também depreciada: imagino-me incapaz, pior do que sou e, também, despercebidamente, tenho atitudes que subestimam minha pessoa. Eventualmente, posso formar uma imagem denegrida de mim mesmo, identificando-me apenas com o aspecto negativo, mau, deteriorado de minha personalidade e, assim, serei este bicho a me perseguir.

Importante salientar que esta concepção de si mesmo é lentamente construída desde que o bebê, ainda bem pequenininho, olha nos olhos da pessoa que cuida dele e reconhece se é precioso, ou não, para esta pessoa; se está incluído no desejo dela. Quando pequena, a criança se vê através dos olhos dos outros, daí parte da importância das primeiras relações que a criança estabelece com o mundo. Mas o fundamental é que esta imagem que a pessoa faz de si mesma é dinâmica, mutável, às vezes sofre interferências do momento que ela vive, e pode ter mais uma faceta, ou seja, considero-me bom ou mau, capaz e incapaz, forte e frágil e defino-me com aquelas características que predominam sobre as outras.

Mas, retornando ao W. “Oxum Caveira”, podemos constatar que ele era mau não apenas consigo mesmo, como também tinha toda uma agressividade heterodirigida. Avançava nas pessoas, agredia-as, sendo portador de uma força física indescritível. Transformava-se em uma fera e as pessoas não conseguiam contê-lo. Chegou a quase matar sua tia, a quebrar as costelas do pai e a bater em um policial e outras tantas agressões infinitas. “Quando bebia, qualquer pessoa que se aproximasse para chamar sua atenção, ele queria matar”. Possuía um punhal que usava para assustar as pessoas. Mesmo grávida, sua amásia foi vítima de suas agressões. Destruía tudo, quebrava móveis, guarda-roupas, pratos, tudo o que via pela frente. Especialmente, quebrava todas as imagens de Santos que encontrava, rasgava Bíblias e engolia terços. A agressividade destrutiva explodia em atos incontidos e ilimitados.

Freud, o grande teorizador da Psicanálise, define o homem como um ser em conflito, onde forças antagônicas se chocam, onde a construção implica a destruição e o amor, o ódio. Duas energias contrárias regem sua conduta, as quais ele nomeia de pulsão de vida e pulsão de morte. A pulsão de vida, simbolizada por Eros, é aquela força que impele ao crescimento, à organização, à estabilidade, ao equilíbrio, à busca do prazer e da construção. Já a pulsão de morte, simbolizada por *Thanatos*, é aquela força destrutiva, excessivamente agressiva, que tende a levar o que é vivo para a morte. Essas duas pulsões são dois movimentos antagônicos, contraditórios, que fazem parte de qualquer indivíduo. O essencial, o que se faz condição para o bom funcionamento mental do sujeito, é que a pulsão de vida predomine sobre a pulsão de morte; que o amor supere o ódio; que a construção seja maior que a destruição e que a agressividade seja dosada e conduzida para fins produtivos, impelindo o ser humano à busca do crescimento e não à destruição do mundo, das coisas do mundo, das pessoas e, por que não, de si mesmo.

Completando o perfil de W. “Oxum Caveira”, pode-se nele observar, além de suas atitudes auto e heterodestrutivas, ainda atos ilícitos, voltados contra a “Lei dos Homens”, contra a moral que permeia os costumes humanos. Quando empossado de “Oxum Caveira”, W. roubava, ou melhor, tomava para si aquilo que era do outro. Roubava dinheiro, roubava carros, perfilava um série de mentiras, dissimulava, enganava, “falava coisas duras, para machucar, fazia e falava coisas que jamais falaria são”. Falava coisas, principalmente, que remontavam sua história e vida familiar, por onde se observa muito conflito.

No decorrer do desenvolvimento da criança, faz-se necessário que ela leve para dentro de si uma noção de lei, de regras a serem seguidas, de razão. Isto faz com que o ser humano consiga limitar a expressão de fortes pulsões inconscientes, faz com que o desejo encontre seu canal adequado de expressão. Com isto, a criança constrói para si um saber de que nem tudo se pode, nem tudo é possível, nem tudo é gozo e a frustração faz parte. Esta Lei ou esta certeza de que não posso, ou não devo é assimilada a partir de uma autoridade externa e que lentamente vai sendo introjetada. E, a partir daí, é bem provável que o indivíduo aprenda a controlar seus impulsos e a saber até onde pode ir naquilo que faz.

A bebida alcoólica, porém, tem a propriedade de relaxar, no indivíduo, este senso de razão e de liberar, dar vazão ao que se encontra submerso, ou reprimido pela nossa consciência, que é basicamente racional. É como se a bebida aflorasse aquilo que se mantinha enterrado, como se soltasse aquilo o que estava, de certo modo, preso e aquilo nosso que, de certa forma, nós não sabemos. “Quando passava a embriaguez, ele não se lembrava de nada do que tinha feito”.

Cada pessoa tem uma sensibilidade diferente para suportar os efeitos do álcool. Outros, passam a necessitar dos efeitos do álcool como se, de posse dele, pudessem se liberar e, isto tem um efeito catártico: alivia a tensão, fruto da força exercida para controlar impulsos que não devem se expressar. Assim sendo, bebe-se, apronta, faz-se tudo o que não devia, libera-se, alivia-se e, ainda, justifica-se: estava bêbado, não foi eu quem fiz, foi “Oxum Caveira”, por exemplo. Não se imagina, porém, é que “Oxum Caveira” faz parte de W., é um dos lados de uma mesma pessoa. E lado forte, poderoso, que não introjetou nenhuma espécie de Lei e que precisava da bebida para expressar-se, para abrir-se. “W. era muito fechado, não falava de si, não sabíamos o que se passava com ele, não se mostrava a ninguém”.

Então, seria W. um alcoólatra?

Para confirmar o diagnóstico de alcoolismo, têm-se em vista dois aspectos: a dependência orgânica e a dependência psicológica. A dependência orgânica é avaliada pelo nível de tolerância à bebida - o indivíduo necessita ingerir doses cada vez maiores para se obter o mesmo efeito - e pela síndrome de abstinência - mal-estar que o indivíduo sente quando se abstém do álcool. A dependência psicológica se caracteriza basicamente pela perda de controle e pela compulsão a beber, como se algo de ordem psíquica impelisse o sujeito a buscar a bebida. Para se definir alguém como “Alcoólatra”, o indivíduo tem que apresentar, pelo menos, dois desses sintomas.

Complicado, porém, dar-lhe um julgamento final: “Alcoólatra”! Síndrome de abstinência, era bem provável que ele não possuía, pois passava longos períodos sem fazer uso de bebidas, sem problemas orgânicos. Já o nível de tolerância à bebida fazia parte de seu quadro, uma vez que informações confirmam que ele chegava a beber um litro de whisky, no bico, de uma vez, até acabar. Ou seja, precisava, cada vez, de maior volume para chegar a ser “Oxum Caveira”. Isto também fala da perda do controle: não sabia a hora de parar ou o limite da bebida. A compulsão também ganha certa expressão, uma vez que a buscava diante de situações difíceis, conflituosas e como forma de ser “Oxum Caveira”.

Poderíamos, então, com este número suficiente de sintomas para definição do alcoolista, classificá-lo numa categoria denominada “Bebedor Periódico”, definido como aquele que consegue manter longos períodos de abstinência intercalados com períodos de excessiva bebida.

Muito bem, assim sendo, passaríamos então a uma outra questão. Não era constante a perda de controle de W. em seu uso de bebidas. Há a hipótese de que, mesmo durante o Curso de Formação de Soldados, ele a usava, porém em pequena dose, talvez até escondido de si mesmo. Há informações de que bebia “dose”- dosado - em um bar. Na sua formatura também bebeu, alegrou-se, comemorou e não se

embriagou: achou o limite. A questão que se coloca, então, neste momento reflexivo é: “o que levava W. a beber descontroladamente?” Ou ainda: “o que possibilitava a W. beber controladamente?” Não podemos nos satisfazer com sua definição de alcoólatra e aí justificar o ocorrido. Há que se indagar: “por que beber tanto”?

Em parte, é uma questão já respondida: bebia para liberar “Oxum Caveira”, para soltá-lo, solto, ele era uma ameaça externa contra si mesmo e contra os outros. Mas, e reprimido? Provavelmente, uma ameaça ainda maior a si mesmo, gerador de uma angústia insustentável. Um bicho enjaulado pode-se tornar ainda mais feroz e ameaçador do que aquele que vive solto.

Temos, ainda, duas falas importantes de W. a respeito de sua bebida: “Bebo por desgosto. Bebo por revolta”. **DESGOSTO E REVOLTA**, duas palavras bastante significativas e, inevitavelmente, é preciso recorrer à teoria psicanalítica infantil para buscar explicações.

O Complexo de Édipo, conflito este por qual todos irremediavelmente passam, fala de um intenso amor do menino por sua mãe, um gosto por ela que o leva a querê-la só para si e de um ódio pelo pai, um **DESGOSTO** (bebo por desgosto) tal por ele que o leva a desejar sua morte para que, então, possa possuir completamente sua mãe.

Concomitantemente a este ódio pelo pai, o menino também lhe tem sentimentos de afeto, de amor, de admiração. Instala-se aí o conflito e observamos que, desde a mais tenra idade, estamos lidando com estes pares opostos: amor é ódio, ser bom (amar) e ser mau (odiar, querer a morte). É profundamente angustiante para a criança amar e odiar a mesma pessoa, gostar e desgostar. A dissolução positiva deste conflito acontece quando o menino identifica-se com o pai e abre mão de sua mãe para, na vida adulta, ter sua mulher. Seria, assim, possível que os três convivessem harmoniosamente. O pai seria, então, aquele interditos primeiro que limita o desejo de criança, que funciona como Lei, como figura de autoridade.

Numa análise um tanto quanto superficial do nosso caso em questão, podemos observar que a dissolução deste complexo estava muito distante de se dar na vida de W.

Suas relações amorosas na vida adulta eram significativamente conturbadas. Envolvia-se com muitas mulheres, mas não conseguia formar par com nenhuma, além do que mais fortemente se ligava às mães: S. já era mãe de uma criança e E.M. mãe de três crianças. Podemos presumir que ele buscava reeditar sua história com a mãe, reedição última que resultou na morte literal, e não apenas fantasiosa daquele agente da Lei (figura da autoridade) que viera tentar lhe conter: “Todos que se aproximavam dele querendo chamar sua atenção, ele queria matar” afirmou sua amásia. Também o desejo do menino no Édipo é de matar o pai, pois este limita seu desejo.

“Bebo por revolta”, fala de sua não aceitação e de sua ré-volta, fazendo crescer sua porção agressiva, destrutiva, desenfreada: “Liga para minha mãe, peça a ela para vir me buscar.” “Vou fazer uma loucura, escreva um testamento para minha mãe dizendo que sou inexistente na vida dela”. Estas são as quase últimas palavras de W. no dia do crime e, com certeza, seu último pedido de socorro, selando aí sua “ré-volta” ao desejo infantil de possuir a mãe e sua “revolta” por não se encontrar existente, único e importante na vida dela.

Outros depoimentos vêm confirmar ainda mais esta idéia, mas presumo ser o momento de tentarmos articular tudo isto com um outro desejo na vida de W.: ser um PM. “Sempre quis ser um PM”. “Vou ser o primeiro lugar no Curso” e “Se um dia for expulso da Polícia, me suicido”. Estas são palavras de W. Mas por que ser um PM se transformou em questão de vida ou morte?

Podemos interpretar isto como a única saída encontrada por W. para seu conflito. Ser PM como o pai? Talvez sim. Mas, mais que isto: a lei, o limite é tão importante em nossas vidas, quanto o desejo. A lei é que nos permite dar contorno, dar forma, dar expressão de maneira adaptada aos nossos impulsos. Para W., ser polícia seria, talvez, a única maneira de se conseguir conter, manter preso “Oxum Caveira”, parcela grandiosa e tão ameaçadora de sua personalidade. É preciso que se entenda isto! Sendo PM, ele estaria submetido a uma série de normas, de regras que norteariam e delimitariam seu caminho. Melhor ainda, sendo PM ele se transformaria na própria lei e só esta lei poderia, então, sucumbir “Oxum Caveira”. Explica-se aqui porque tamanha aberração tenha passado tão despercebida por todos que conviveram com ele. “Oxum Caveira” fora mantido controlado sob esta lei gigante: PM.

Mas, mesmo incorporando a figura de autoridade, ainda assim, “Oxum Caveira” aparece, fruto de conflito afetivo com a amásia, e comete uma sucessão de atos não condizentes com a lei. Disto resulta sua punição e sua posterior remoção para B. Da suposição da punição, W. já ameaça: “vou dar baixa”, ou seja, “não suportarei ser interditado pela Lei”. Da punição, resta o apelo: “Prometo que isto não acontecerá mais, quero fazer carreira na PM”. Da ameaça de exclusão, reitera sua promessa: “Me suicido”. Traduzindo: “Sem lei não consigo mais conviver com Oxum Caveira”. Da remoção, resulta o seu distanciamento do Quartel, dos superiores hierárquicos, dos “pais autoridades” nos quais se amparava. E ele sabia de sua necessidade de permanecer na sede da unidade: “Se eles me mandarem para lá, vão se arrepender”. Na verdade, necessário era um Batalhão para lhe conter! Em B., Comandante de si mesmo, perdeu as rédeas. Com arma em punho, tornou real um desejo a ser simbolizado: matar o interditos!

“Se um dia for expulso da PM, suicido-me” Diante da fatalidade, não lhe sobrou outra alternativa.

Venceu “Oxum Caveira”, predominou pulsão de morte, imperou o ódio! W. teria escolhido assim? Feito sua opção pelo “mau”?

Toda esta análise visa mostrar que não. Ninguém faz opção de ser mau, perverso, de ser “Oxum Caveira”. O que somos é resultado de toda uma história de vida em que não passamos de um personagem, evidentemente de papel ativo, entre tantos personagens com os quais contracenamos. O fim da história depende do desenrolar da trama, ou melhor, depende da forma como cada um absorve as experiências pelas quais é sujeitoado e é sujeito, dizem, desde o útero materno.

Não existem, pois, culpados. Existe uma história triste em que o personagem principal não conseguiu mudar o seu desfecho. Existe uma tragédia em que o autor, quem sabe, tenha sido vítima de si mesmo.

AVALIAÇÃO

Importante salientar que, conforme fora apontado na análise do caso, não existem culpados. Mas, tamanha catástrofe que chegou a desmoronar dentro da Instituição não permite que esta se mantenha alienada do ocorrido. Necessário se faz compromissar com a questão e buscar possíveis falhas dentro da Corporação, falhas estas que permitiram o desenrolar dos acontecimentos até que se chegasse a uma tragédia.

Que fique claro que não se pretendem apontar responsáveis a serem punidos. Que fique claro que se pretendem apontar falhas funcionais a serem repensadas.

W., portador de distúrbios tão expressivos, jamais poderia ser um PM. Apesar dele ter idealizado a profissão como sua “tábua de salvação”, o porte de arma, certamente, sentenciaria sua desgraça, devido às características predominantes de sua personalidade. No mais, a Corporação é responsável pela ordem, pela segurança pública. Não poderia jamais submeter seu público a tamanho risco.

E W. entrou, subiu um a um os degraus que o levaram a integrar nosso Batalhão. Permitimos que ele aqui entrasse e permanecesse.

Reflitamos!

O primeiro degrau de um candidato é a entrevista com o PRS. Como estão sendo feitas as entrevistas? Seria necessária uma remodelagem, ou, seria necessário que o profissional de recrutamento e seleção recebesse um treinamento que o capacitasse a recrutar com maior precisão?

Um segundo degrau no qual ele poderia ter sido barrado, foi o levantamento feito pela P/2 de sua vida. Sua ficha diz que nada fora constatado que o impedisse de entrar para a Corporação. Necessário, então, rever o trabalho da P/2? Um candidato com o passado manchado, como as pesquisas posteriores vieram a confirmar, e nada se constata? Um familiar chega a confessar que, se interrogado fosse, seria contrário à idéia de sua inclusão. Há que se identificar os pontos de estrangulamento na confecção das fichas de investigação social, senão de nada adianta tão difícil e arriscado trabalho desenvolvido pelos agentes da P/2.

Em terceiro lugar, W. passa pela entrevista com Oficiais que, geralmente, já têm certo conhecimento da ficha do candidato. E por este filtro W. também conseguiu passar.

O Exame Psicológico é um instrumento de avaliação e comparação entre candidatos a uma vaga quando, por vezes, se tem a oportunidade de perceber a estrutura de personalidade do indivíduo e que tem a propriedade de avaliar o momento psicológico no qual se encontra o candidato. Como W. encontrava-se, na época do exame, imbuído de um ideal que o fortaleceu racionalmente, o teste apura sua dificuldade em exercer controle sobre seus impulsos e verifica que sua agressividade e impulsividade estavam, no momento, controladas. Como era candidato com bom nível intelectual e com potencial criativo, foi aprovado com bom conceito.

Aprovado nos exames, vence o primeiro lance da escadaria e passa, então, a frequentar o curso. Talvez, durante o curso, fosse realmente impossível perceber qualquer desvio em W., uma vez que ele estava naquela sede insaciável de introjetar leis, regras. Como todos diziam: “era muito enquadrado, disciplinado”. Na ocasião do curso, talvez houvesse apenas uma forma de se detectar algo: um acompanhamento psicológico. Na simples relação de professor/aluno, tendo em vista toda a complexidade do “Caso W”, fora impossível para a psicóloga perceber algo. Isto também precisa ser corrigido e necessário é que se reserve um tempo maior para dedicação da oficial psicóloga à Cia Escola.

Depois de integrado como Sd de primeira classe, W. deu o primeiro aviso, o primeiro sinal, que resultou na sindicância que não o excluiu, mas o puniu disciplinarmente e o removeu para o Distrito B. Fácil entender também a dificuldade do sindicante em dar seu parecer diante de tantas faltas subseqüentes que se chocavam completamente com a imagem do policial modelo e vibrador que, até então, W. sustentava.

Equívoco talvez tenha sido sua remoção para uma fração PM de apenas um soldado e um cabo onde, de certa forma, ele não teria “autoridade para comandá-lo”. Mister se faz também refletir sobre a remoção por punição, que difere, em alguns aspectos, da remoção por haver o policial ali, naquela localidade, comprometido sua imagem e a da Corporação. São palavras de revolta da viúva da vítima: “Passamos tanto tempo prejudicados pelo pequeno número de militares aqui e, quando a polícia manda alguém para cá, manda por castigo?” Em outras palavras ela quis dizer “o infrator veio cumprir sua pena aqui”? O que nós temos a ver com isto?”

É preciso estar atento às pequenas nuances apresentadas pela tropa. O “militar problema” capaz de atitudes impensadas e descontroladas revela um certo desequilíbrio sobre si. Necessita, então, mais que ser punido através da remoção para um lugarejo qualquer, ser cautelosamente comandado por um oficial observador e competente em sua função.

W. sabia que não daria conta de se manter saudável naquele lugar sem a presença de uma autoridade externa. E mais, num lugar de vida ociosa para um militar solteiro, onde ele não encontraria nenhum canal positivo para fazer escoar toda sua energia. Por isto relutou tanto a ir! E promete: “Eles vão se arrepender”. W. sabia do que era capaz, ou melhor, do que não era capaz de controlar em si.

Em B. também a PM falhou. Lá W. permaneceu 14 dias literalmente aprontando. Foi com a recomendação de um relatório mensal do Cmt de Fração sobre seu comportamento e, durante estes 14 dias, informação nenhuma de seu comportamento chegou à Unidade.

Depoimentos falam de um militar com alarmantes dívidas, resultado de excessivo uso de bebida alcoólica. Falam de um militar indevidamente trajado com short de banho, camisa amarrada na cabeça, descalço e revólver na cintura assombrando as ruas do lugarejo. Falam, ainda, de um militar que teria atirado na cabeça de uma vaca, quando solicitado para ajudar a matá-la. Por que nenhuma denúncia fora feita? Por que permitiram que assim procedesse sem buscar suporte na sede da Unidade?

É em direção a este rosário de falhas que devemos, todos, concentrar a atenção: ser paternalista, permissivo, dar crédito a um feitor de promessa que não sabemos se terá condições emocionais para cumpri-las, ser omissos... e tantas mais que não combinam com a seriedade da Instituição.

Para um bom funcionamento institucional, é fundamental comungarmos da ideologia do Comando, renovando o “compromisso com o resultado” do nosso trabalho, para que possamos, com sucesso, apreciar o “resultado do nosso compromisso”.

CONCLUSÃO

A Polícia Militar, Instituição composta por homens, cada vez mais necessita abrir suas portas para conhecer profundamente este ser que, tão costumeiramente, surpreende, revela, espanta.

O dramático acontecimento em B. deixou perplexidade, múltiplas dúvidas, porém, a certeza de que precisamos olhar e ver, escutar e ouvir e nos comprometer. Não se sustenta mais a alienação, não há mais espaço para caminhar com passos em ré.

Assim, este trabalho se dedicou, mais do que a tentar fechar quaisquer questões a respeito do ocorrido, dedicou-se essencialmente a incomodar. Incomodar a todos nós que corremos o risco de, em breve, esquecer-nos da monstruosidade que se operou... esquecer-nos de que um militar matou outro militar, que um militar se matou!

Matou e morreu, morreu e matou porque era “problemático”? Outros tantos assim não podem estar batendo às nossas portas, entrando e, aqui, avisando-nos, cada um a sua maneira, de que está prestes a cometer uma “loucura”? Estamos atentos a isto?

Este estudo terá atingido seus objetivos primeiros se, todo aquele que o ler, angustiar-se, inquietar-se, mexer na cadeira e buscar, então, mudar de posição!

REFERÊNCIAS

BLEICHMAR, Hugo. **Introdução ao Estudo das Perversões**. Teoria do Édipo em Freud e Lacan. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

EY, Henry - **Manual de Psiquiatria**. São Paulo: Editora Masson do Brasil Ltda, 1978.

3. FREUD, Sigmund. **Um caso de histeria**. Rio de Janeiro: Imago, 1979. p. 135-228: Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud), 7.

FREUD, Sigmund. **O caso Schreber**. Rio de Janeiro: Imago, 1979. p. 188-203: Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud), 12.

FREUD, Sigmund. **O ego e o id**. Rio de Janeiro: Imago, 1979. A Dissolução do Complexo de Édipo. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud), 19.

A PSICOLOGIA HOSPITALAR NO HPM

Elaine Maria do Carmo Zanolla Dias Souza

Capitão Psicóloga da PMMG

Mônica Margalith Henriques

Tenente Psicóloga da PMMG

Cláudia Pedrosa Soares

Tenente Psicóloga da PMMG

O HPM, Hospital da Polícia Militar, é uma referência importante para o militar e seus dependentes, não só da Capital, mas de todo o Estado de Minas Gerais. Este fato é reconhecido no meio médico em decorrência da excelência de seus serviços, ditados pela qualificação de seu corpo clínico e pela eficiência da organização administrativa de que dispõe.

A Psicologia veio se integrar a esse corpo clínico há 10 anos, quando um grupo de psicólogos, sendo três oficiais e dois civis, foram convidados a participar da CLIPPS, Clínica de Psiquiatria e Psicologia da Polícia Militar. Esse serviço ambulatorial foi crescendo e a demanda de se criar um trabalho específico a pacientes internados foi se tornando cada vez mais urgente. Em 1993, foi implantado o serviço de Psicologia Hospitalar que conta, atualmente, com três oficiais psicólogas compondo a equipe multidisciplinar.

Ao dar início a este trabalho perguntou-se qual seria a possibilidade do exercício da psicologia nesta Instituição de saúde e o que qualificaria esta clínica. Para tanto, se fez necessário pesquisar, primeiramente, o conceito de instituição e especificá-la no campo da saúde.

Segundo consta no dicionário Aurélio, Instituição é um o ato de instituir; criação; estabelecimento; associação ou organização de caráter social, educacional, religioso, filantrópico, etc... Estrutura decorrente de necessidades sociais básicas, com caráter de relativa permanência, e identificável pelo valor de seus códigos de conduta, alguns deles expressos em leis.¹

Rene Kaes, um dos autores do livro: *A Instituição e as Instituições*, afirma que, "... a instituição é, em primeiro lugar, uma formação da sociedade e da cultura; segue-lhes a lógica própria. Instituída pela divindade ou pelos homens, a instituição se opõe àquilo que é estabelecido pela natureza". Sem instituições, o mundo se constituiria apenas em relações de forças e nenhuma civilização seria possível.³

Ainda segundo esse autor, trata-se "do conjunto das formas e das estruturas sociais instituídas pela lei e pelo costume: a instituição regula as nossas relações, preexiste e se impõe a nós, ela se inscreve na permanência. Cada instituição é dotada de uma finalidade que a distingue das demais".

O hospital, como uma instituição, possui regras, normas, consignas, ordens dadas ao que chefia uma posição, técnica e procedimentos burocráticos estabelecidos de funcionamento, que estão na ordem do universal, isto é, feitos para todos. Podemos pensar, então, que a instituição está exatamente na contramão da subjetividade humana.

O que é necessário e prevalece na instituição hospitalar é o discurso da ciência, onde a observação do organismo humano é também realizada por aparelhos técnico-eletrônicos a cada dia mais sofisticados. Essas maravilhas tecnológicas fornecem uma quantidade enorme de informações essenciais ao bom funcionamento da máquina orgânica, mas não dizem nada do que se sucede à subjetividade .

As pessoas que procuram o hospital, expressam todas, mais ou menos explicitamente, um pedido especial: um pedido de cura. São pacientes que se apresentam para que lhes seja dada uma ajuda, um alívio de sua dor. A prioridade no atendimento ao paciente aponta para a cura do corpo biológico, com a necessária objetivação do discurso da ciência. Mas é evidente que nesse corpo ferido, que chega ao hospital suplicante por uma assistência, habita uma subjetividade. E é visando àquilo que há de subjetivo no Ser Humano que o psicólogo oferecerá o seu trabalho àquele que sofre.

Essa oferta feita pelo psicólogo diz da possibilidade de circular, também, na Instituição Hospitalar um outro saber, diferente do saber médico, um saber que vise ao inconsciente. Essa circulação de diferentes discursos possibilita uma troca de idéias, informações e práticas entre os profissionais, culminando na construção de uma equipe multidisciplinar. Portanto, uma prática pautada na multidisciplinaridade se faz necessária para possibilitar o trabalho do psicólogo dentro de uma instituição médica e paramédica, pois estamos cientes da impossibilidade de um trabalho psicológico isolado dos outros profissionais.

Retomando as questões iniciais, em que consistiria, teoricamente, essa prática da psicologia hospitalar?

Frente a uma pessoa hospitalizada, muitas respostas para o seu sofrimento, como a ciência e a religião, são possíveis. Pensou-se, então, que a Psicologia, atuante no hospital, poderia ser também uma das possibilidades de o sujeito encontrar um caminho para lidar melhor com o seu sofrimento.

Na prática, percebe-se que na maioria dos casos a internação em um hospital é uma vivência difícil não só para o paciente internado como também para seus familiares podendo propiciar uma desestabilização, já que nunca se está preparado para enfrentar as imprevisibilidades da vida. Nesses momentos, tudo aquilo em que o sujeito acreditava e vinha construindo no decorrer de sua vida, vacila e ele se vê frágil e sem recurso para lidar com o inesperado. A surpresa, o imprevisto, o acaso da doença, a possibilidade de morte, podem caracterizar um momento de crise.

Numa crise, a experiência traumática irrompe na vida da pessoa quebrando esse transcorrer natural. É um momento em que a pessoa não tem escolha, a mudança já aconteceu, o que existe é um antes e um depois. Ninguém está preparado para o encontro com o desconhecido que nos deixa sem palavras e propícios à emergência da angústia.

Nesse momento, o trabalho do psicólogo pode propiciar uma certa contenção da angústia, evidenciando que a pessoa não está sozinha em sua dor. Além do mais, não se trata apenas de escutar o que o sujeito diz, mas sobretudo de levar quem fala a se escutar, pois sabemos que à medida que se fala, também se ouve, podendo assim surgir algo novo em sua forma de lidar e vivenciar os imprevistos da vida que, muitas vezes, são mesclados de sofrimento.

O paciente internado percebe o hospital como um meio totalmente diferente de suas referências habituais e sociais. Ele terá que vivenciar a experiência de sua renúncia sob vários aspectos de sua vida, tanto no âmbito profissional quanto pessoal. Ele ficará, às vezes, afastado da família, dos amigos, de seus compromissos rotineiros e do lazer. Toda a sua rotina de vida se altera e a pessoa passa a vivenciar um verdadeiro estado de privação. Privado das condições necessárias à sua vida afetiva, sente-se ameaçado em sua identidade. Percebemos que a forma com que o paciente irá lidar com a renúncia e a privação estará relacionada à sua história de vida. O psicólogo poderá oferecer-lhe um espaço onde sua história possa ser resgatada.

No que se refere à prática do psicólogo hospitalar, há que se marcar as diferenças no trabalho realizado no consultório/ambulatório. No hospital, o encontro do paciente com o psicólogo se dá através de um terceiro: Instituição, equipe de profissionais da saúde e a família. Dificilmente é o paciente quem solicita a presença de um psicólogo, pois o que lhe é mais urgente e necessário é o alívio de sua dor física. Outra característica desse trabalho é que o psicólogo hospitalar terá que se confrontar com pessoas doentes também do ponto de vista orgânico, com o corpo violentado, familiares desesperados e desorganizados em sua dinâmica. Muitas vezes o psicólogo realiza os atendimentos em pé, ao lado do leito do paciente, nos corredores, na capela, tendo como testemunhas, às vezes, membros da equipe e de familiares.

O trabalho do psicólogo dentro de uma instituição hospitalar possibilita a presença de um discurso que aponta para a subjetividade do paciente. Discurso este diferente da posição médica e paramédica, que aponta, com sua clínica necessária, para a objetividade do corpo enfermo. Cada qual fazendo uso de seus próprios instrumentos de trabalho visando ao objetivo comum da vida do paciente. A equipe de médicos e paramédicos faz jus a uma tecnologia cada vez mais moderna, a uma farmacologia avançada e a uma ausculta apurada. O psicólogo, por outro lado, faz uso da linguagem e de uma escuta que aponta para a subjetividade humana.

A clínica da urgência da subjetividade é a clínica das pessoas que no momento do desespero não falam, não articulam a fala com o que vivenciam. E se não falam, sabemos que eles são passíveis de realizar atos impensáveis. Nesse momento que faltam as palavras, o psicólogo poderá emprestar as suas próprias palavras àquele que sofre, possibilitando que o paciente articule com suas falas sua vivência de angústia criando um sentido peculiar ao redor de sua dor, propiciando que sua vida continue apesar do sofrimento e não por causa dele. Além disso o psicólogo pode favorecer a expressão de fantasias, medos e conflitos de modo que possam ser expressados e elaborados pelo paciente, família e a própria equipe multidisciplinar que ali trabalha.

Assim é da competência do psicólogo hospitalar avaliar a dinâmica que se configura nessas relações, realizando intervenções que possam facilitar a organização destas, propiciando, assim, que o paciente participe de seu tratamento, assuma as suas devidas responsabilidades diante de sua história de vida e passe da posição de paciente-passivo para paciente-ativo, ativo de si mesmo.

REFERÊNCIAS

1. FERREIRA, Aurélio B. H. **Dicionário aurélio básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995. 687 p.
2. GRINBAUM, Gabriela et al. **Registros. Psicoanálisis y Hospital clínica en Ia Institucion**. Buenos Aires: Tomo violeta La, Ano 1. 1991. 72 p.
3. KAËS, René et al. **A Instituições e a Instituição; Estudos Psicanalíticos**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1991. 171 p.
4. MOURA, M. D. et al. **Psicanálise e Hospital**. Belo Horizonte: Revinter. 1996. 118p.

FILOSOFIA DE RECURSOS HUMANOS NA PMMG: CRÍTICA E ANÁLISE

Andrea Cury

Tenente Psicóloga da PMMG

Carla Mara Mendes Moreno

Tenente Psicóloga da PMMG

Adriana Mesquita

Tenente Psicóloga da PMMG

Vânia Aparecida Botega

Tenente Psicóloga da PMMG

Cleanice Mariani da Silva

Subtenente da PMMG

Colaborador:

Dian Carlo Pimentel Miranda

Tenente Psicólogo da PMMG

1. INTRODUÇÃO

As prioridades organizacionais transformaram-se ao longo da história, adequando-se às novas demandas de um mercado cada vez maior, mais dinâmico e mais complexo.

Atualmente, com a evolução do pensamento administrativo e das ciências comportamentais, as organizações estão despertando para o verdadeiro diferencial competitivo: as pessoas.

As pessoas constituem o recurso dinâmico das Organizações; nelas está inserido o potencial de mudança, de aprimoramento, de inovação que a Organização pode alcançar. Sob quaisquer contextos ou desafios, as pessoas são a base da excelência organizacional.

Na era da informação, onde as descobertas científicas e tecnológicas são lançadas simultaneamente em todas as partes do globo, onde máquinas se tornam rapidamente obsoletas e a concorrência sofisticada-se a cada dia, a capacidade de percepção e desenvolvimento do potencial criativo do homem é que determinará o sucesso das organizações.

1.1 Apresentação

Nenhuma organização pode ser mais sólida que as pessoas que a conduzem.

Os paradigmas clássicos acerca da natureza limitada do homem estão caindo em resposta aos novos desafios de uma época marcada por intensas transformações.

A tese básica deste trabalho é tentar explicitar políticas de recursos humanos usualmente empreendidas nas Organizações que podem ser implementadas às políticas já existentes na Organização PMMG. Tentamos refletir sobre a vida desta Instituição.

Ao longo do trabalho, percebemos algumas pessoas desmotivadas, bloqueadas quanto ao seu potencial pessoal e profissional, que não contribuem para a evolução da Organização.

A PMMG apresenta um enorme potencial de crescimento, e passa por momentos atuais difíceis, em que toda sua estrutura está sendo revista. Encontramos alguns problemas de desvio de conduta, insatisfações, falta de recursos operacionais, críticas da imprensa, etc. que contribuem para gerar um clima instável.

Existe uma necessidade de mudança. Mas mudar como? Essas e outras reflexões se fazem necessárias.

1.2 Justificativa

Optamos pelo desenvolvimento deste tema por sua essencialidade. Em nosso trabalho, percebemos claramente a necessidade de atividades que estão relacionadas ao tema Recursos Humanos nas Organizações.

Na PMMG, as políticas de Recursos Humanos estão sendo implementadas gradativamente, quando o psicólogo e outros profissionais gerenciadores de recursos humanos devem atuar auxiliando na eficácia e efetividade destas.

Encontramos nos grupos de trabalho alguns relacionamentos insatisfatórios entre chefia e subordinado, entre colegas de trabalho, falhas na comunicação, desvalorização pessoal e profissional, falta de reconhecimento, baixos salários, etc., o que nos comprova a necessidade do desenvolvimento dessas políticas de recursos humanos.

Uma Organização ao modernizar suas instalações, importar tecnologia e equipamentos de última geração ou implantar “pacotes” de qualidade sem mudar a mentalidade e a atitude das pessoas em relação ao trabalho não “evolui”.

Deve-se atentar para o descomprometimento e insatisfações dos funcionários gerados por motivos gerais, pessoais ou profissionais, que podem contribuir para uma queda da Organização.

1.3 Objetivos

O objetivo principal deste trabalho é fazermos uma reflexão do caráter multiplicador das deficiências na Administração de Recursos Humanos e como estas deficiências constituem o cerne de outros problemas organizacionais, levando a uma conscientização e sensibilização sobre os aspectos relacionados ao tema RH para incentivar o estudo e posteriormente a sistematização das diversas atividades de RH, algumas já existentes, na Organização.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Empresa Tradicional

A estabilidade e previsibilidade características do contexto vigente até a primeira metade do século, propiciaram as condições ideais para o aparecimento do chamado “modelo clássico” de administração, idealizado por TAYLOR e FAYOL, respectivamente, nos Estados Unidos e França. Era o começo da teoria administrativa. TAYLOR, através dos tempos e movimentos propôs a chamada “administração científica” baseada na racionalização e divisão do trabalho. FAYOL foi responsável pelos princípios-universais de

administração, tratando a organização sob seu aspecto global. O modelo TAYLOR-FAYOL era totalmente prescritivo e normativo.

O segundo passo na teoria administrativa foi dado por Max Weber, com seu modelo burocrático de organização. A teoria da burocracia consistia na adequação forçada dos meios aos fins. O funcionamento da empresa foi detalhadamente descrito com todos os seus resultados previstos e imprevistos: a organização devia funcionar como um sistema fechado.

O tripé Taylor-Fayol-Weber dominou fundamentalmente o conceito da grande empresa.

Grande parte de nossas empresas de hoje foram criadas na década de 50, auge dos modelos clássico e burocrático.

Porém, os tempos mudaram e o modelo clássico, que tanto sucesso apresentara, já começava a dar sinais de enfraquecimento.

2.2 O Comportamento Humano nas Organizações

A administração sempre foi fortemente determinada pelas suposições e crenças que os administradores têm acerca da natureza e do comportamento das pessoas dentro da empresa, isto é, o que se conhece como “cultura da organização”.

A teoria comportamental surgiu no final da década de 50 em questionamento ao modelo clássico de administração. MAC GREGOR- (1960) utilizou, com muita propriedade, duas concepções antagônicas sobre a natureza humana: a teoria “x” ou teoria tradicional e a teoria “y” ou teoria moderna.

A teoria “x” pressupõe premissas incorretas e distorcidas sobre a natureza do homem. Segundo esta teoria, as pessoas são naturalmente preguiçosas e indolentes, evitam o trabalho e procuram o menor esforço possível. Não gostam da responsabilidade e preferem ser controladas e dirigidas, não têm iniciativa ou ambição e são incapazes de ter idéias próprias.

No outro extremo, as pressuposições da teoria “y” são que as pessoas são esforçadas e gostam de trabalhar, procuram responsabilidade e desafios. As pessoas são criativas e capazes de ter idéias inovadoras.

Os empresários e dirigentes que adotam a teoria “x” administram com estilo rígido e autocrático, limitando as pessoas através de controles constantes e padrões pré-estabelecidos. O sistema usado é o de recompensa - punição.

2.3 A Administração de Recursos Humanos

A Administração de Recursos Humanos (ARH), por tratar do gerenciamento de pessoas, implica necessariamente, uma enorme multiplicidade de campos cognitivos. Administrar recursos humanos envolve conceitos de Psicologia, de Engenharia, de Direito, etc.

A administração de pessoas é uma tarefa presente em todas as áreas e níveis da organização, uma vez que qualquer outro recurso exige a presença do homem para seu processamento. Assim, a ARH é uma responsabilidade de linha, a ser compartilhada por cada chefe ou gerente e um órgão de ‘staff’, que, além de orientar e definir critérios, responsabiliza-se pelos serviços especializados e de suporte.

Segundo (CHIAVENATO,1992), a ARH é constituída de cinco subsistemas, a saber: suprimento, aplicação, manutenção, desenvolvimento e controle de recursos humanos, consistindo no planejamento,

organização, desenvolvimento, coordenação e controle de ações capazes de conquistar e manter pessoas na organização.

A atuação da Administração de Recursos Humanos começa na captação do profissional no mercado através do recrutamento e seleção. Escolher as pessoas certas é de fundamental importância, pois bem selecionadas e bem posicionadas, não somente contribuem para o melhor funcionamento das empresas, como também constitui um significativo potencial de que a empresa irá dispor.

Os recursos humanos, uma vez inseridos na Organização, necessitam da função educadora da ARH, de preparação, aperfeiçoamento e desenvolvimento.

O trabalho que uma pessoa executa é uma das maiores fontes de expectativa e de motivação na empresa. A natureza do trabalho, sua importância no contexto organizacional, as responsabilidades e desafios que ele apresenta influem diretamente no desempenho.

Os benefícios sociais constituem outra parcela importante do sistema de compensação. São meios que a empresa tem de trabalhar no campo dos fatores insatisfatórios, que são aqueles cuja presença não aumenta necessariamente a motivação, mas sua ausência é fator certo de desmotivação.

Os objetivos da ARH derivam dos objetivos da organização inteira e são:

1- Criar, manter e desenvolver um contingente de Recursos Humanos com habilidade e motivação para realizar os objetivos da organização.

2- Criar, manter e desenvolver condições organizacionais de aplicação, desenvolvimento e satisfação plena dos Recursos Humanos e alcance dos objetivos individuais.

3- Alcançar eficiência e eficácia com os Recursos Humanos disponíveis.

Enfim, a ARH é responsável pela maneira como o ambiente de trabalho é moldado e estruturado, o que influencia poderosamente na qualidade de vida das pessoas e conseqüentemente no funcionamento da Organização que é onde as pessoas trabalham e passam a maior parte de suas vidas.

2.4 Cultura, Clima Organizacional

O clima organizacional em uma empresa nada mais é do que o retrato de sua cultura e da dinâmica com que a organização implementa mudanças organizacionais. A cultura e o clima organizacional estão, portanto, intimamente ligados, pois qualquer tentativa de alterar o clima esbarra na cultura enraizada, que reflete, basicamente, no seu sistema de normas e valores, nas formas de comunicação e no exercício da autoridade.

Cada Organização tem seu próprio estilo, sua própria maneira de ser e, por conseqüência, sua própria “personalidade”, porém são as pessoas que compõem as organizações que, integradas e inteiradas, criam, transmitem e mantêm a cultura nas organizações. Assim, a cultura organizacional tem como resultante global o clima organizacional que, por sua vez, tem suas variações de “temperatura” devido a fatores internos e externos à organização, que transmitem a situação momentânea do dia-a-dia e, conseqüentemente, refletem no desempenho global da empresa, pois a sua interpretação é realizada por diversos fatores que envolvem a totalidade da organização.

2.5 A Comunicação Interna

A visão do subordinado é diversa da do chefe, pois divergem as alçadas decisórias, as variáveis situacionais, as percepções e as expectativas. Sob este aspecto, a boa comunicação na empresa é fundamental, pois as falhas e distorções podem repercutir negativamente sobre os funcionários. Além disso, a informação negligenciada, seja em nível vertical ou horizontal, pode causar erros e problemas no processo de trabalho. É essencial que o ocupante tenha as informações necessárias à execução e entendimento de suas funções, assim como à conscientização acerca do contexto global da empresa e sua respectiva posição.

A comunicação é, ao mesmo tempo, geradora e reguladora de conflitos. Geradora quando é falha, mal interpretada ou deficiente. Reguladora quando é clara, objetiva e acessível. Um fluxo de comunicação eficiente em toda a organização é um poderoso instrumento para tratar os efeitos negativos dos conflitos, pois quando a informação correta está disponível à hora e lugar em que dela se precise, e quando flui facilmente entre os departamentos, promove a integração entre as pessoas e entre estas e a Organização, criando um clima saudável, onde as idéias e decisões são discutidas em conjunto.

2.6 A Importância da Liderança

O nível de participação do grupo depende do modo como o líder utiliza seu poder de autoridade. Quando este centraliza a decisão, declina a participação grupal. Quando utiliza menos sua autoridade, estimula o envolvimento da equipe na solução dos problemas. O comportamento do líder em relação ao exercício decisório pode ser o de decidir, informar e persuadir, buscar sugestões para decidir, envolver o pessoal na decisão ou transferir a decisão para o grupo. Acredita-se que não há um só estilo presente em um líder. Trata-se da liderança situacional onde o líder comporta-se conforme as características dos liderados e do contexto em questão. A liderança presume a capacidade de motivar as pessoas a fazerem aquilo que precisa ser feito. Assim, a liderança eficaz é essencial na consecução dos objetivos organizacionais.

2.7 A Nova Empresa

Um clima organizacional pobre e dominador implicará resultados pobres e limitados. Porém, se a Organização funciona como um meio estimulador de novas idéias, chegará a resultados sinérgicos muito mais compensadores. A nova empresa, sensível a uma sociedade em mudança, é aberta, flexível, voltada para objetivos e resultados e preocupa-se, acima de tudo, com “gente”. As transformações são, hoje, a tônica da estratégia de mercado para assegurar sobrevivência e expansão. O desenvolvimento econômico e social depende da gerência inovadora. As deficiências neste campo é que irão explicar os conceitos de subdesenvolvimento. Organizações e países subdesenvolvidos são na verdade empresas e países subadministrados.

2.8 Processo de Mudança

Mudança significa sobrevivência: quem não é adaptável não sobrevive, pois torna-se rapidamente superado. Mudança inovadora corresponde à expansão e desta depende basicamente o desenvolvimento humano.

A resistência às mudanças nasce da dúvida, das incertezas, sendo a mudança então interpretada como uma ameaça. Muda-se para atender a eficácia nos resultados, para atualizar a Organização e muda-se para crescer.

A necessidade de mudança pode passar despercebida pelas melhores lideranças, limitadas que estão pela cultura da Organização. Neste caso, consultores externos podem dar valiosa contribuição por

estarem isentos da contaminação do ambiente interno. Uma mudança organizacional desencadeia uma série de modificações subseqüentes, exigindo planejamento e organização globais. Não se pode pensar em mudar sem uma estratégia geral ou corre-se o risco de expor a Organização ao fracasso.

3 METODOLOGIA DO TRABALHO

A metodologia principal utilizada para se chegar à análise apresentada neste trabalho foi centrada na “escuta” e na observação empírica.

Durante alguns anos de trabalho na Instituição, especificamente na área de Psicologia, colhemos informações trazidas pelas diversas pessoas da Organização, fossem do quadro de oficiais ou do quadro de praças que, aliadas à convivência diária e à observação crítica das práticas e problemas cotidianos vividos nesta Organização, nos permitiram chegar às conclusões que ora apresentamos.

4 RESULTADOS OBTIDOS, COMENTÁRIOS E ANÁLISE

Após sistemáticas observações, foi possível a seguinte análise da situação atual da Instituição.

4.1 Como está o paradigma?

Os paradigmas acerca da gestão administrativa, aqueles praticados em relação às pessoas são os de maior influência nos rumos da Organização, uma vez que ele são reproduzido em todos os processos de todas as áreas.

O paradigma daqueles que possuem o poder decisório na Organização determina sua filosofia e cultura que agem diretamente sobre as pessoas, determinando então suas atitudes frente ao trabalho.

Se o funcionário não se sente respeitado como pessoa, conseqüentemente não age como parte da empresa, produz abaixo de sua capacidade, desperdiça recursos, ignora custos, torna-se pouco criativo e omite idéias por medo ou desinteresse, não se preocupa com a imagem da empresa perante terceiros, influencia negativamente uns aos outros, falta ao trabalho, reclama constantemente, criando um clima de insatisfação, cria “sintomas”.

O paradigma que sustenta a filosofia e políticas adotadas pela Organização PMMG é a hierarquia e disciplina, pilares importantes de sustentação da Instituição.

A comunicação informal, os “chavões” presentes na Organização apontam para os paradigmas das instituições, assim é importante estar atento e refletir sobre as frases como:

- “manda quem pode , obedece quem tem juízo”;
- “basta ter o projeto pronto na gaveta”;
- “para que mudar”? (conformismo);
- “us pequenos obedecem Us grandes”;
- “a corda arrebenta sempre do lado mais fraco”;
- “os incomodados que se retirem”;
- “tudo é para ontem”.

Quando a filosofia da empresa centra-se na execução das ordens (custe o que custar) sem oferecer os “recursos” necessários, provavelmente pode acarretar certo comprometimento da própria prestação de serviço de qualidade tão desejada.

4.2 Como estão as pessoas e o clima organizacional?

A estabilidade que a instituição oferece funciona como meio de sustento dos funcionários a si mesmos e a própria família, preservando-os no trabalho.

A Organização conta com algumas pessoas desmotivadas, mas com uma expectativa quanto a futuras mudanças.

O clima é entretanto instável e as pessoas estão ora muito envolvidas com o trabalho, ora pouco envolvidas com ele.

Existem pessoas acomodadas que prejudicam a evolução da Organização, bem como outras que se preocupam com ela.

É possível verificar uma incidência de um quadro de pessoas com doenças psicossomáticas: desvio de conduta, reclamações constantes, estresse, alcoolismo, baixa auto-estima, etc., cabendo uma reflexão.

Percebemos que em meio a instabilidades e mudanças, ocorrem queixas quanto ao “abuso de poder”, prejudicando o clima organizacional, a relação infra e interpessoal, comprometendo os valores básicos da Instituição, a disciplina e a hierarquia.

4.3 Como está o planejamento?

Há um planejamento formal. Há uma declaração de missão da Organização. São claros os objetivos organizacionais, mas nem sempre são bem comunicados, comprometendo a sinergia e melhores resultados.

Normalmente as mudanças surpreendem a Organização, levando os funcionários a trabalharem e decidirem sob pressão do tempo, podendo comprometer os resultados, gerando sentimentos de frustração em massa.

4.4 Como está o comando?

O quadro de gerências é composto, exclusivamente de oficiais superiores que possuem grande conhecimento conseguido ao longo do trabalho na Organização.

Apesar da estrutura hierárquica, as chefias das diversas áreas procuram trabalhar em busca do resultado cabendo a elas uma maior integração, independente do rodízio de chefias.

As chefias são os pilares da Organização e quando há maior flexibilidade de pensamento e ação é possível controle através da liderança e não da autoridade.

4.5 Como está a comunicação?

Hoje as empresas reestruturam e reformulam seus meios de comunicação, procurando atingir cada vez mais seus públicos interno e externo.

A falta de conhecimento muitas vezes transforma-se em informações incorretas que refletem em

problemas futuros. Comunicações truncadas ou mal entendidas estouram em diversos conflitos intergerenciais e entre chefias e subordinados. O excesso de burocracia em especial, dificulta e, às vezes impede que a informação chegue a seu objetivo.

A comunicação interna na PMMG é formal e burocrática, fatores que podem impedir a efetividade do objetivo da informação.

O feedback positivo pode ser usado como forma de aumentar o moral de tropa. Concluímos que a comunicação não deve ser geradora de conflitos.

4.6 Como está a estrutura?

A Organização cresceu muito e sem manutenção dos recursos necessários ao seu bom funcionamento. Em termos globais, considerando o seu porte, carece de modernização, está sendo sucateada pelo Estado, e vive com a ajuda das prefeituras, do comércio e da população.

Temos equipamentos antigos, que limitam as atividades operacionais e administrativas.

5 SUGESTÕES

- A Organização necessita de uma revisão no processo de profissionalização, de um investimento em reciclagem do seu pessoal.

- Ao planejar, a Organização deveria levantar os recursos de que dispõe. Sugere-se fazer um levantamento sistemático do potencial humano disponível e suas características, assim como dos processos globais, a fim de identificar os pontos ou áreas que deverão ser trabalhados com prioridade.

- Sugere-se a elaboração e implantação de um programa generalizado de treinamento e desenvolvimento de pessoal que deve iniciar-se pelas Chefias e estender-se até o nível operacional. Este programa de treinamento deve abordar aspectos ligados à relação humana e a conscientização dos conceitos de hierarquia e disciplina.

- Redefinir perfis profissionais e desenvolver uma estrutura de remuneração e benefícios atrativa e direcionada para resultados.

- Pode-se adotar um sistema de reuniões de integração entre as chefias no qual metas e conflitos sejam discutidos abertamente, incentivando a melhoria dos fluxos de comunicação em toda a Organização. Realizar reuniões com a tropa periodicamente.

- A direção deveria dar maior autonomia aos comandantes e incentivar a descentralização e a delegação de poder, criando-se um sistema no qual sejam consideradas as opiniões e sugestões dos que estão próximos dos problemas. “Dentro de qualquer estrutura profissional, ninguém melhor para detectar necessidades inerentes aos departamentos que as pessoas diretamente envolvidas nas tarefas finais”.

- Na medida do possível, um esforço concentrado deve ser empreendido no sentido de eliminar critérios políticos e não profissionais de administração, (como adquirir recursos dependendo da boa vontade de alguns e de ficar devendo favor à população, prefeitura, juízes, etc.) prejudicando a atuação profissional.

- O sistema de recrutamento e seleção precisa ser reformulado para dispor de condições e tempo suficientes à captação e seleção de bons profissionais que estejam realmente dispostos a contribuir e

desenvolver-se na Organização. Redefinição do papel do Centro de Recrutamento e Seleção (CRS).

- Criação de um departamento de Recursos Humanos com autonomia e poder de decisão.
- As pessoas precisam estar identificadas com a Instituição e, para isso, a direção precisará de um investimento maciço em recursos humanos.
- Após tratar seus problemas mais graves e conseguir o comprometimento das pessoas, a empresa deveria iniciar a implantação de um programa de qualidade total e modernização de equipamentos que lançaria a Organização efetivamente nos novos tempos.

O que deve ficar claro é que qualquer ação empreendida pela Organização, que não passe primeiro pela melhoria do clima organizacional e pelo envolvimento dos empregados, estará sujeita a pequenos resultados práticos.

Qualquer mudança deverá ser endossada primeiro pelo alto comando.

- Será necessário um esforço concentrado e integrado para modernizar a Corporação. Sugerimos abaixo, um programa de reciclagem situacional para todos os oficiais focalizando a predisposição a mudanças:

a) Objetivo:

- Familiarizar as chefias com as técnicas modernas de direção eficiente de equipes.
- Capacitar os chefes a desenvolverem programas de aprendizagem no próprio trabalho, como parte integrante de sua função.
- Integrar as chefias em direção a resultados organizacionais.

b) Temário sugerido:

- Que é ser chefe eficaz?
- Os instrumentos essenciais da chefia: equipe e delegação de autoridade.
- O relacionamento humano. Como obter a cooperação do pessoal?
- O que deve ser ressaltado é que não se trata de promover cursos, seminários ou qualquer iniciativa puramente formal. Trata-se de uma metodologia ativa, em que a instrução é essencialmente requerida à aplicação imediata.
- São, portanto, os indicadores e esquematizadores que embasam um trabalho de reformulação de políticas, de revisão de processos, de reorganização de recursos e definição de novos estilos de trabalho.
- No decorrer deste processo que deve ser, necessariamente participativo, os problemas organizacionais emergirão e devem ser tratados em suas causas e não somente em seus “sintomas”.
- O investimento nas pessoas e o acompanhamento dos resultados devem ser contínuos.
- Sugerimos também que sejam utilizados os trabalhos e pesquisas existentes na Academia que abordam esse tema.

- Que fosse lançado um projeto piloto em um ou dois batalhões para que iniciem essas sugestões apresentadas.

- Que seja realizado um diagnóstico organizacional com um consultor externo para fazer um levantamento do clima institucional.

- Propõe-se a criação de uma comissão para estudar uma forma de alinhar as atividades de Recursos Humanos dispersas na PMMG.

O fato é que a Organização precisa se modernizar. Estamos sugerindo um caminho, que é aquele que passa pelas pessoas, pois só se moderniza uma empresa se modernizarmos primeiro a mentalidade das pessoas, únicos recursos capazes de criar situações novas, de transformar ameaças em oportunidades.

6 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Quando falamos que as deficiências na Administração de Recursos Humanos podem comprometer toda a Organização, estamos propondo que, apenas a intenção, ou mesmo a luta pela chamada excelência empresarial, pela mudança, sem a consideração da dinâmica do comportamento, importa em resistência, manifestada sob a forma de antagonismos, de ressentimentos, de descomprometimento, do sentimento de estar sendo explorado ou omitido. Tratar problemas operacionais sem resolver os problemas humanos que causam as limitações operacionais é tratar de sintomas apenas.

Quando o ser humano é desacreditado e colocado à mercê das preocupações organizacionais, quando tem sua natureza limitada por sistemas de poder ou de dominação ideológica, torna-se negativamente contagiante, à medida que influencia o grupo, como efeito de uma onda que atinge toda a empresa.

A direção da Organização, estando atenta a esses aspectos, consegue alcançar mudanças necessárias e importantes para o sucesso empresa.

Abaixo, algumas recomendações de (MOSCOVICI, 1988) para uma mudança eficaz:

a) Para se mudar uma Organização é necessário que aqueles que a dirigem liderem a sua mudança e comprometam-se verdadeiramente com ela.

b) Para se mudar uma Organização, o esforço deve ser uma operação do tipo “faça você mesmo”, da qual todos devem participar.

c) Para se mudar uma Organização, é essencial ver, compreender e conseguir comprometimento de todas as pessoas.

d) Para se mudar uma Organização, é necessário proceder de uma maneira planejada, seqüencial e ordenada.

e) Enfim, para se manter os resultados positivos de uma mudança, é necessário um acompanhamento e aperfeiçoamento contínuo, para identificar e tratar novos focos de problemas, assim como flexibilidade e busca constante de inovação a fim de evoluir com os novos conceitos e paradigmas da sociedade.

REFERÊNCIAS

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos humanos** compacto. São Paulo: Compacta, 1992.

_____. **Gerenciando Pessoas**. São Paulo: Makron Books, 1992.

HERSEY, P. E BLANCHARD, K. H. **Psicologia Para Administradores de Empresa**. São Paulo: Edusp. 1997.

MAFOS, Francisco Gomes de. **Gerência Participativa**. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército.1980.

NASCIMENTO, Rosilene S.. **Miopia em RH quando o cego não quer ver**. Belo Horizonte, 1995. (Monografia de pós-graduação apresentada na UFMG-FACE CEPEAD).

MOSCOVICI, Fela. **Renascença organizacional**. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

PAGÉS Max et al. **O poder das organizações**. São Paulo: Atlas, 1990.

SOARES, Kátia. **Planejamento Estratégico. Ser humano**, n. 121, julho 1997.

RECURSOS HUMANOS NA PMMG

Roberval das Neves Chaves

Tenente Psicólogo da PMMG

Sobre Recursos Humanos, não trago aqui nada que já não tenha sido dito ou escrito. Talvez a única coisa criativa seja a minha escolha de uma ou outra referência dentre as milhares que existem na literatura.

Como implantar e promover o desenvolvimento de pessoas e organizações? Se formos pesquisar a literatura, existe uma quantidade de dados e informações avassaladores.

Mas como implantar o desenvolvimento de pessoas e da organização PMMG e um caminho novo, onde cabe muita produção criativa.

Quando penso em como implantar Recursos Humanos, meu primeiro questionamento é o que vem a ser Recursos Humanos.

Vamos tentar algumas definições:

Segundo Drucker (1981) ,

As empresas comerciais - bem como as instituições de serviço público - são órgãos da sociedade. Não existem para si mesmas, e sim para cumprirem uma finalidade social específica e para satisfazerem uma necessidade específica da sociedade, da comunidade ou do indivíduo. Não são fins em si próprias, mas meios. Devem ser administradas de forma que se “proporcione o máximo alcance a potencialidade e responsabilidade do indivíduo, mas que, ao mesmo tempo, determine uma direção comum da visão e dos esforços, estabeleça o trabalho em equipe e harmonize as metas de cada um com o bem estar comum.

É nessa estrutura de idéias, conceitos e contingências que se dará a definição de Recursos Humanos.

Existem na literatura definições e localização em organogramas do setor de Recursos Humanos, mas administrar com Recursos Humanos é antes de tudo uma estratégia que não é antes localizável, fragmentável, setorizada, e uma estratégia habita as pessoas e não suas funções.

Ducker (1981) afirma que a organização que pretenda focar os objetivos traçados para ela “exige uma autoridade de decisão bem clara. Exige que se resolva definitivamente quais decisões são expressas e onde”. Tais objetivos e decisões são explicitados nas políticas que representam a estratégia organizacional, e significam um comprometimento com ações através das quais a organização cumpra sua missão.

As políticas de Recursos Humanos traduzem valores que são realmente importantes para a organização e tornam possíveis a concentração de recursos, esforços e instrumentos gerenciais para a consecução dos objetivos definidos. Além do mais, são as políticas que fomentam a gestão ou administração dos recursos humanos, e, no entanto, as políticas por si só não fazem a organização

acontecer. A definição de uma política para determinada área da organização orienta os critérios para a tomada de decisão, no entanto não garante a sua operacionalização só pelo fato de estar definida.

A implantação de uma política, em qualquer setor, depende muitas vezes de modificação em processar e, principalmente, da mudança de atitudes e de comportamento do fator humano. A PMMG tem políticas de gestão de Recursos Humanos? Sim, e passo a demonstrar.

Conceituo aqui políticas de Recursos Humanos na PMMG como sendo o conjunto de metas traçadas pelo Comando-Geral em relação ao servidor, concernentes a recrutamento e seleção, ensino profissional, treinamento e especialização profissional, saúde, educação, assistência familiar, aposentadoria e condições ideais de trabalho.

A preocupação do Comando-Geral da Corporação com as Políticas de Recursos Humanos tornou-se mais evidente no comando do coronel Leonel Archanjo Affonso, com a divulgação, em 1985, do documento “Políticas do Comandante-Geral - Diagnósticos, Pressupostos e Diretrizes”, no qual foi feita a abordagem sobre a situação da PMMG no contexto social. Foram listadas as principais dificuldades encontradas para a busca da qualidade e, para finalizar, foram traçadas cinco diretrizes com seus respectivos objetivos, metas e ações para a superação dessas dificuldades e dentre estas se destaca:

Desenvolvimento de adequada política de Recursos Humanos, com vistas à satisfação dos anseios e aspirações identificados no meio profissional, em busca do aprimoramento e valorização do homem, através da revisão, atualização e correção dos mecanismos reguladores do acesso, recompensas, remuneração e movimentação de pessoal, ajustando o interesse do homem aos interesses da organização.

Em 1992, o Coronel José Eustáquio Natal edita outro documento relativo as políticas a serem adotadas na Corporação. Foram estabelecidas sete políticas de ação, sendo uma delas denominada Políticas de Recursos Humanos e Ensino, com tópicos de gestão, treinamento e desenvolvimento de recursos humanos, etc.

Em 1995, o Comando-Geral edita outro documento de metas que não traz nada de substancialmente novo em relação aos anteriores.

Espero ter demonstrado com esses poucos exemplos que a política de Recursos Humanos onde se ancoraria a fundação de um setor que centralizasse a Administração de Recursos Humanos já existe. E, neste momento de fundação, fazer uma análise crítica da qualidade desta política é precipitado e pouco tático.

Além da constatação óbvia de que as políticas acima elencadas tiveram uma efetivação pequena e que esta baixa resolutibilidade teve como causa principal o fato de não haver uma definição clara de quem vai fazer o que, quando e com que recursos, qual outro fator justificaria se pensar numa equipe para implementar a política de Recursos Humanos?

Aqui vou me ancorar na pesquisa do Tenente-Coronel Severo, “Ideologia e cultura organizacional na Polícia Militar”, na qual, dentre seus vários achados, destaco os seguintes:

- Clima organizacional pobre, onde questionamentos e criatividade são restringidos;
- Pouca atenção dada ao atendimento das necessidades, aspirações e objetivos dos integrantes da organização;

- Ambiente de trabalho que não valoriza, através de benefícios, o desenvolvimento humano e profissional;

- Onde o mundo e a vida organizacional do militar passam a ter como traço marcante a incongruência.

E o resultado de viver com a cabeça separada do corpo e brigada com o coração e uma vida sem produtividade e onde, no dia-a-dia, tem-se como companhia: o cansaço, a tristeza, a depressão e a ansiedade.

A transformação da cultura organizacional requer um investimento maciço em desenvolvimento nas lideranças e a implementação de amplo trabalho de renovação organizacional (estrutura, tecnologia, recursos humanos e logísticos).

Termino citando Paulo Freire:

E fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática.

Penso que é através do desenvolvimento de Recursos Humanos que chegaremos a tal situação.

REFERÊNCIAS

DRUCKER, Peter Ferdinand. **Fator humano e desempenho**. São Paulo: Pioneira, 1991.

Minas Gerais. Polícia Militar. **Políticas do Comandante-Geral**: diagnóstico, pressupostos e diretrizes. Belo Horizonte, 1985.

Minas Gerais. Polícia Militar. **Política para Ação de Comando**. Belo Horizonte, 1992.

Minas Gerais. Polícia Militar. Programa de Ação de Comando: quadriênio 95/98. Belo Horizonte, 1995.

SILVA NETO, Severo Augusto da. **Ideologia e Cultura Organizacional da Polícia Militar**. Belo Horizonte, 1995.

NORMAS EDITORIAIS PARA PUBLICAÇÃO DE TEXTOS NA REVISTA DE PSICOLOGIA, SAÚDE MENTAL E SEGURANÇA PÚBLICA.

A Revista editada pela Polícia Militar de Minas Gerais tem o objetivo de publicar pesquisas, ensaios, artigos científicos ou filosóficos, ou matérias que contribuam para o desenvolvimento tecnológico e qualificação de pessoal no campo da preservação da ordem pública, nas diversas áreas do conhecimento.

As propostas de texto para publicação devem atender às seguintes formalidades:

1 IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título (e subtítulo, se houver) conciso e coerente com o conteúdo da obra.

1.2 Ao final do trabalho, a ser remetido em duas vias, o autor deverá colocar seu nome completo, idade, endereços postal e, se houver, eletrônico, telefone de contato, em uma das vias, a autorização para publicação independentemente de qualquer direito patrimonial sobre a obra, conforme formulário disponível no Centro de Pesquisa e Pós-Graduação-CPP.

2 FORMATAÇÃO DO TEXTO

2.1 O texto original terá o limite aproximado de, no mínimo, duas e, no máximo, trinta laudas A-4, inclusive resumo, tabelas, ilustrações e referências.

2.2 Fonte “*Times New Roman*”, estilo normal, tamanho 12.

2.3 Espaço 1,5 entre linhas e alinhamento justificado.

2.4 Margens: esquerda = 3 cm; superior, inferior e direita = 2,5 cm.

2.5 Numeração: ao final da página, centralizada.

2.6 Parágrafos iniciados a 1,25 cm da margem esquerda.

3 ELEMENTOS DO TEXTO

3.1 Elementos pré-textuais são constituídos de:

a) Título e subtítulo (se houver): devem figurar na página de abertura do texto, diferenciados tipograficamente ou separados por dois-pontos (:) e expressos na língua do texto.

b) Autor(es): nome(s) do(s) autor(es) acompanhado(s) de breve currículo que o(s) qualifique na área de conhecimento do texto. O currículo e os endereços postal e eletrônico devem aparecer no rodapé indicado por asterisco na página de abertura. Opcionalmente, esses dados podem aparecer com os elementos pós-textuais, dentre os quais os agradecimentos do(s) autor(es) e a data de entrega dos originais à redação do periódico.

c) Resumo na língua do texto: elemento obrigatório, constituído de seqüência de frases concisas e objetivas e não de simples enumeração de tópicos, deve traduzir, sinteticamente, o conteúdo do trabalho. Elaborado em até duzentas e cinquenta palavras, o resumo é seguido das palavras representativas do conteúdo do trabalho (palavras-chave ou descritores), conforme NBR 6028/2003.

d) Palavras-chave na língua do texto: elemento obrigatório, as palavras-chave devem figurar logo abaixo do resumo, antecedidas da expressão “Palavras-chave”, separadas entre si por ponto e finalizadas também por ponto. Recomenda-se o limite de até cinco palavras-chave.

3.2 Elementos textuais

Organizar-se-ão, mesmo implicitamente, em introdução, desenvolvimento e conclusão:

a) Introdução: parte inicial do texto na qual devem constar a delimitação do assunto tratado, os objetivos da pesquisa e outros elementos necessários para situar o tema do texto. Trata-se do elemento explicativo do autor para o leitor.

b) Desenvolvimento: parte principal do texto que contém a exposição ordenada e pormenorizada do assunto tratado. Divide-se em seções e subseções, conforme NBR 6024/2003. Parte mais extensa do texto, visa a expor as principais idéias. É, em essência, a fundamentação lógica do trabalho.

c) Conclusão ou Considerações Finais: parte final do texto na qual se apresentam as conclusões correspondentes aos objetivos ou questões da pesquisa. A conclusão destaca os resultados obtidos na pesquisa ou estudo. Deve ser breve e pode incluir recomendações ou sugestões para outras pesquisas na área.

3.3 Elementos pós-textuais

São constituídos de:

a) Resumo em língua estrangeira: elemento obrigatório, versão do resumo na língua do texto para o idioma de divulgação internacional, com as mesmas características: Abstract (inglês); Resumen (espanhol); Précis ou Abrégé (francês), por exemplo.

b) Palavras-chave em língua estrangeira: elemento obrigatório, versão das palavras-chave na língua do texto para a mesma língua do resumo em língua estrangeira: Key-words (inglês); Palabras clave (espanhol); Mots-clé (francês), por exemplo.

c) Nota(s) explicativa(s), se houver: a numeração das notas explicativas é feita em algarismos arábicos. Deve ser única e consecutiva para cada texto. Não se inicia a numeração a cada página.

d) Referências: elemento obrigatório, elaboradas conforme NBR 6023/2002-.

4 DISPOSIÇÕES GERAIS

4.1 Para submeter um texto à aprovação pelo Conselho Editorial, o autor deve tomar conhecimento das normas editoriais da Revista e adotá-las.

4.2 Os textos enviados para publicação devem ser inéditos e originais.

4.3 Haverá seleção de textos, mediante análise fundada nos seguintes critérios:

4.3.1 adequação aos objetivos da Revista;

4.3.2 padrão literocientífico atestado pelo respectivo Conselho Editorial;

4.3.3 adequação às normas editoriais da Revista.

4.4 Os textos poderão ser devolvidos aos autores, para as diligências recomendadas ou indicadas pelo Conselho Editorial.

4.5 Após aceitos, os textos poderão sofrer modificações quanto à forma, nunca em relação ao conteúdo.

4.6 O autor (policial-militar de Minas Gerais) será remunerado de acordo com a legislação específica da PMMG, desde que seu texto tenha sido aprovado pelo Conselho Editorial e publicado.

4.7 Os textos serão analisados sem que o Conselheiro Analista saiba o nome e outros dados qualificativos do autor (blinded review).

4.8 Os textos enviados ao Conselho Editorial serão analisados por quatro Conselheiros.

4.9 Os interessados na publicação devem encaminhar seus textos, em uma cópia impressa em papel - tamanho A4 - formato retrato - digitada somente no anverso e uma cópia em disquete, CD ou e-mail (cpp@pmmg.mg.gov.br), ao Centro de Pesquisa e Pós-Graduação, mediante ofício que conterà, obrigatoriamente:

4.9.1 cessão do direito patrimonial à PMMG para a publicação na Revista;

4.9.2 declaração de que o texto é original e inédito.

Conselho Editorial.

