UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO - PROGRAMA PSICOLOGIA
CLÍNICA

LUIZ TADEU GABRIEL FILHO

**O ensino de psicopatologia: a concepção de doença mental e reflexões a
partir da experiência prática**
(Versão corrigida)

São Paulo
2015

LUIZ TADEU GABRIEL FILHO

O ensino de psicopatologia: a concepção de doença mental e reflexões a partir da experiência prática
(Versão corrigida)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica, do Instituto de Psicologia Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof^a Associada Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

São Paulo
2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Gabriel Filho, Luiz Tadeu.

O ensino de psicopatologia: a concepção de doença mental e reflexões a partir da experiência prática / Luiz Tadeu Gabriel Filho; orientadora Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. -- São Paulo, 2015.

209 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicopatologia 2. Ensino da psicologia 3. Representação social 4. Distúrbios mentais 5. Procedimento de Desenhos-Estória com tema I. Título.

RC454

Nome: Gabriel Filho, Luiz Tadeu

Título: O ensino de psicopatologia: a concepção de doença mental e reflexões a partir da experiência prática

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Psicologia

Aprovado em: _____ / _____ / _____

Banca Examinadora

Profa. Associada Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Cláudia Aranha Gil
Universidade São Judas Tadeu

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Paula Orchiucci Miura
Universidade Federal do Alagoas

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Disse o poetinha que a vida é a arte do encontro embora haja tanto desencontro pela vida. A todos os queridos que tornam real o saber de que amigos são a família que escolhemos. Cada encontro será sempre fundante e, mesmo na saudade dos desencontros, estão presentes.

Agradeço à Profa. Livre-Docente Leila Tardivo, por possibilitar esta experiência ao longo de mais de sete anos. Muito mais o que orientadora acadêmica, sua influência foi direta em minha formação como pessoa.

Ao choco-leila, fundamental presença nos momentos-chave.

A todos os colegas do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Social – APOIAR. Tantos parceiros de muitas Jornadas que proporcionaram trocas construtivas e importantes ao longo deste percurso.

Aos parceiros e usuários de cada uma das instituições que me permitiram a experiência e o experienciar a realidade que, muitas vezes, não pertencem nem ao imaginário. O sigilo ético não me permite citar nomes, mas estão presentes muito mais do que em simples palavras.

Aos estudantes do curso de Psicologia que, com grande disponibilidade, participaram desta pesquisa. Um desafio grande descrever nestas poucas páginas as experiências compartilhadas.

À Cláudia Aranha Gil, membro essencial da história do projeto relatado neste trabalho, pelo olhar, pelo cuidado e pelas grandes contribuições ao longo de toda esta experiência.

Aos queridos Apoiarandos Rodrigo e Loraine, pela amizade, parceria e compartilhamento dos momentos regados sempre com bom humor, pastéis e... Cadê o meu queijo?

À Apoiaranda Paula Miura, amiga sempre presente que sustentou este e outros trabalhos com um olhar maduro e acolhedor.

Ao Mineiro, local de referência deste grupo fértil. Um ambiente suficientemente bom.

Aos irmãos do projeto Encontros Terapêuticos em Saúde Mental, Caio, Daniela e Sílvia, tão importantes neste percurso frente à loucura cotidiana, mostrando-me que esta é que nos aproxima. Irmãos sempre presentes em minha vida.

Ao Marcelo Soares da Cruz, supervisor e amigo, mais do que suas indicações, sua voz nos trouxe referência para quem descobria o que seria a Psicologia. Fez da saúde mental um lugar transitável e saudável investindo e unindo este grupo em um encontro verdadeiro.

Ao meu irmão de coração Rogério, pelo olhar, pelas piadas, pelo acolhimento e pelo alimento físico e da alma, sempre firme e forte. À querida Shirley, por suportar com olhar sempre terno e sorriso no rosto as nossas insanidades.

A todos os amigos do Instituto de Psicologia da USP, entre as famosas três categorias que nada mais são do que o mundo misturado. Sem cada elemento desta teia, minha formação nesses quase oito anos seria incompleta.

Às secretárias do Departamento de Psicologia Clínica, Cláudia, Ana Maria e Cicera (hoje em novos ares). Sem vocês o que seria de cada momento de desespero ao longo de minha graduação e pós-graduação? Sempre disponíveis para me receber e ver crescer.

Aos secretários de pós-graduação, pela prontidão no atendimento e pelo auxílio a cada angústia.

Às secretárias da graduação, que me auxiliaram no percurso base à pós. Em especial à Alessandra, por sua disposição ímpar e acolhimento ao chegarmos à sua janela e dizer o famoso “Alê, bom dia, preciso de ajuda”.

Aos aleatórios Neto e Cinthya, sua amizade duradoura e sincera faz-se muito importante. Demonstra que é possível ter amigos que, mesmo quando distantes, estão sempre presentes.

À minha família, a qual dizem que escolhi muito antes de nascer e não o faria diferente! Respeitam e sustentam minhas escolhas em cada momento. Agradeço à compreensão por todos os momentos que passei e minha ausência para tornar concreto este trabalho.

Aos meus pais. Muito mais do que genitores, fundamentais em minha existência. Solidificam meu chão e são suficientemente bons para que eu possa sonhar este sonho acordado. Seu amor é fundamental, lindo e forte!

Às minhas irmãs Ana e Bia. Seu carinho, seu olhar, nossas brigas. O amor fraterno se faz presente e poder contar com vocês não é maior apenas que tudo!

Ao Tiago e ao Vitor, uma grande alegria a vida ter me trazido dois irmãos. Parceiros que toparam junto com suas esposas este irmão mais novo.

Aos meus sobrinhos Mateus (Zé) e Sofia (e os que estão por vir), um amor indistinto. Seu olhar que ao mesmo tempo convida à serenidade e à bagunçaaaaaaaaa.

Aos meus avós, João, Auzenda, Roberto (*in memorian*) e Huda. Suas palavras sempre sábias me inspiram a continuar. Um colo sempre presente e a quem sempre saberão que posso recorrer. Um valor inestimável neste percurso.

À Dra. Bárbara, Vera e Kitty por incutirem a curiosidade e tornarem a psicologia uma opção imaginável.

À Cecília Fernando, mestra que me acolheu quando ainda criança e inspirou o amadurecimento com ternura. Sustentou momentos difíceis e indicou confiança. Meu muito obrigado pela estrutura que proporcionou, alicerce importantíssimo em minha trajetória.

Por fim, à Lígia Mosolino de Carvalho. Relativizou o tempo que se tornou tanto e tão pouco simultaneamente. Estar ao seu lado é tão confortável que se confunde com o sempre. O futuro indica que não chegamos nem perto. Estes poucos 7 anos confundem-se com o período da experiência aqui relatada. Você quem instigou a aventurar-me como monitor, ao mestrado e tantas outras conquistas ainda maiores. Tornou o que nem se imaginava sonhar em uma realidade e esta se fez mais bela e singela do que a própria fantasia.

À CAPES e ao CNPq, pelo financiamento desta pesquisa.

*Louco, sim, louco, porque quis grandeza
Qual a Sorte a não dá.
Não coube em mim minha certeza;
Por isso onde o areal está
Ficou meu ser que houve, não o que há.*

*Minha loucura, outros que me a tomem
Com o que nela ia,
Sem a loucura o que é o homem
Mais que a besta sadia,
Cadáver adiado que procria?*

Poema “D. Sebastião – Rei de Portugal”
Fernando Pessoa

RESUMO

Gabriel Filho, L. T. (2015). O ensino de psicopatologia: a concepção de doença mental e reflexões a partir da experiência prática. 101p. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Esse trabalho teve como objetivo explorar como se dá a experiência de estudantes de Psicologia em seu primeiro contato com pessoas com sofrimento mental, tendo para isso base teórica e prática de estágio, em disciplina introdutória da área de Psicopatologia; e, ao mesmo tempo, refletir sobre a influência dessa experiência na concepção dos alunos sobre o tema. Na Introdução teórica, são apresentadas uma trajetória da história frente à doença mental e a construção dos atuais dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial brasileira. Discute-se a importância do contato com o outro para o reconhecimento de si mesmo e da realidade como determinantes para o enfrentamento de uma possibilidade de ruptura de si e da realidade. Aborda-se, assim, a concepção do aluno sobre a loucura e a descrição da proposta de estágio central a este trabalho, que busca trazer um modelo inovador de introdução dos alunos ao tema e à prática em saúde mental. Para dar conta dos objetivos, foi aplicado o procedimento Desenho-Estória com tema (DE-t) em 63 estudantes e refletiu-se acerca do acompanhamento semanal de um grupo de 6 (seis) estagiários em atendimentos a um usuário de um centro de atenção psicossocial. Foram realizadas entrevistas anteriores e posteriores o período da prática, recolhendo-se, também, relatos escritos sobre cada atendimento, realizando-se a análise do discurso desse material. Apresentam-se as análises e as discussões dos DE-t, das entrevistas iniciais, dos relatórios semanais produzidos e, por fim, das entrevistas realizadas após o fim da experiência. Os resultados mostram a sucessiva aproximação do aluno com a doença mental, tornando-a concreta. A concepção inicial indicava o doente mental como violento, triste, angustiado frente à existência e com pouco contato com a realidade. Com o tempo, a distância e o pouco conhecimento sobre o tema foram mudando, sendo que os alunos puderam tomar contato com a realidade do usuário e das instituições. Destacou-se, ainda a ambiguidade entre a disponibilidade do aluno e as angústias do contato desses alunos com a doença mental. Ao final desse percurso, pôde-se observar o êxito do objetivo proposto, ao relatar-se a trajetória desses estudantes diante da doença mental, as mudanças em sua forma de conceber e disponibilizar-se a essa relação, mostrando-se a importância do paralelo entre teoria e prática no ensino de Psicopatologia.

Palavras-chaves: Psicopatologia; Ensino da Psicologia; Representação Social; Distúrbios Mentais; Procedimento de Desenhos-Estória com tema

ABSTRACT

Gabriel Filho, L. T. (2015). The teaching of psychopathology: the conception of mental disorder and reflections based on practical experience. 101p. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

This work aims to explore how students of Psychology experience their first contact face to people with mental disorder, through the theoretical teaching and the participation in a traineeship part of an introductory class of Psychopathology, and how this experience influences their comprehension of this theme. On the introductory chapter, a historical trajectory of the theme of madness is followed to present the construction of the current provisions of the Brazilian Psychosocial Care Network and to discuss the place of madness for the subject and the importance of contact with others for recognition of the self and reality as determinants to face a possibility of rupture of self and reality. It is approached, then, the formulation of this student about the madness and the description of the traineeship proposal, central to this study that brings an innovative model for introducing students to this subject and practice in mental health. Aiming this objectives, the thematic drawing and story procedure (DE-T) was applied in 63 students and, face to the weekly monitoring of a group of six trainees in care offered to an user of a psychosocial care center, interviews were conducted before and after the period of practice. It was also gathered the written reports on each session, performing the discourse analysis of the material. Initially, it is analyzed and discussed the DE-t, followed by the analysis of the initial interviews, the weekly reports produced and, finally, the interviews after the end of the course. The results indicate that a successive approximation of the student with mental disorders making it concrete. This initial image indicated the mentally ill as violent, sad, anguished face to existence and with little contact with reality. Over time, this distance and the little knowledge about the theme changed, and those students were able to have contact with the reality of the patient, and of the institution. Stands out, as well, the ambiguity between the availability of the student and the anxieties of this contact with mental disorder. At the end of this journey was possible to observe the success of the proposed objective in reporting the course of these students approaching of the mental disorder, changes of their conception, and being available to this relationship, showing the importance of the parallel between theory and practice in psychopathology teaching.

Keywords: Psychopathology; Psychology education; Social representation; Mental disorders; Thematic drawing and story procedure

SUMÁRIO

PRÓLOGO	12
I. INTRODUÇÃO	15
1. Da loucura à psicopatologia: dados históricos e a reforma psiquiátrica	15
2. O ensino e o diagnóstico em psicopatologia	23
3. Oficinas Psicoterapêuticas e Encontros Terapêuticos em Saúde Mental: ensino, pesquisa e atendimento	30
II. JUSTIFICATIVA E OBJETIVO	39
III. MÉTODO	40
1. A Pesquisa Clínico-Qualitativa e a Ciência Psicológica	40
2. Participantes	41
3. Procedimentos e Instrumentos	42
3.1 O Procedimento Desenho-Estória com Tema	43
3.2 Entrevista Semiestruturada	45
3.3 Relatórios Semanais dos Estagiários	47
3.4 Forma de Análise dos Resultados	47
IV. APROXIMANDO-SE DA SAÚDE MENTAL: apresentação dos resultados	49
1. A imagem e a imaginação: a doença mental nos Desenhos-Estória com tema	50
2. Conversando sobre expectativas: o início do percurso	54
3. O registro de uma experiência	59
4. Amadurecendo a “mentalidade”: conversas sobre a experiência do estágio	65
V. DO CAMINHAR E DO ENCONTRO COM A DOENÇA MENTAL	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	82
ANEXO I – Termo de consentimento livre e esclarecido	82
ANEXO II – Desenhos-Estória com tema	83

PRÓLOGO

Para tratar das motivações que levaram à constituição deste trabalho, creio ser importante retomar o ano de 2008, quando cursava o segundo ano de minha graduação como psicólogo e tive a oportunidade de meu primeiro contato com um paciente. Essa, posso dizer, foi uma das experiências mais importantes e determinantes por que passei. Embora já tivesse deparado com alguns pacientes por meio de relatos didáticos de grandes professores ou de grandes autores, foi na disciplina introdutória à Psicopatologia que teria o primeiro e mais próximo contato com um paciente pessoalmente.

Acompanhado por colegas e um psicólogo já graduado há um tempo, iniciamos o estágio fazendo uma visita à instituição. Um hospital psiquiátrico que já encerrou suas atividades. Lembro-me de como achei aquele lugar grande e bonito. Parecia um sítio, e a recordação remete a um lugar bucólico e calmo com um terreno muito amplo e algumas casas que se integravam formando as alas do hospital.

Passando brevemente aos atendimentos, na semana seguinte teríamos nosso primeiro contato com um paciente. Na verdade uma mulher, a Dona Dora (nome fictício). Dos encontros que se seguiam, a imagem de um lugar calmo se estendia àquela senhora tranquila e de fala pausada, que interagiu muito mais com o monitor do que com o grupo. Algo que faria sentido, dado que ele trabalhava na instituição, era formado, com experiência e nós, estagiários.

Com o tempo, a interação entre a senhora e o grupo foi aumentando, e a calma daquele ambiente deu espaço ao turbilhão vivido por Dora, que nos contou de duas tentativas de suicídio, de diversas fantasias de como seria a próxima e, principalmente, do vazio de sua vida frente aos problemas vividos, a ponto de a única solução imaginada ser essas atitudes extremas contra a própria vida. Essa era uma imagem muito diferente do que poderia pensar em encontrar.

Ao final daquele semestre, encerraríamos os atendimentos devido à alta recebida pela paciente, mas também ao final do semestre letivo e da disciplina. Entretanto, o gosto e as possibilidades daquela ação levariam o grupo a manter o modelo desse estágio no semestre seguinte e, novamente, no ano posterior, iniciando um projeto de atendimento baseado nesse estágio. Para essa continuidade, optamos por buscar o contato com outro modelo de

instituição, realizando uma parceria com um Centro de Atenção Psicossocial. Essa parceria e esse projeto não pertencem a esta dissertação, mas indicam uma parte importante de meu envolvimento com o tema da saúde mental.

Além da construção do projeto citado, no início do terceiro ano da graduação, tornei-me monitor da disciplina introdutória de Psicopatologia e, além de auxiliar na organização da disciplina, passei a acompanhar outra monitora, já formada em Psicologia, e seu grupo de alunos. Era o início do percurso de seis anos como monitor de disciplinas sobre Psicopatologia, acompanhando e auxiliando na manutenção e construção da proposta e do processo de estágio por meio da organização dos grupos de alunos e do contato com as instituições já parceiras e novas parcerias.

Da experiência adquirida com o contato com os alunos por meio dos estágios e da aplicação do Desenho-Estória com tema, na primeira aula da disciplina pudemos observar um pouco da visão inicial do estudante frente à doença mental e da ansiedade de alguns deles sobre o estágio. Assim, agregamos à prática um espaço de introdução dessa própria prática que visa a desmistificar e a acalmar essas ansiedades, bem como a introduzir questões sobre como seria sua participação nesta proposta.

Diante desse percurso em que pude estar junto a alunos, pacientes e instituições diferentes, meu interesse sobre o tema da doença mental se aflorou, e a possibilidade de continuidade no meio acadêmico se tornaria apenas visível se fosse junto à saúde mental. Minha única questão seria sobre como aglutinar, em um tema central, meus interesses sobre o ensino dessa disciplina, questões pertinentes à saúde mental e à questão institucional. Dessa forma, essa busca culmina na proposta do presente mestrado sobre a experiência do primeiro contato com o paciente doente mental e ante a elaboração da concepção de saúde mental destes estudantes.

Posto isso, o texto aqui apresentado é composto por cinco capítulos. O primeiro é dedicado à Introdução, onde, após um breve panorama histórico da doença mental, discutimos o ensino da Psicopatologia, bem como a dificuldade do contato com ela. Inserimos, assim, os projetos de Oficinas Psicoterapêuticas e Encontros Terapêuticos em Saúde Mental, destacando o último que deu origem à proposta prática que será discutida e aprofundada nesta dissertação. Já no segundo capítulo inserimos as questões, justificativas e objetivos do estudo, enquanto, no terceiro, são apresentadas bases deste trabalho na pesquisa Clínico-Qualitativa e na Ciência Psicológica e seus aspectos metodológicos, tais como a descrição dos participantes,

procedimentos e instrumentos utilizados, a saber, o Desenho-Estória com tema, entrevistas semiestruturadas e relatórios semanais dos estagiários. Segue-se nesse capítulo a forma de análise dos resultados apresentados no capítulo seguinte, o quarto. Por fim, no quinto, e último, capítulo, são apresentadas a síntese e as considerações finais. O trabalho se encerra, assim, com a apresentação das referências bibliográficas e os anexos compostos pelo (I) termo de consentimento livre e esclarecido apresentado em todas as etapas do percurso e (II) pelos Desenhos-Estória com tema utilizados como exemplo ao longo deste trabalho.

No percurso de aprendizado, e mesmo de escrita, aprendi ser difícil iniciar uma dissertação com respostas sem antes tê-las perguntado e, principalmente, aprendi que lidar com a saúde mental é, talvez, lidar com perguntas muitas vezes sem resposta. Certamente aprendi que por vezes inerente às perguntas, muito mais do que suas respostas, está a angústia. Não obstante, é com essas angústias que seguimos o percurso deste trabalho, compreendendo-as como pertinentes ao contato com a doença mental, ou, ainda, com a própria saúde mental.

I. INTRODUÇÃO

1. Da loucura à Psicopatologia: dados históricos e a reforma psiquiátrica

Loucura ou doença mental? Qual seria o melhor termo para se aplicar e falar sobre o sofrimento psíquico? Como se relacionar com ele? Onde ocorre esse fenômeno que assola a sociedade desde os primórdios de sua constituição? Como detê-lo? Falar sobre o sofrimento psíquico seria falar em parte sobre a condição de humanidade. A possibilidade de experienciar um surto é, para alguns, um desprendimento da realidade; para outros, um contato mais íntimo com a própria realidade.

Nem sempre é claro na literatura o sentido atribuído à palavra “loucura”¹, dessa forma, João Frayze-Pereira (1985) em seu livro “O que é Loucura” apresenta o tema dizendo que este não está fechado e resolvido como teoria. Destaca, assim, no discurso de estudantes universitários, duas tendências conceituais reconhecíveis desse termo, sendo (1) uma que revela a loucura como desvelamento do real, uma sabedoria não percebida pelos outros, (2) e outra, que ele destaca como mais forte, voltada a um desvio do grupo social, uma falha da forma pessoal de ser consciente, normal, equilibrado. A última, ainda, aponta o louco como perigoso para si mesmo e/ou para os outros. Dessa forma, afirma que ambas as concepções retiram do indivíduo seu estatuto de humanidade, lembrando que há algo dito através da loucura, um contexto no qual ela emerge, encontrando o louco excluído do universo humano comum, sem conceber o sentido e critérios dessa exclusão (Frayze-Pereira, 1985).

Frayze-Pereira (1985) defende, ainda, a relatividade da loucura, posicionando o louco ante ao normal ou à maneira normal de ser: seja o ser saudável ou o ser socialmente aceito. Para tanto, explica que normalizar é impor uma exigência a uma existência que possui um caráter irregular, diversificado, destacando a necessidade da existência do “a-normal” para afirmar a existência da norma. Assim, faz referência ao livro “História da loucura na idade clássica”, de Michel Foucault (1978), para discutir que a doença só seria socialmente real e teria valor

¹Os termos “loucura” ou “louco” são expressões polêmicas e, por vezes, combatidas por seu caráter estigmatizante e pouco preciso que proporciona, muitas vezes, o sentido de exclusão. É preferencial o uso de expressões como doença mental e doente mental. Contudo são também expressões clássicas e significativas e que serão respeitadas ao longo desta dissertação conforme ocorrem na literatura citada mantendo-se a expressão utilizada por determinados autores.

como tal diante de uma cultura que a reconheça deste modo. Cada cultura pertenceria a uma “infinita diversidade de soluções diferentes para problemas semelhantes” (Frayze-Pereira, 1985, p. 35).

Em outra perspectiva, Pessotti (1994), no primeiro de uma série de três livros sobre a trajetória histórica do conceito da loucura, diz afastar-se do enfoque dado por Foucault. Nele norteia o próprio trabalho a partir de buscas textuais em obras que se propõem explicitamente a caracterizar ou explicar a loucura, compreendendo-a como estado individual de perda da razão ou do controle emocional. Assim, de outra forma, compreende que, em sua obra, Foucault utiliza uma perspectiva histórica para analisar a loucura, contextualizando-a ante as relações e exclusões sociais.

Dessa maneira, Pessotti (1999) afirma que, sob a perspectiva do conceito, a compreensão da loucura muda pouco desde a antiguidade até o século XIX, ou após a instituição da clínica psiquiátrica. Nesse período, varia em torno da perda de autonomia psicológica (implicando perda da liberdade e do autogoverno), seja perda ou perversão da razão, ou por um atropelo movido pela força do apetite frente ao controle racional do comportamento. Contudo, se, por esse lado, há pouca mudança, por outro, o número de subtipos atribuídos à loucura é amplo ao longo de todo esse tempo, embora por mais de 20 séculos tenha sido dividida basicamente entre melancolia e mania.

Segundo Roudinesco e Plon (1998):

Desde a década de 1920, a esquizofrenia, como aliás a histeria, escapou, portanto, à definição bleuleriana, transformando-se na expressão de uma verdadeira linguagem da loucura, não “patológica” mas subversiva, portadora de uma revolução formal e de uma contestação da ordem estabelecida (p.205).

Assim, a autora cita, ainda, o manifesto surrealista inspirado por Antonin Artaud (1896-1948) e redigido por Robert Desnos (1900-1945):

Sem insistir no caráter perfeitamente genial das manifestações de alguns loucos, desde que estejamos aptos a apreciá-las, afirmamos a absoluta legitimidade de sua concepção da realidade e de todos os atos decorrentes dela (p. 205).

Segundo Michel Foucault (1978), até a Idade Média ou, principalmente, até a emergência do Renascimento, a loucura seria tida como um sinônimo de liberdade, e o louco seria o

retrato ou a caricatura da essência do ser humano. Esse sujeito seria detentor do saber místico, inacessível e pertencente ao campo da verdade, não atingível em seu absoluto. Os que não se enquadravam nessas disposições sociais poderiam ser exilados e entregues a comerciantes, viajantes, de forma a excluir de fato esses entes sociais.

Com a ascensão do Mercantilismo, esse sujeito foi submetido ao campo da moral e à justiça, perdendo o lugar e *status* social que tinha até aquele momento. Passou, a partir disso, a ocupar as prisões frente à transgressão da moralidade. A exclusão teve maior proporção. Aqui ocupavam a mesma posição social os incapazes, libertinos, órfãos, aleijados e loucos, ou notadamente o princípio dos que não contribuíam para a produção (Foucault, 1978).

Já no final do século XVIII, com o marco na Revolução Francesa e a ascensão do Iluminismo, o primado da razão se sobrepôs, e a explicação sacra perdeu espaço. O louco estaria privado de sua racionalidade e se tornaria, portanto, um doente. Nesse período, cuja grande influência e voz são dadas por Philippe Pinel (1745-1826), a saúde e a razão começaram a ser compreendidas pelo campo da Medicina, e o tratamento tomou o lugar das punições. Os loucos não mais são encarcerados em prisões, mas recolhidos em manicômios (Foucault, 1978).

Essas instituições, de modo geral, apresentavam grandes estruturas físicas, prédios compostos com alas para muitos pacientes, construindo-se ambientes calmos e que permitissem ao paciente desempenhar algum tipo de trabalho. Inicialmente a proposta e compreensão desses locais passavam por uma busca da localização orgânica da doença mental nos fluidos corporais ou nas estruturas cerebrais específicas. Pouco a pouco já é esse o berço da compreensão psicopatológica psiquiátrica que vemos nos dias de hoje (Foucault, 1978).

É nesse contexto de ascensão da filosofia positivista que, no final do século XIX e início do século XX, emergiram os debates sobre as doenças mentais como sua gênese endógena, orgânica ou psíquica, e se seriam de caráter inato ou adquirido. Ao longo do século XIX, principalmente após a vinda da corte real portuguesa, o Brasil passou a acompanhar essas tendências emergentes principalmente na Europa. Contudo, foi apenas no período do Segundo Reinado, em 1885, que Dom Pedro II inaugurou o primeiro hospício do país, que levaria seu nome, situando-se na capital do período, Rio de Janeiro (Devera & Costa-Rosa, 2007).

Muito embora tenha sido inaugurado sob as influências citadas, apenas em 1886 foi que o hospício referido passou a ser administrado por um médico, o Dr. Teixeira Brandão, sendo

este quem implementou a medicalização de seus pacientes como forma de tratamento no local. Em São Paulo, apenas no início do século XX, em 1901, foi inaugurado por Franco da Rocha o Hospital Juqueri. Ali, em seu auge, o hospital chegou a abrigar mais de 14 mil internos (Devera & Costa-Rosa, 2007).

Seguindo o curso da história, em meados do século XX, após a Segunda Grande Guerra, as grandes potências da Europa tinham de reerguer suas cidades. Nesse período foi necessária, assim, a reconstrução econômica e, principalmente, social desses locais. O campo da saúde não foi esquecido, havendo a necessidade de readaptação às novas demandas e às novas condições de trabalho. Os serviços passaram por reformulação de sua gestão e das técnicas de tratamento. Gradativamente, com o passar dos anos, os hospitais gerais se tornariam locais de alto valor econômico, e a saúde como um todo teria necessidades mais específicas de cuidado de seus doentes para além do espaço físico do hospital. O mesmo aconteceu com o segmento da saúde mental, em que os trabalhadores e usuários dos serviços passariam a repensar suas práticas e a idealizar serviços substitutivos (Amarante, 2007; 1998; Devera & Costa-Rosa, 2007; Desviat, 1999).

Foi nesse contexto que surgiram em diversos países novos projetos que visavam à reforma psiquiátrica, pensados de acordo com as normas sociais que emergem (Desviat, 1999). Assim, serão abordadas a seguir propostas que se iniciaram a partir dessa reconstrução pós-guerra e inovaram o cuidado à saúde mental em seus territórios. Essas propostas se tornaram significativas à reformulação da saúde mental em muitos países (Desviat, 1999) e são as principais influências do processo de reforma psiquiátrica no Brasil (Amarante, 2007; 1998).

Segundo Amarante (1998), na Inglaterra, Maxwell Jones foi o principal nome a defender a proposta das Comunidades Terapêuticas norteadas por conceitos como a participação dos pacientes no próprio processo terapêutico, com ênfase nas atividades em equipes terapêuticas e atividades direcionadas em grupos. Naquele mesmo país também chama a atenção do autor a Antipsiquiatria, difundida por Roland Laing e David Cooper, que discutiria as relações opressoras nas normas sociais permeando as relações entre os indivíduos e sua influência no processo de adoecer deles. Nesse sentido, hospitais e instituições psiquiátricas seriam um produto daquela sociedade, reproduzindo a relação opressora entre seus profissionais e, principalmente, com os pacientes.

Na França, o destaque de Amarante (1999) segue François Tosquelles e Jean Oury, que

discutiram a Psicoterapia Institucional visando à escuta polifônica, ou à possibilidade de diversas vozes e correntes conceituais coexistirem no processo de tratamento, discutindo, ainda, os conceitos de acolhimento e autonomia. No mesmo país, Lucien Bonnafé também se destacou ao difundir a Psiquiatria de Setor, ordenando os centros de saúde mental de forma estratégica, visando a continuar o tratamento pós-alta e a evitar a reinternação e a internação de casos novos, propondo a discussão em equipes multidisciplinares e expandindo, dessa maneira, o modelo centrado na figura do médico.

Nos Estados Unidos da América, a Psiquiatria Preventiva difundida por Gerald Caplan se fez importante ao propor a reestruturação dos serviços em três níveis de prevenção, nos quais (a) o primário se prestaria a agir em situações individuais e ambientais antecedentes à irrupção de uma doença mental; (b) o secundário visaria à detecção e intervenção precoce da doença mental e (c) o terciário focaria a reabilitação e readaptação do paciente à vida social. Nessa perspectiva, discutia-se, ainda, (1) a desospitalização do paciente, propondo que este não deveria permanecer em hospitais psiquiátricos e, quando necessário, que fosse uma internação mais curta e (2) a desinstitucionalização, em que o paciente deveria ser tampouco vinculado de forma limitadora a qualquer outra instituição. Para tanto, os serviços que assistiriam à população deveriam seguir em rede e comunicar-se para o melhor suporte do público atendido (Amarante, 1998).

Por fim, a personalidade de Franco Baságli influenciou e auxiliou a difundir a experiência da Psiquiatria Democrática implementada na Itália por diversos países incluindo o Brasil. Para além dessa proposta, a presença física de Baságli nesse território deu força à propagação do movimento que levaria ao fechamento das instituições asilares, à implantação de serviços substitutivos com base territorial e à criação de cooperativas, residências e outros espaços para participação social. Essa presença foi determinante também para difundir o ideal de desinstitucionalização e desospitalização, propondo, assim, um novo lugar social para a loucura no país (Amarante, 1998; Nicácio, Amarante & Barros, 2005).

Ao longo do período que se segue após 1945, o Brasil passou por grandes reformas políticas e sociais, atravessando governos ditatoriais, retornando à democracia e novamente sendo governado por uma ditadura após o Golpe de 1964, quando o General Castelo Branco assumiu a presidência do país. Foram anos de crise econômica e arrocho salarial cercados de muita repressão e confrontos do governo com organizações que propusessem algo diferente à

ordem vigente. Foi nesses mais de 20 anos seguintes à ditadura militar que a Reforma Psiquiátrica tomou forma e recebeu as importantes influências citadas (Devera & Costa-Rosa, 2007).

Nesse contexto, embora emergissem movimentos de resistência, as condições de trabalho e o uso que se fazia dos manicômios era escandaloso, porém, nem sempre visto. Diversas foram as denúncias de agressões, estupros, trabalho escravo e, principalmente, mortes não esclarecidas nas instituições que se prestavam ao tratamento do doente mental. Contudo, somente no final da década de 1970 e no início dos anos 1980 que emergiu e ganhou força o movimento dos trabalhadores de saúde mental (MTSM) reafirmando essas denúncias e se organizando para viabilizar mudanças (Amarante, 1998; Amarante, 2007, Devera & Costa-Rosa, 2007).

Foi sobre influência dos ocorridos ao longo desse período que, no final dos anos 1980, algumas experiências se espalharam pelo território nacional, como a implantação do Centro de Atenção Psicossocial Luis Cerqueira, na cidade de São Paulo, hoje conhecido como CAPS Itapeva (nome que faz referência à rua onde ele se localiza) e, em Santos, do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Vale destacar que o último foi erguido após denúncias graves sobre o funcionamento da Casa de Saúde Anchieta localizada na região, que culminaram com o fechamento da instituição e a implantação de um sistema substitutivo antimanicomial composto pelo NAPS e pela criação de cooperativas, associações e residências que acolheriam os moradores da casa de saúde (Amarante & Torre, 2001; Devera & Costa-Rosa, 2007).

Após o final do período de ditadura militar, a Constituição promulgada em 1988 regulamentou a rede de atenção à saúde brasileira, conhecida como SUS (Sistema Único de Saúde), e em 1989 foi proposto o Projeto de Lei que a regulamenta os direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país (Devera & Costa-Rosa, 2007). Entretanto, apesar dessa data de proposição, apenas em 2001 a Lei nº 10.216 foi, de fato, votada e sancionada. Essa Lei redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Contudo, destaca-se que ali não são instituídos mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (Brasil, 2001).

Entre os princípios e diretrizes, essa Lei institui o impedimento de internações abusivas e

desnecessárias, reforçando a importância da criação de alternativas aos serviços hospitalares em dispositivos substitutivos de reabilitação psicossocial, com atenção especial a ações destinadas a populações com níveis reduzidos de autonomia. Destaca-se também o papel dos familiares e da sociedade nesse processo de desinstitucionalização, potencializando o trabalho com os usuários (Brasil, 2001).

Para a implantação das diretrizes citadas, e parte da atenção secundária do SUS, uma série de leis e portarias foram criadas, culminando apenas em 2011 com a Portaria nº 3088. Essa Portaria institui, regulariza, define e delimita a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (Brasil, 2011).

A RAPS brasileira é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que se dividem em três tipos conforme o público assistido, a saber, CAPS, CAPSad e CAPSi. O primeiro deles, CAPS, voltado para o público adulto, atende pessoas com doenças mentais mais graves e persistentes, e seu nível de complexidade varia conforme o tamanho da população assistida. Por sua vez, CAPSad assiste indivíduos com questões vinculadas ao uso de álcool e outras substâncias de abuso e deve ser encontrado em regiões com população acima de 70 mil habitantes. Por fim, o CAPSi tem seu foco voltado ao público infanto-juvenil que necessite de cuidados em saúde mental e deve estar presente para assistência em regiões que tenham mais de 150 mil habitantes (Brasil, 2011).

Os CAPS são divididos, também, quanto ao nível de complexidade, e, assim, são compostos por uma equipe que possa assistir demandas mais específicas e para uma maior abrangência populacional. Dessa forma, o CAPS I é voltado a uma população acima de 20 mil habitantes, o CAPS II assiste uma população maior que 70 mil habitantes, e o CAPS III compreende uma população acima de 200 mil habitantes, além de contar com assistência 24 horas e sete dias por semana inclusive feriados e finais de semana e de dever ter leitos para retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental. O CAPSad também pode ser encontrado na modalidade CAPS III, contando com serviço 24 horas e no máximo 12 leitos para observação e monitoramento (Brasil, 2011).

Além das diferentes modalidades dos CAPS, como atenção especializada, a RAPS também conta com serviços em outros níveis de atenção. Entre esses serviços, a rede é composta por:

(a) atenção básica, com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), centros de convivência e atenção básica a populações específicas (como os consultórios de rua e apoio aos serviços do componente da atenção residencial de caráter transitório); (b) atenção de urgência, como SAMU (serviços de atendimento móvel de urgência) e Unidades de Pronto Atendimento 24 horas; (c) atenção residencial de caráter transitório; (d) atenção hospitalar com leitos em hospitais gerais e especializados na atuação em saúde mental; (e) Serviços Residenciais Terapêuticos; e, finalmente, (f) Reabilitação Psicossocial, componente desta rede composto iniciativas de geração de trabalho e renda como empreendimentos solidários e cooperativas sociais (Brasil, 2011).

A partir dessas iniciativas garante-se, assim, a promoção do bem-estar dos indivíduos por meio de ações integradas de saúde mental nos três níveis de assistência da rede pública de saúde, a saber, a atenção primária, secundária e terciária. Dessa forma, garantindo a inserção da atenção à saúde mental no SUS, seguindo suas diretrizes principais de (1) universalidade, ou acesso aos serviços de saúde para toda a população, (2) equidade, garantindo que esse acesso seja da mesma forma para todas as pessoas, e (3) integralidade, que compreende o indivíduo em sua complexidade e condição integral, sem reduzi-lo a seu corpo biológico, mas compreendendo, também, sua individualidade, subjetividade e, ainda, inserção em determinado contexto sociocultural.

Frente à luta histórica para a implementação de um serviço de saúde mental integrado e universal, Amarante (1998) fomenta a seguinte crítica:

A Luta Antimanicomial, ou a Reforma Psiquiátrica da qual falamos tem como objetivo não somente a humanização das relações entre os sujeitos, a sociedade e as instituições. Nem mesmo a modernização ou aperfeiçoamento tecnológico ou científico das técnicas e instituições psiquiátricas: o objetivo que pretendemos é o de construir um *outro lugar social* para a loucura, para a diferença, a diversidade, a divergência, como muito bem aponta Birman (1992). Nossos princípios, radicalizando aqueles da reforma sanitária descritos por Nelson Rodrigues dos Santos, vêm a ser: inclusão, solidariedade e cidadania (p. 36).

Essa crítica se faz essencial principalmente por mostrar presente o que poderia ter sido uma previsão do futuro marcada no manifesto elaborado no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, que ocorreu em 1987 em Bauru, no interior de São Paulo, e

alerta:

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. (...) O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, 1987).

2. O ensino e o diagnóstico em Psicopatologia

No ano de 2011 é publicada pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) a resolução que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, que nortearão o ensino desse curso superior no Brasil. De suma importância, essa publicação é constituída de orientações sobre princípios, fundamentos, condições de oferecimento e procedimentos para o planejamento, a implementação e a avaliação do curso. A avaliação parte de princípios gerais a específicos dos diversos campos de atuação do psicólogo no país, sempre contando com habilidade de realizar buscas de informações relevantes ao trabalho atual e à formação contínua desse profissional após sua formação.

Entre os princípios centrais das diretrizes citadas estão a construção e o desenvolvimento do conhecimento científico e a compreensão dos múltiplos referenciais que envolvem a amplitude do fenômeno psicológico em suas interfaces com fenômenos biológicos e sociais. Dessa forma, citam-se, ainda, a compreensão da complexidade e da multideterminação do fenômeno psicológico, a importância da compreensão crítica de fenômenos sociais, econômicos, culturais e políticos e o respeito à ética, frente a clientes, usuários, colegas em âmbito público ou a pesquisas, trabalhos e informações da área da psicologia (CNE, 2011).

Sobre as competências e habilidades gerais, cabe aqui o destaque à atenção à saúde,

envolvendo prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial. Nesse ponto, novamente observa-se a disposição e o destaque que se dá, em mais de um momento no texto do CNE, para a atenção individual e coletiva. Além desta, citam-se, ainda, a capacidade de liderança para participação em equipes inter e multiprofissionais, bem como a habilidade de comunicação com outros profissionais e o público geral e administração e gerenciamento, mencionando-se, assim, o trabalho em instituições (CNE, 2011).

Nesse sentido, compreende também os campos de atuação específica, perpassando por campos consolidados como investigação científica, educação, gestão organizacional, prevenção e promoção da saúde (em nível individual e coletivo), processos clínicos e avaliação diagnóstica. É frisada, ainda, a possibilidade de a instituição atuar de forma inovadora apresentando outros campos para o estudante (CNE, 2011).

No sentido da ação, essas diretrizes orientam que haja a possibilidade de um contato com a atuação prática para além do espaço físico da instituição de ensino, permitindo que o aluno visualize a atuação do profissional *in loco* e promovendo, assim, um espaço para o desenvolvimento de competências específicas. Para tanto, enfatiza a importância do contato com a prática concreta por meio de visitas, estágios, projetos de extensão universitária e eventos de divulgação do conhecimento. Esses estágios básicos e específicos devem cobrir, ao todo, pelo menos, 15% da carga horária total do curso (CNE, 2011).

Ribeiro e Luzio (2008) lembram que, desde sua regulamentação profissional em 1962, a Psicologia brasileira tem como forte característica a hegemonia do modelo clínico na formação de profissionais. Segundo Sales e Dimenstein (2009), durante um tempo expressivo, as principais referências no currículo básico de Psicologia no Brasil foram o modelo médico-centrado e as teorias psicodinâmicas, voltados para uma atuação nos moldes clínico-liberal. Pode-se notar, assim, uma incipiência de conteúdos que diz respeito a políticas de saúde e sobre a concepção do processo de saúde-doença mental, bem como a discussão sobre novas tecnologias de cuidados, que estejam baseadas em enquadramentos clínicos diferenciados mais adequados aos diferentes campos de atuação profissional do psicólogo, que despontaram nas últimas décadas.

As dificuldades descritas no âmbito da graduação trazem consequências diretas à prática profissional exercida posteriormente pelos psicólogos que atuam nos diversos dispositivos de saúde mental. Alguns estudos apontam, ainda, para a grande dificuldade que psicólogos

inseridos no trabalho assistencial têm para propor ações consonantes às demandas sociais e sob a ótica da clínica ampliada (Dimenstein, 1998; Lima, 2005; Spink, 2007; Freire & Pichelli, 2010).

Segundo esses estudos, grande parte destes profissionais desconhece o funcionamento da rede de atenção à saúde e apresentam dificuldade no trabalho multidisciplinar. Nesse sentido, são observadas ações muitas vezes baseadas em um modelo clínico mais comum em clínicas privadas e uma concepção do fenômeno saúde-doença mental como um processo intraindividual descolado de seu contexto histórico-cultural (Dimenstein, 1998; Lima, 2005).

Na busca de sua compreensão, o estudo da Psicopatologia na atualidade tem sido frequentemente apresentado em sua dimensão descritiva, apresentando uma concepção de saúde ou doença e de normal ou de patológico (Dimenstein, 1998; Lima, 2005; Spink, 2007; Freire & Pichelli, 2010). Sobre o ensino de Psicopatologia, no item três desta introdução será melhor apresentada a proposta de abordagem desse ensino, bem como pesquisas sobre o modelo de intervenção, pertinentes ao grupo em que se insere este trabalho.

Serpa Jr., Leal, Louzada e Silva Filho (2007) criticam os manuais de ensino de Psicopatologia, destacando que, por mais que se satisfaça a possibilidade de uma medicina somática, a disciplina citada é a expressão de uma subjetividade. Nesse artigo, os autores propõem, então, através de um estudo de caso, a apresentação, ainda que de forma incipiente, de uma reformulação de sua prática de ensino de forma complementar à abordagem descritiva, objetiva, na qual apresentam atividades práticas propostas em uma disciplina da graduação do curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Serpa Jr. et al., 2007).

Na proposta apresentam a introdução dos alunos na rotina do Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, por meio de um encontro entre um grupo de alunos e um grupo de pacientes da instituição que são convidados a dizer o que é um Hospital-Dia, em que consiste e como é a experiência de ser tratado num hospital como esse e o que esperam do trabalho de um psicólogo num Hospital-Dia. Como resultado, relatam que, a partir da experiência vivida pelos alunos, as questões levantadas mudam, tomando como ponto de partida a opinião dos pacientes e apresentando a complexidade envolvida, o que seria pouco perceptível quando se apresenta em aula um conjunto de sintomas a serem reconhecidos (Serpa Jr. et al., 2007).

Em outra atividade proposta por esses autores, um grupo de alunos entrevista um paciente participante de uma oficina terapêutica da mesma instituição, convidado a falar sobre sua inserção na oficina que frequenta. Na entrevista puderam observar um uso de forma diferente de uma mesma oficina por parte de pacientes diferentes, além da possibilidade de discussões como, por exemplo, sobre a prática da oficina e sobre o contato com o paciente. Relatam, assim, um ideal de ensino numa perspectiva clínica não reducionista, que respeite as singularidades e que propõem ser sustentada nos cursos de Psicologia (Serpa Jr. et al., 2007).

Mostra-se, portanto, a importância de uma compreensão por meio de um olhar diagnóstico, palavra de origem grega que traz o significado de reconhecimento. Assim, para a Medicina, diagnosticar é reconhecer uma alteração patológica em um indivíduo com um intuito, seja ele clínico, de comunicação, investigação ou outro. Dessa forma, para um diagnóstico, a partir da observação clínica de um indivíduo ou fenômeno e complementar a ela, produzem-se definições, classificações, interpretações e ordena-se conforme determinada perspectiva e lógica (Assumpção Jr, 2009; Assumpção Jr, 2014; Dalgarrondo, 2008).

Essa lógica e essa compreensão são encaminhadas sempre com um objetivo. O diagnóstico é uma tentativa de conhecer o fenômeno apresentado não apenas para definição de uma causa dele, mas também visando a um operador eficaz ou a um modelo de pensamento com objetivos específicos que conduzam a um prognóstico e a um planejamento da proposta terapêutica (Assumpção Jr, 2009; Assumpção Jr, 2014; Dalgarrondo, 2008).

Essa compreensão segue em duas direções, uma que generaliza e outra que particulariza o fenômeno observado. Ou seja, no processo diagnóstico (com destaque ao diagnóstico em Psicopatologia), observam-se sinais e sintomas de forma comparativa com os que já aconteceram com outras pessoas e foram classificados e nomeados em morbidades específicas. Ao mesmo tempo, a análise percorre e compreende as particularidades desse fenômeno em indivíduo e sociedade determinados, definindo influências importantes para a singularidade de cada caso e melhores estratégias e caminhos terapêuticos a seguir (Assumpção Jr, 2009; Assumpção Jr, 2014; Dalgarrondo, 2008).

Nesse sentido, abordar transtornos mentais não seria apenas citar um conjunto de sinais e sintomas comportamentais e de alterações das funções psíquicas agrupados em uma entidade mórbida, mas é, também, levar em consideração os prejuízos e o sofrimento de um indivíduo. É uma questão subjetiva, porém, sua inserção em determinado contexto histórico e social é de

indiscutível valor no estabelecimento do conceito. Ao realizar um diagnóstico se pensa para quem e por que ele é realizado. Há um contexto que envolve o atendimento e um uso que se fará dessa conclusão, propondo-se, no processo de diagnóstico complexo e multidisciplinar, dois modelos. No primeiro, seguem-se as entrevistas de anamnese e o exame da condição clínica geral do paciente e de suas funções psíquicas para, então, a conclusão de em qual transtorno o paciente se enquadra. Já no segundo, há a compreensão do funcionamento dinâmico do indivíduo em um modelo biopsicossocial (Assumpção Jr, 2009; Assumpção Jr, 2014; Dalgalarrrondo, 2008).

Ao se localizar a Psicopatologia em uma linha tênue entre os campos da Psiquiatria e da Psicodinâmica, a elaboração de um diagnóstico é de grande importância para o planejamento de um processo de tratamento, e esse campo da compreensão do paciente para o direcionamento da conduta permeia parte do ensino de Psicopatologia. Dessa forma, o diagnóstico compreensivo e seu saber também se fazem necessários. Gabbard (1998) ajuda a compreender a diferença dos dois modelos comuns de diagnóstico, ao falar sobre diferentes formas de abordá-los em Psicopatologia e da complementaridade desses modelos.

Segundo o autor referido, o diagnóstico psiquiátrico determina os sintomas estatisticamente significativos conforme a dimensão temporal dos distúrbios. Assim, o diagnóstico estrutural, de outra forma, leva em conta aspectos psicodinâmicos e estruturais visando a uma compreensão que inclui “os conflitos inconscientes, os déficits e as distorções das estruturas intrapsíquicas e as relações objetais internas” (Gabbard, 1998, p.31).

Aiello-Vaisberg (1999), em sua tese de Livre-Docência, utiliza-se de um caminho entre a transicionalidade e o ensino de Psicopatologia para falar sobre a representação social² da loucura. É um objeto de estudo que muito se debruçou ao longo de sua carreira e que explora, em sua tese, por meio da aplicação do procedimento Desenho-Estória com tema³, em

² A autora e sua equipe, em suas publicações mais recentes, no lugar do termo Representação social, vêm preferindo o uso do conceito de Imaginário Coletivo, concebendo este como “complexos ideo-afetivos, fenômenos da conduta que ocorrem no contexto da inter-subjetividade e que, por serem organizados sempre a partir de campos psicológicos inconscientes, influenciam práticas individuais e coletivas” (Aiello-Vaisberg & Ambrosio, 2006, p.1). Assim, empregam-no de acordo com as reflexões que desenvolvem acerca do conceito de conduta do autor psicanalista argentino José Bleger (Pontes, Barcelos, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2010). Ao longo deste trabalho, será utilizado o termo conforme empregado no texto original, respeitando-se a época e o contexto de seu uso.

³ O Procedimento Desenho-Estória com tema é uma variação do Procedimento Desenho-Estória proposto pelo Psicanalista Walter Trinca (1997), também é parte do método de estudo da presente dissertação, e, assim, será melhor exposto no capítulo referente ao método deste trabalho.

estudantes da disciplina sobre Psicopatologia que ministrava.

Nesse trabalho, a autora observa que, para os alunos, a loucura seria uma possibilidade humana, da qual não se excluem de modo radical. Por vezes a atribuem ao tipo característico da vida humana em grandes centros urbanos, de modo que a realidade social oprimiria o sujeito a ponto de levá-lo à loucura. De modo diverso, em algumas produções analisadas, apesar de escuras, algo fundamentalmente íntegro permanece preservado frente à realidade, o sentimento do mundo. Nesse ponto, observa uma desesperança acerca da possibilidade de reversibilidade do referido quadro sombrio (Aiello Vaisberg, 1999).

Em outro grupo, a autora observa o louco posicionado no campo da paixão violenta, um excesso frente à vida afetivo-amorosa. Encontra também a relação da loucura com causas orgânicas, distanciamento e defesa de uma realidade opressora, característicos de seus estudos com sujeitos que não tinham contato com loucos. De outra maneira, observa, ainda, a negação de uma motivação psicológica sem causa orgânica, em um não saber de si e do mundo (Aiello-Vaisberg, 1999).

A partir desse trabalho, Aiello-Vaisberg (1999, 1996) destaca a importância do estudo da representação social como meio de compreensão desta para transformação e flexibilização. Constrói-se, assim, um sujeito, aluno de Psicopatologia, que tem fortes angústias acerca do tema, defendendo-se, mas demonstrando lucidez e abertura, ou, em suas palavras na conclusão da tese:

“Estamos diante de um sujeito deprimido e desesperançado, que contra-transferencialmente apelará para uma parceria depressiva ou teimosamente capaz de crer na vida ou na possibilidade de construção social do mundo enquanto lugar em que se possa não apenas sobreviver mas sobretudo viver criativa e autenticamente” (Aiello-Vaisberg, 1999, p. 301).

Para o psicanalista argentino José Bleger (1984), toda manifestação humana carrega sentidos próprios e humanos compreendidos como uma totalidade que envolve o contexto no qual ocorre. Nele suas diferenças e possibilidades são sempre infinitas, sendo toda conduta o melhor que pode ser feito ante essas condições, seja ela considerada ou não como patológica. Vale lembrar que, para Freud (1923, 1932), faz parte da condição humana a possibilidade de um rompimento psíquico em algum momento de sua vida.

Representações sociais, nessa perspectiva, remetem a um grupo particular de condutas, que

ocorrem na área mental e na psicodinâmica, dado que correspondem ao que se denomina “manifestações simbólicas de subjetividades grupais”, sendo importante observar o enquadramento dramático em que se encontra o indivíduo, como o momento da vida, o momento histórico vivido em determinada cidade, país, etc. (Aiello-Vaisberg, 1995). Dessa forma, são marcas da atual sociedade a violência, exclusão e o consumo desenfreado que levam à dificuldade de simbolização das experiências, e, ainda mais, à vivência do vazio existencial frente à ausência de sentido. Essas experiências podem ser denominadas “loucuras contemporâneas” (Cruz, 2012; Tardivo, 2007).

Ensinar Psicopatologia, dessa forma, não é uma tarefa inocente. Faz-se importante superar a teoria e a mera transmissão de informações de um setor da realidade, para proporcionar um contato com o sujeito doente mental que evidencie a própria condição de possibilidade de perda de sustentação. Desvela-se, assim, o potencial que há em todo humano de perda do referencial de realidade e da identidade que possibilitam enfrentar os abismos do real (Aiello-Vaisberg, 1999).

Winnicott (1975) reconhece no *self* uma totalidade baseada nas operações do processo maturacional, auxiliado pelo meio ambiente humano. Ou seja, não é uma entidade ou instância psíquica, mas um fenômeno que se desenvolve em um contínuo devir do amadurecimento. Constantemente se constituindo, o sujeito anseia pelo futuro quando se inauguraria, sem saber, de fato, se haverá esse momento.

No percurso rumo ao amadurecimento, o autor destaca a importância do espaço localizado entre o mundo subjetivo e o objetivamente percebido, um local de passagem, mediação ou transição, e cuja ponte é realizada por objetos transicionais. Esses objetos não têm importância apenas por si, mas são cruciais nessa lacuna entre a realidade interna e a externa. (Winnicott, 1975)

No processo de integração é que o sujeito pode vir a sentir-se como uma unidade que se diferencia do mundo externo. Nele também é que adquire pouco a pouco a noção de tempo e espaço. Essa gradação pertence ao campo da transicionalidade, e é nela que ocorrem a interação e simbolização entre o sujeito e o mundo que o rodeia. Essa simbolização é de suma importância para dar significado e sentido à experiência (Winnicott, 1975).

Ao longo desta trajetória rumo ao amadurecimento, a presença do outro, na condição de ambiente, é de grande importância para a constituição maturacional do indivíduo, e, quando

não ocorre de forma consistente, sem o outro o sujeito está frente a um abismo no *self*. Este, sem referências para sustentar-se e constituir-se, está suscetível, segundo Winnicott (1994a), à vivência de uma angústia impensável em que posiciona a loucura como algo temível, apavorante e cujas defesas estariam diretamente voltadas à manutenção do *self* ante essas angústias. Para Aiello-Vaisberg (1999) *“todos vivem, vez por outra, episódios de rompimento com a realidade consensual, ainda que a tendência seja apagá-los rapidamente da memória, em função do desconforto que acarretam”* (p.9).

Frente a esta possibilidade impensável, o sujeito vê-se diante da cisão ou do medo colapso. Esse termo Winnicott (1994a) designa para referir-se à desorganização do Eu ou de suas defesas contra uma situação que já ocorreu, mas que não pôde ser significada e integrada, uma vez que não haveria um corpo, ou um si mesmo, integrado para captá-la. Um ambiente falho ou que não seja suficientemente bom pode lançar o sujeito sobre essa experiência de não ser por si só capaz de lidar com essas angústias e lidar criativamente com as mais diversas situações.

3. Oficinas Psicoterapêuticas e Encontros Terapêuticos em Saúde Mental: ensino, pesquisa e atendimento

Tardivo (2007) destaca a importância do elo entre teoria e prática e considera que *“teoria sem prática é estéril e prática sem fundamentação teórica pode ser superficial e até inconsequente”* (p.201). Nesse sentido, a pesquisadora desenvolve no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, Projeto APOIAR, trabalhos e pesquisas em vários âmbitos, visando as mais diversas manifestações do sofrimento humano.

Entre as diversas frentes de atuação desse laboratório, mais especificamente sobre as que versam sobre a doença mental, encontram-se intervenções junto a moradores de instituição psiquiátrica e sua reinserção social; uso de técnicas projetivas utilizadas com pacientes psiquiátricos; e Oficinas Psicoterapêuticas e Encontros terapêuticos em Hospitais psiquiátricos como proposta que integra ensino, pesquisa e intervenção. Essas atividades têm como base o método psicanalítico e a teoria de Winnicott como um de seus principais inspiradores (Tardivo e Gil, 2008; Tardivo, 2007, 2004a; 2004b).

Destaca-se, aqui, o desenvolvimento desde 2005 da proposta inovadora de ensino e

pesquisa interventiva por meio de estágios em instituições parceiras que trabalham a questão da Saúde Mental oferecidos a alunos que cursam disciplinas ministradas pela professora Tardivo sobre a temática da Psicopatologia. Inspirada nas concepções de sofrimento de Jacqueline Barus-Michel, no papel do psicólogo a partir da obra de José Bleger, e na experiência de consultas terapêuticas desenvolvida por Winnicott, a pesquisadora oferece a seus alunos das disciplinas que ministra duas propostas de ações práticas, a saber, o trabalho com Oficinas Terapêuticas e Encontros Terapêuticos. O último será o contexto de parte do presente estudo (Tardivo, Salles e Gabriel Filho, 2013; Gabriel Filho et al., 2010; Tardivo et al., 2008; Gil & Tardivo, 2007; Tardivo et al., 2005; Tardivo, 2004b).

Cabe ressaltar que, anteriormente à mencionada proposta de estágio da professora Tardivo, a professora Tânia Aiello-Vaisberg, enquanto era responsável pela Introdução à Psicopatologia no curso de Psicologia da Universidade de São Paulo, oferecia, a seus alunos, outras modalidades de aproximação com a doença mental. Por meio delas compreende de grande valor o uso de abordagens transicionais na metodologia de ensino, ao oferecer ilustrações do que a teoria preconiza para aproximar os alunos em direção a campo de atuação do psicólogo, proporcionando um vínculo criativo com a Psicopatologia Psicanalítica (Aiello-Vaisber & Machado, 2005).

Segundo a docente, em colaboração com Machado (Aiello-Vaisber & Machado, 2005), faz-se importante o que denominam de “prática transicional”. Esta precederia o contato dos alunos com pacientes em clínica-escola de forma a proteger esses estudantes das angústias despertadas pelo exercício profissional, principalmente frente à Psicopatologia. Para as autoras, a ativação precipitada dessas angústias, antes adormecidas no inconsciente, poderia, em uma situação menos grave, mobilizar defesas psíquicas, como distanciamento afetivo e racionalização. Essas defesas precipitariam o emergir de um “falso *self*” o que, poderia significar uma dificuldade de o psicólogo clínico estabelecer vínculos terapêuticos junto a seus pacientes.

Destaca-se particularmente difícil e angustiante a proximidade com esses pacientes uma vez que remetem, como prediz a teoria psicanalítica, às próprias angústias primitivas. O ensino desse campo do saber psicológico seria, assim, uma tarefa árdua e que envolve um extremo cuidado. Para tanto, acreditam ser importante transmitir aos alunos a concepção da Ciência Psicanalítica compreendendo que, no campo transferencial que ela propõe, ficam

amenizadas as barreiras rígidas entre o terapeuta e o paciente entendidos como duas individualidades sobrepostas. Esse conjunto proporcionaria emergir nesse trabalho a autenticidade e a criatividade, elementos de grande valor para a clínica orientada pela teoria de Winnicott (Aiello-Vaisber & Machado, 2005).

Dessa forma, sobre a prática de Consultas Terapêuticas, Winnicott (1994b), no texto Valor da Consulta Terapêutica, apresenta sua proposta na qual explora a(as) primeira(s) entrevista(s) com um paciente. Nela, oferece um *setting* humano e a compreensão do sujeito, realizando a prática conforme cada caso em particular.

O autor enfatiza que não se tem por objetivo o atendimento psicanalítico tradicional, mas outro conceito, valendo-se integralmente do material que emerge nas entrevistas iniciais. A partir dessa breve intervenção, que, em geral, não passa de três sessões, ele reforça, ainda, o potencial da possibilidade de uma comunicação privilegiada e de confiança que se faz entre o paciente e o terapeuta. Nesse momento, o profissional assume o papel de objeto subjetivo, quando, nos primeiros encontros, o profissional tem uma maior oportunidade de estar em contato com seu paciente (Winnicott, 1984).

Consonante com esta proposta, Gil (2010) baseia-se, principalmente, na teoria de Winnicott e Bleger para destacar a importância de enquadres clínicos diferenciados para a expansão de possibilidades terapêuticas a serem ofertadas aos pacientes. Considerando-se, assim, a expansão da Psicanálise para além de sua técnica e enquanto método.

Segundo a autora, o método de investigação da Psicanálise se vale da interpretação, da associação livre e da observação do campo transferencial. A partir dele e da teoria winnicottiana, expande-se a visão sobre as possibilidades do *setting* terapêutico, e a aplicação da teoria psicanalítica pode seguir para além do espaço do consultório do analista (Gil, 2010).

Muitas vezes o paciente não apresenta condições para adaptar-se aos moldes da análise tradicional. Como ilustração dessa questão e expansão da tese sobre a importância de novos moldes ou enquadres para a prática terapêutica com base psicanalítica, a autora relata sua experiência com idosos, ao citar o desafio presente no atendimento desse público (Gil, 2010).

O desafio mencionado ocorre, principalmente, quando há o contato com o sofrimento psíquico causado por situações de exclusão tanto social quanto familiar, limitações físicas, o medo da proximidade da morte ou, ainda, de alguma doença degenerativa ou limitante. Dessa forma, muitas vezes o enquadre psicanalítico tradicional não se faz eficaz frente a resistências

do idoso à busca de auxílio psicológico, seja por preconceito sobre esse trabalho, ou devido a dificuldades financeiras que o inviabilizam (Gil, 2010).

Sobre a prática do ensino de Psicopatologia, Gil e Tardivo (2007) destacam, ainda, o uso do desenho como instrumento projetivo empregado há vários anos como forma de o indivíduo expressar simbolicamente suas percepções conscientes e inconscientes sobre si mesmo e o ambiente que o cerca. Baseando-se na tese de Aiello-Vaisberg (1999), acima citada, as autoras destacam o percurso do estudante de Psicologia frente ao ensino de Psicopatologia no enfrentamento de ideias sobre o normal e o patológico e os diversos transtornos mentais sob perspectivas tanto teóricas quanto práticas. Dessa forma, apresentam as concepções que os alunos trazem sobre o normal e o patológico.

As autoras (Gil e Tardivo, 2007), dialogam com Aiello-Vaisberg (1999) sobre a concepção de que o aluno não chega desprovido de pensamentos sobre o assunto, mas, pelo contrário, tem suas concepções sobre o tema. Defendem, assim, que a proposta não é substituir suas representações, em geral, advindas de uma noção do senso comum, mas permitir a flexibilização e liberdade desse pensar sobre o assunto. Destacam também a importância da busca do aluno de encontrar ali o que estudou nas aulas teóricas e visualizar a si mesmo no papel de futuro profissional formado, constituindo-se assim como tal.

No referido estudo (Gil e Tardivo, 2007), o intuito foi analisar e refletir sobre a concepção que estudantes de graduação em Psicologia têm sobre doença mental. Para tanto, aplicaram o Procedimento Desenho-Estória com tema (Aiello Vaisberg, 1997; Tardivo, 2007), em 50 alunos de segundo ano de graduação em Psicologia da Universidade de São Paulo que não haviam tido contato anterior com a disciplina de Psicopatologia. Como instrução solicitaram: “Desenhe um doente mental e em seguida escreva uma história sobre esta pessoa”. A partir dessa proposta são levantadas hipóteses quanto à concepção de doença mental desse grupo como sujeitos coletivos.

Formaram-se cinco categorias sobre a concepção de doença mental apresentada pelos estudantes: dificuldades de adaptação à realidade social; descrição de Transtornos mentais/Patologias; etiologia de base orgânica; referências culturais; ênfase no tratamento e na cura. Essas categorias foram analisadas tanto quantitativamente quanto qualitativamente. Na análise qualitativa, puderam observar que a representação da doença mental se relacionaria a dificuldades de adaptação à realidade social. Em alguns casos estiveram presentes situações

de moradores de rua, miséria e abandono. Em outros, observaram, também, a fantasia de a doença mental poder afetar pessoas comuns, ou estar relacionada a valores morais (Gil & Tardivo, 2007).

Como conclusão, compreendem essas observações como parte da angústia da possibilidade de se identificar com os pacientes dado que essa doença faz parte da humanidade. Atribuem, então, o emergir de um louco específico, que mora nas ruas, como forma de defesa, distanciando a realidade deste das próprias realidades. Analisam, por fim, que esse estudo é fundamental, pois pode contribuir para transformações significativas do vínculo do aluno diante tanto da teoria quanto da prática, bem como para que o futuro profissional venha a ser mais sensível ao sofrimento humano (Gil & Tardivo, 2007).

Nesse sentido, o estágio no modelo de Encontros Terapêuticos é apresentado como parte da proposta de ensino prático da Psicopatologia. Essencial nesta dissertação como um enquadre diferenciado, a proposta no modelo citado consiste na formação de um *setting* humano através da reunião de cinco a sete estudantes/estagiários e um monitor formado em Psicologia e pesquisador do Projeto APOIAR. No encontro, o grupo se reúne para oferecer um espaço de escuta e continência a um paciente em situação de atenção psiquiátrica em Hospitais Psiquiátricos ou em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) parceiros deste projeto (Gabriel Filho et al., 2010). Ao longo do período a equipe se mantém constante e participa presencialmente de toda a prática.

Para tanto, são realizados de cinco a dez encontros semanais com duração de uma hora, seguidos de discussões clínicas entre o profissional e os estudantes de graduação. Destaca-se que os pacientes são sempre convidados a participar da proposta, podendo recusá-la ou, ainda, desistir da participação a qualquer momento. São comuns casos em que os encontros são interrompidos quando o paciente é desligado da instituição por alta médica e da equipe, ou, menos frequente, por desistência. Nestes casos, dá-se sequência ao trabalho com o convite a outro paciente para seguir o mesmo enquadre (Gabriel Filho et al., 2010).

O projeto em questão tem uma dupla finalidade: criar um espaço de escuta e continência para os pacientes e possibilitar a participação dos alunos/estagiários, com a presença de profissionais psicólogos nos atendimentos realizados, constituindo, também, uma experiência de aprendizado. Trata-se, então, de uma experiência de caráter pedagógico e interventivo,

integrando o ensino da Psicopatologia e a pesquisa interventiva em equipamentos de saúde mental (Cruz e Tardivo, 2010; Gabriel Filho et al., 2010).

Compreende-se, assim, como importante a oferta de estágios monitorados em equipamentos de saúde mental nas etapas iniciais do curso, por possibilitarem um processo de aprendizado mais dinâmico e contextualizado. Apresenta, assim, o aluno à atuação do modelo de atenção à saúde mental vigente, como apresentado no capítulo anterior. Para tanto, o estágio oferece aos alunos a experiência de formular hipóteses e tentar compreender o processo de adoecimento, problematizando aspectos sobre a assistência em saúde mental e estabelecendo correlações com as teorias ensinadas em sala de aula (Tardivo, Salles & Gabriel Filho, 2013; Cruz & Tardivo, 2010; Gabriel Filho et al., 2010).

Cabe destacar, contudo, que para muitos desses alunos trata-se tanto da primeira experiência clínica, como também do primeiro contato com pacientes com transtornos mentais. Esse fato pode fomentar fantasias e angústias sobre como se dará o encontro, o que vem a ser a loucura ou como se portar diante dela. Para tanto, nesse enquadre, a relação próxima e horizontal entre o grupo composto por colegas de uma mesma turma e pela figura do monitor tem grande valor. É fundamental o respaldo entre os alunos que se tornam sustentadores do colega, jovem terapeuta, para que este possa explorar essa experiência de contato com algo novo e, muitas vezes, temível (Tardivo et al., 2013; Gabriel Filho et al., 2010).

Além do contato entre os estudantes, destaca-se, também, a função do monitor como facilitador e mediador de um espaço no qual emergem as relações entre alunos e pacientes. Esse espaço, sem técnicas nítidas *a priori*, permite a ambos expressarem-se, acolhendo não apenas o paciente, mas, também, os estudantes que se defrontam com as próprias angústias iniciais e as que emergem ao longo dos atendimentos, possibilitando, assim, nomear e dar sentido a elas nesse contexto (Tardivo et al., 2013; Gabriel Filho et al., 2010).

Ao longo do período dos atendimentos, são elaborados pelos alunos relatórios semanais sobre a experiência vivida e um relatório final que conta com uma análise descritiva do caso, bem como uma compreensão dinâmica do paciente. Esses relatórios se mostram centrais não apenas por compor uma atividade de aprendizado acadêmico embasado na teoria e nos conhecimentos da Psicopatologia, mas também pela possibilidade de nomear e dar palavras à experiência e vivência práticas do contato com o real, tanto frente ao paciente, quanto à

instituição que acolhe o estágio (Tardivo et al., 2013; Gabriel Filho et al., 2010).

Como um projeto científico, esses relatórios também podem originar produções acadêmicas. A prática referida sempre conta com o consentimento dos pacientes e da direção das instituições parceiras, bem como dos alunos participantes. Dessa forma, a experiência e os resultados desse projeto vêm sendo divulgados e apresentados em diversas oportunidades (Tardivo et al., 2013; Cruz & Tardivo, 2010; Gabriel Filho et al., 2010; Tardivo & Gil, 2005; Tardivo et al., 2008; Gil & Tardivo, 2007; Tardivo et al., 2006; Tardivo, 2006; Gil et al., 2007).

Tardivo e seus colaboradores (2008), ao descreverem um caso clínico acompanhado nesse modelo, discutem a possibilidade do paciente de tomada de consciência diante de sua situação – no caso específico o abuso de álcool e drogas. Apontam, assim, que o paciente se apresentava, ao final das sessões, menos deprimido e mais integrado, fazendo, inclusive, planos para o futuro.

Na perspectiva dos alunos, observam que esses, assim como o paciente, gradualmente se sentiram menos ansiosos diante da situação do atendimento, possibilitando a elaboração da experiência nova. Esse fato colabora com a proposta de formação teórica que se faz alimento para elaboração dos conteúdos transferenciais, identificações, entre outros sentimentos que fazem parte desta prática clínica. Configura-se, assim, um espaço de sustentação tanto para o paciente quanto para os alunos (Tardivo et al., 2008).

No livro coordenado por Tardivo e Gil (2008), são apresentadas pesquisas, de diferentes autores, que abordam as vivências e percepções de estudantes, bem como os relatos de pacientes em trabalhos no âmbito da Psicopatologia. Essas pesquisas atestam as contribuições da proposta de Encontros Terapêuticos para a formação clínica do estagiário voltada para a atuação em saúde mental, como também a importância desse dispositivo no acolhimento de pacientes em sofrimento.

Além dessas pesquisas, outras publicadas em outros meios, e realizadas também a partir do estágio nesse modelo, têm evidenciado sua contribuição para a formação do aluno de graduação em Psicologia. As pesquisas mencionadas demonstram a importância dessa proposta de estágio na desconstrução de uma visão estereotipada sobre o processo de saúde-doença mental, e a oportunidade de ressignificação do trabalho do psicólogo nessa área. Nos diversos trabalhos observou-se que o estágio possibilita aos graduandos um contato mais

humano com os pacientes, mas sem perder a dimensão teórico-científica, por possibilitar a compreensão do caso e a correlação com os conteúdos aprendidos no contexto de aula (Tardivo et al., 2013; Chang et al., 2010; Cruz & Tardivo, 2010; Gil & Tardivo, 2007; Freitas & Tardivo, 2005; Paulo et al., 2005).

Entre esses estudos, vale destacar o de Tardivo e seus colaboradores (2013), em que utilizaram como método a proposta de análise de conteúdo desenvolvida por Bardin para explorar os relatórios entregues pelos estudantes ao longo do período de estágio em Encontros Terapêuticos. Nela se valem de um conjunto de técnicas de caráter qualitativo e que visa à organização de material, possibilitando emergir temas, tópicos e conceitos. Faz-se importante, ainda, o respeito pelo caráter polissêmico das interpretações e sentidos atribuídos a esses materiais.

Neste trabalho, o material foi explorado realizando-se leituras flutuantes e descomprometidas dos relatórios dos alunos, com o intuito de (1) apreensão inicial do material; (2) seleção das unidades de análise ou de significação; e (3) realizando-se a categorização, em formato de enunciados. Dessa forma, nomeiam como primeira categoria *O Eu e a Loucura: experiências e sentimentos frente a um primeiro contato com a doença mental*, na qual a principal marca do início do estágio é a dúvida do estudante que versa sobre aquilo com que irá deparar (Tardivo et al., 2013).

Tendo em vista a pouca experiência desses alunos com a doença mental, relatam a surpresa presente nesse contato, o que evidencia uma cisão com a representação social que tinham do tema e a possibilidade de compreender a singularidade na experiência do adoecimento mental em cada pessoa. Dessa forma, um mecanismo comum usado por eles é o apoio em explicações técnicas e diagnósticas, uma racionalização que visa a acalmar a dúvida que emerge frente ao sofrimento do paciente e às próprias incertezas. Essa vivência, com o passar do processo, dá lugar à percepção de que, além do gesto técnico, também se faz importante ali a possibilidade de um encontro verdadeiro entre alunos e paciente (Tardivo et al., 2013).

Os autores Tardivo, Salles e Gabriel Filho (2013) na pesquisa aqui resumida trazem ainda como segunda categoria *O Eu como terapeuta: a experiência de um devir estagiário*, na qual foram notados benefícios da localização temporal deste estágio no curso, a saber o segundo ano da graduação. Essa etapa precoce vai ao encontro de observações feitas por eles, uma vez que observam uma evolução da percepção dos estagiários sobre a doença mental, sobre as

questões envolvidas nesse campo de atuação e sobre o trabalho do psicólogo clínico nesta área.

Nesse mesmo artigo, os autores analisaram também relatos e observações encontradas nas experiências dos monitores que compõem a equipe (Tardivo et al., 2013). Essa proposta não foi foco do presente trabalho, mas também é resumida a seguir.

Entre a equipe que participou do projeto, há monitores já ingressados, ou recém-ingressados nos programas de mestrado e doutorado em psicologia clínica, psicólogos formados cursando especialização e uma aluna no último semestre de graduação. Os autores realizaram a análise do material também classificando quatro categorias que versariam sobre (1) as primeiras impressões do monitor e suas expectativas; (2) a relação com os alunos; (3) o trabalho que viria a realizar; (4) a sua percepção sobre valor deste trabalho para si e para o paciente (Tardivo et al., 2013).

Na primeira, sobre as expectativas e primeiras impressões do monitor, foram destacadas expressões de curiosidade e apreensão sobre a instituição e sobre a própria capacidade do monitor de realizar o trabalho com o paciente e os alunos. Nessa proposta, além de chamar a atenção ao interesse pelo tema da saúde mental, pela instituição e pelo modelo vigente como importante para a própria formação, os monitores frisam, ainda, a importância de como manter o foco presente tanto no paciente quanto nos alunos, visando ao cuidado de ambos (Tardivo et al., 2013).

Destaca-se, ainda, a relação com os alunos, observando-se o enfoque ao cuidado com as angústias emergentes no grupo como um desafio aos monitores e a alusão ao sentimento de enriquecimento pessoal, que foi unânime em todos os relatos. Nessa categoria, é citado o crescimento profissional, tanto como psicólogo, quanto no âmbito acadêmico, como instigante à docência e ao estudo. Tanto os monitores que passaram pelo estágio como alunos quanto os que não passaram chamam a atenção à sua importância na formação (Tardivo et al., 2013).

Nesse estudo, por fim, os autores puderam confirmar que os encontros entre o monitor de estágio, os estagiários e o paciente cumpriram as finalidades propostas de ensino, conhecimento e intervenção. Dessa forma, constata-se o grande potencial evolutivo na construção de um saber para além da teoria e rumo à aproximação ao tema da saúde mental. Assim, tanto os alunos quanto os monitores puderam valer-se do caráter formativo da experiência proporcionando, ainda, o cuidado ao paciente (Tardivo et al., 2013).

II. JUSTIFICATIVA E OBJETIVO

Frente à exposição feita até aqui, compreende-se a doença mental como um tema cada vez mais presente no cotidiano da sociedade que emerge. Dessa forma, há uma busca intrínseca da compreensão desse campo de estudo marcado pela necessidade de distinção sobre o que seria normal e o patológico ou pela interdependência dos mesmos. Como já citado, para a constituição desse objeto normal proposto e pressuposto, há, necessariamente, que haver o objeto não normal como forma de delimitação por meio da contraposição (Frayze-Pereira, 1985). Contudo, quem foge à norma, moralmente concebida, torna-se um incômodo como possibilidade do *self* que vive a constante iminência de ruptura (Winnicott, 1994a).

Partindo desses pontos, observa-se parte de como a temática da doença mental é encarada atualmente e, naturalmente, a ação necessária para atuar neste campo está em grande parte entranhada por essa concepção. Esse conteúdo não surge de lugar algum, mas de uma história e uma cultura que norteiam as práticas de ensino e as práticas que ensinam. Dessa forma, torna-se importante debruçar-se sobre a temática dessa contextualização do momento histórico atual, compreendendo o contexto universitário em que se inserem o estudante de Psicopatologia e o presente trabalho.

O aluno é marcado, nessa proposta, por uma prática cujo objetivo é trabalhar a doença mental numa perspectiva humana e que compreende o contexto sócio-histórico em que ela se insere. Assim, é fundamental compreender a dificuldade de ser afetado pelo encontro com um extremo da existência que marca os potenciais menos saudáveis e mais frágeis da constituição na condição de seres humanos que reconhecem e se identificam no outro.

Nesse caminho, destaca-se aqui a perspectiva dos estudantes da disciplina de Introdução à Psicopatologia do curso de graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, permeada pelo ensino teórico desse curso e pela participação em uma prática de estágio, propostos pela Professora Livre-Docente Leila Tardivo. Sob essa perspectiva, o objetivo do presente estudo é explorar como esses alunos experienciam o primeiro contato frente ao campo da saúde mental e verificar se, e como, a concepção desse campo é afetada por essa experiência.

III. MÉTODO

1. A Pesquisa Clínico-Qualitativa e a Ciência Psicológica

Para a realização da proposta deste trabalho, será adotado o método clínico-qualitativo proposto por Turato (2003), que, segundo o autor, tem como características: (1) ter dados descritivos, ou seja, visa a buscar, mostrar e descrever o fenômeno; e (2) haver uma preocupação com o processo sendo a questão da significação essencial. Dessa forma, há como cerne os sentidos e as significações de fenômenos. Entre eles, os que permeiam a vida do sujeito tanto em seu âmbito particular quanto no coletivo, permitindo a compreensão de seus significados.

Essa forma de lidar com o problema eleito permite a terapêutica como uma abordagem compreensiva, possibilitando uma ampliação à explicação centrada em resultados objetivos e mensuráveis, matematicamente manejados (Turato, 2003). A proposta referida é muito condizente com a de Aiello-Vaisberg (1999) para quem a Psicopatologia revela dimensões do humano, e não meros desvios da normalidade ou de conduta. Ou seja, revela um padrão social, permitindo, assim, uma particularidade dos indivíduos e de sociedades em seu meio coletivo.

Turato (2005) destaca, também, que os elementos psicanalíticos são valorizados nessa proposta metodológica, pois compõem a visão e a postura do pesquisador frente a seu estudo no sentido da escolha do tema e do objeto de pesquisa. Para tanto, contextualiza-os sob um referencial teórico e sob a escolha dos instrumentos de auxílio na coleta de dados e discussão de resultados, além de sua postura na intervenção com os participantes da pesquisa.

Entretanto, o autor distingue o método psicanalítico do clínico-qualitativo, enquanto define, por um lado, que o primeiro necessita aguardar o tempo do paciente quando este traz seus conteúdos que podem, assim, confirmar ou refutar hipóteses do analista pesquisador. Por outro lado, o método clínico-qualitativo permite ao pesquisador buscar em campo o estudo dos pressupostos de pesquisa, de forma menos dependente do tempo do paciente psicanalítico (Turato, 2005).

Na mesma direção, Tardivo (2004a), inspirada na teoria de Bleger, reflete sobre a Ciência Psicológica, o processo de investigação e a ação clínico-psicológica, compreendendo que não

é possível fazer pesquisa em Psicologia Clínica sem integrar teoria e prática. A autora conclui, então, que uma vez que essa é uma Ciência é feita a partir do modelo de relação Sujeito-Sujeito, e não Sujeito-Objeto, o papel e a postura do psicólogo clínico devem ser, ao mesmo tempo, de investigador e profissional que intervém.

Divergindo das formas de compreensão que excluem o observador da cena onde está o observado, a autora considera a relação observador-observado como um fenômeno humano, uma conduta. Para tanto, compreende-a como conjunto de elementos coexistentes e interatuantes em dado momento particular ao objeto de estudo e ao pesquisador e sua trajetória. Os personagens envolvidos, então, serão compreendidos como inseridos em um recorte de momento histórico, local e comunidade específicos (Tardivo, 2007, 2004a).

Sob essa perspectiva, conduta é sempre o que emerge de um campo ou de um recorte do total dos fenômenos, que, embora sejam estruturados em função da vida dos seres humanos, não são independentes destes. Assim, a Ciência Psicológica, na condição Ciência Humana, não é um método único, mas algo que se constrói. Pesquisar em Psicologia Clínica trata de conhecer e modificar a realidade pesquisada, relacionando-se o explicar e o compreender em um processo de interação dialética entre o objetivo e o subjetivo (Tardivo, 2007, 2004a).

Da mesma forma, as Técnicas Projetivas, cuja base é a Psicanálise, não se reduzem a esta, mas são instrumentos que permitem uma aproximação ao fenômeno humano, não como aplicação, mas como produção de uma teoria. Possuem, assim, um denominador comum caracterizado pela psicologia dinâmica, onde reconhecem a interioridade e, principalmente, a unidade da pessoa, em uma postura que não a “coisifica” (Tardivo, 2004a).

2. Participantes

Participaram do presente estudo 63 alunos da disciplina “Introdução à Psicopatologia” do curso de graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Este trabalho foi dividido em duas fases distintas, em que 63 estudantes, homens e mulheres com faixa etária entre 17 e 54 anos participaram da aplicação do Desenho-Estória com tema. No segundo momento, um grupo de seis alunos pertencentes aos 63 anteriores, com idades entre 19 e 20 anos, de ambos os sexos, foi acompanhado durante o estágio prático da disciplina com a proposta de Encontros Terapêuticos.

3. Procedimentos e Instrumentos

No contexto da disciplina introdutória à Psicopatologia para graduação, acima citada, o presente estudo foi dividido em duas fases, sendo a primeira a aplicação do Desenho-Estória com tema (DE-t) no primeiro dia de aula com os alunos presentes. A segunda refere-se ao estágio prático da disciplina, em que o pesquisador e autor deste projeto, como já fizera em anos anteriores como colaborador do Laboratório, acompanhou, como monitor da disciplina, oito atendimentos semanais na proposta de Encontros Terapêuticos. Nessa fase, o grupo de estagiários acompanhou um usuário de um Centro de Atenção Psicossocial da região metropolitana de São Paulo em encontros com duração de aproximadamente 60 minutos.

Para a aplicação do DE-t, foram solicitado o desenho de um doente mental e a escrita de uma história sobre este. Já na segunda fase da proposta, foram realizadas entrevistas semidirigidas com o grupo de estagiários antes do início dos atendimentos e após o encerramento da disciplina e foram recolhidos relatórios semanais sobre a experiência de cada encontro.

Vale destacar que, em todas as etapas da pesquisa (Procedimento Desenho-Estória com tema, estágio no modelo de Encontros Terapêuticos, produção de relatórios e entrevistas), os participantes foram convidados antes da realização de cada etapa e que este trabalho buscou sempre respeitar os princípios da bioética ligados à pesquisa clínico-psicológica: da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça (Turato, 2005). Assim, seguiram-se os quesitos éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sendo o projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo⁴.

Para tanto, os participantes foram informados dos procedimentos, concordando com estes, e puderam ler e assinar os termos de consentimento livre e esclarecido cujos modelos encontram-se em anexo. Esses termos foram apresentados aos estudantes em cada uma das etapas em que estiveram presentes, havendo a possibilidade de sua livre escolha por desistir da participação a qualquer momento do processo sem qualquer prejuízo à sua integridade

⁴Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo em 22 de agosto de 2014, CAEE 31049414.4.0000.5561, parecer número 762.209.

física, psicológica ou acadêmica.

3.1 O Procedimento Desenho-Estória com tema

Apresentado por Trinca em 1972, o Desenho-Estória (D-E) é uma técnica de investigação clínica da personalidade que foi difundido em 1976 com a publicação da obra “Investigação Clínica da Personalidade: O Desenho Livre como Estímulo de Apercepção Temática”, associando, de um lado, a parte gráfica de expressão e, de outro, a ação verbal de associações selecionadas com a percepção de certos estímulos. Esse procedimento foi elaborado para o auxílio em exames Psicodiagnósticos Compreensivos⁵, inicialmente de crianças entre 5 e 15 anos, sendo, hoje, empregado entre as mais diversas idades, entre crianças de 3 anos até idosos em diversas condições (Tardivo, 2008; Trinca, 2013, 1997).

Nessa proposta, segundo Tardivo (2008), o desenho é o estímulo para a apercepção temática por meio do ato de relatar e contar histórias. A tarefa compreende ser essencial aos aspectos da estruturação e integração do ego, atingindo aspectos inconscientes da personalidade. Dessa forma, amplia a possibilidade de observação livre e tem relação com os processos de entrevista semiestruturada e não estruturada. O indivíduo tende a revelar e trazer seus impulsos, necessidades, conflitos, desejos, temores, fantasias, etc., proporcionando que, na dupla tarefa de desenho e grafia, surjam aspectos mais significativos da personalidade.

Procedimentos projetivos devem ser interpretados como comunicação entre sujeitos, individuais ou coletivos, cujo psiquismo não é diretamente acessível de modo completo. Visam, assim, a um vínculo humano com a teoria que pode facilitar uma aproximação que esclareça certos fenômenos em sua complexidade (Aiello-Vaisberg, 1996).

Se, por um lado, crianças mostraram mais facilidade em comunicar-se por meio de desenhos e fantasias, por outro lado, adultos, que muitas vezes não continuam desenvolvendo essas práticas, muitas vezes conseguem expressar melhor suas dificuldades dessa forma. O par desenho-estória proporciona um contínuo de início, meio e fim, no qual produz um fator

⁵ O Psicodiagnóstico compreensivo é definido por Trinca (1984, citado por Tardivo 2008) como a busca por tomar o significativo e relevante na personalidade, encontrando um sentido e para o conjunto das informações disponíveis. Nesse encontro empático e emocional, encontram-se também os motivos emocionais dessa pessoa.

ativador dos mecanismos e dinamismos da personalidade, levando à maior profundidade e clareza na comunicação (Tardivo, 2008).

O Procedimento **Desenho-Estória com tema** (DE-t), proposto por Aiello-Vaisberg é derivado do D-E e utilizado em contextos e situações em distintas pesquisas. Distingue-se do D-E na medida em que sua finalidade principal não é ser utilizado no psicodiagnóstico, mas favorece a compreensão de como uma pessoa em seu grupo significa determinada questão, podendo ser apresentado como uma extensão do D-E para estudos específicos de determinados temas propostos de forma explícita (Aiello-Vaisberg, 1997; Tardivo, 2008).

Tardivo utilizou esse procedimento em muitas de suas pesquisas, em que se pode observar o valor do instrumento como ferramenta de intervenção clínica e pesquisa (Chang, Cappa, Bergel & Tardivo, 2010; Tardivo, 2008). Para a pesquisadora,

“o Procedimento de Desenhos com Tema pode, assim, se constituir em instrumento mediador no contato terapêutico que se estabelece, além de fornecer também importantes informações sobre as situações que os seres humanos vivem” (Tardivo, 2008, p. 26).

Na mesma direção, Aiello-Vaisberg (1997) compreende o DE-t como uma importante ferramenta para o estudo das representações sociais, ampliando-o para o estudo de imaginários coletivos. Para ela, o instrumento se torna um campo estruturante das representações sociais, proporcionando a concepção de intervenções pertinentes ao paradigma clínico. Diferentemente do que permite o D-E, a versão com tema não tem como finalidade principal a realização de um Psicodiagnóstico, mais amplo e abrangente, porém, destaca-se que o instrumento favorece a compreensão de como determinada pessoa em seu grupo significa certa conduta ou situação que pode, sim, ser fonte, ou contribuir muito, para o sofrimento, embasando, dessa maneira, uma prática clínica (Tardivo 2008).

Nessa proposta, munido de lápis grafite e folha sulfite como materiais, convida-se o participante a fazer um desenho sobre determinado tema comunicado pelo psicólogo ou aplicador, seguido de uma história a ser escrita no verso da folha. Assim, de forma complementar a outras formas de intervenção, observa-se, em diversas pesquisas de autores diferentes, que essa proposta é apreendida e compreendida em sua totalidade como instrumento mediador no contato humano e fornece importantes dados sobre as experiências individuais (Aiello-Vaisberg, 1997; Tardivo, 2008).

Para o presente trabalho, com base nas propostas de Aiello-Vaisberg (1999) e de Gil e Tardivo (2007), a aplicação do Procedimento Desenho-Estória com tema foi realizada no primeiro dia de aula da disciplina de “Introdução à Psicopatologia” ministrada pela professora Leila Tardivo. Para tanto, solicitou-se ao aluno a seguinte orientação: “Desenhe um doente mental e escreva uma história sobre ele”.

Tradicionalmente, nessa primeira aula, a docente, como parte de sua proposta didática, convida os alunos a realizar esse procedimento com o objetivo de suscitar uma discussão sobre a temática do que se concebe como normal e como patológico, através de uma exposição para a própria turma das produções realizadas pelos colegas. Nesse dia, em especial, juntamente com o convite inicial, foi introduzida a proposta do presente trabalho e, com a concordância dos alunos, os desenhos foram recolhidos para posterior análise.

3.2. Entrevista Semiestruturada

Em entrevistas, a relação criada é de interação, em que há uma influência recíproca entre quem pergunta e quem responde. Ela pode ser: (1) do tipo não estruturada, em que “a entrevista ganha vida ao se iniciar o diálogo entre o entrevistador e o entrevistado” (Lüdke & André, 1986, p.35); (2) do tipo estruturada, com uma padronização fixa das questões; ou (3) do tipo semiestruturada, opção deste trabalho, em que se desenrola a partir de um esquema básico não aplicado rigidamente, permitindo ao entrevistador fazer as necessárias adaptações durante o percurso (Lüdke & André, 1986).

Destaca-se ser fundamental levar em conta certa ordem lógica e psicológica natural na elaboração de um roteiro. De modo diverso, vale, ainda, atentar-se às exigências emergentes no momento da entrevista (Lüdke & André, 1986). Esse fato se mostra interessante, pois permite levantar questões, mantendo-se o objeto inicial de estudo, e apreender a concepção de doença mental dos entrevistados e como se deu a experiência do contato com a prática.

É comum à proposta desse estágio realizar, antes do próprio início, um encontro entre os membros do grupo e o monitor que os irá acompanhar, visando a facilitar o vínculo das novas relações que se estabelecem, ou seja, dos próprios estudantes entre si e entre eles e o monitor. Além desse objetivo, o encontro também visa a compreender o modelo e a identificar pontos de tensão e limites que os alunos possam apresentar. Esse ponto é crucial, uma vez que a

proposta suscita ansiedades e angústias (Tardivo et al., 2013).

Para tanto, no encontro são respondidas perguntas e tratadas questões práticas e pertinentes ao estágio como um todo, desde o comportamento dentro da instituição, passando por quais ou como realizar perguntas e intervenções junto ao paciente, até, e principalmente, a realização de um “contrato” que permeia o respeito mútuo e reconhecimento dos envolvidos nessa prática. Destaca-se, nessa reunião, a importância da escuta e da troca com o grupo e com o monitor como referência (Tardivo et al., 2013).

Após o término do estágio, também como parte deste, o grupo de alunos novamente se encontrou com o monitor para uma entrevista devolutiva a respeito da proposta. Nela, conversou-se sobre como foi a experiência vivida, como concebem, nesse momento, a saúde mental, suas instituições, seus sujeitos, bem como sobre as expectativas do que poderiam encontrar dali para frente em relação ao tema. Essa entrevista grupal também foi gravada para posterior transcrição e análise, destacando-se que ambas as gravações foram feitas com o conhecimento e consentimento do grupo.

Dessa forma, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com o grupo participante do estágio, antes do início deste e após seu término. É importante ressaltar que, para a primeira entrevista, dois membros do grupo não puderam estar presentes. Uma vez que essa prática é parte do processo de aproximação do estagiário com a doença mental, visando a um contexto de desmistificação e realização de acordos de ordem prática ao funcionamento do referido processo, foram realizadas, assim, entrevistas individuais com os membros ausentes em dias diferentes antes do início dos atendimentos. Nas entrevistas realizadas após o final do estágio, a mesma disposição foi mantida. Ao todo foram realizadas seis entrevistas, sendo uma em grupo e duas individuais em cada momento.

Nessa prática, foi utilizada a gravação direta do áudio da reunião e, posteriormente, sua transcrição para análise. Esse recurso tem como vantagem registrar todas as expressões orais sem interferência da compreensão do pesquisador e anotações durante a própria entrevista, o que já representa um trabalho inicial de seleção e interpretação das informações emitidas (Lüdke & André, 1986).

Destaca-se a função do primeiro encontro, falar sobre o estágio e a proposta de entrevista. Assim, optou-se por, inicialmente, ouvir os alunos e apresentar perguntas a respeito do imaginário sobre um doente mental, uma instituição que trabalha essa questão e as

expectativas sobre o tema, o contato com o paciente e com a instituição; bem como seu contato com o tema. Na sequência dos alunos, suas próprias dúvidas foram respondidas e foram trabalhadas questões práticas, como horários, ponto de encontro entre outros acordos.

3.3. Relatórios Semanais dos Estagiários

Na experiência prática com grupos de estudantes no modelo de estágio aqui citado, diversas são as situações e momentos com que o aluno depara. O que é encontrado num primeiro momento, seja sobre o paciente, o trabalho ou a instituição, bem como a própria função e conhecimentos ali, ou, ainda, como concebe suas próprias sensações e reações pode ser confirmado ou desmistificado ao longo do processo (Salles et al., 2012).

Dessa forma, foi solicitado aos alunos que produzissem por escrito relatos semanais, descrevendo brevemente os atendimentos e como fora a experiência para si. Compreende-se que esses relatos sejam importantes, uma vez que são instrumentos integradores, em que, ao escrever, o aluno depara com a vivência que teve, podendo nomear sentimentos e, de alguma forma, uma compreensão do caso (Salles et al., 2012).

Isso se torna uma rica fonte para que o monitor possa acompanhar eventos que nem sempre são relatados no grupo ou mesmo em espaços individuais. Pode, então, compreender a dinâmica individual e do grupo para auxiliar na construção de um espaço de integração não apenas teórico, mas também experiencial. Com a concordância dos envolvidos e respeitando-se sua integridade, esses materiais foram analisados para esta pesquisa.

3.4. Forma de Análise dos Resultados

Para a análise dos conteúdos obtidos por meio da aplicação do Procedimento Desenho-Estória com tema, das entrevistas semiestruturadas e dos relatórios semanais seguiu-se a proposta de análise do discurso. Segundo Caregnato e Mutti (2006), a análise do discurso (AD) é um termo utilizado em ao menos 57 linhas de trabalho distintas e em diversos países como Inglaterra, Brasil e França. Em comum, este termo congrega a ideia de que a linguagem não é apenas um meio neutro de refletir ou descrever o mundo, mas detém uma importância central na construção da vida social.

Dessa forma, seguindo a linha francesa, compreendem que a AD não é uma metodologia, mas, sim, uma disciplina de interpretação fundada pela intersecção de epistemologias distintas congregando as áreas da Linguística, do materialismo histórico e da Psicanálise. Nessa perspectiva não há como desprender a linguagem do contexto sócio-histórico e ideológico em que está presente. Considera-se, assim, que a linguagem não é apenas verbal, mas permeia diversas formas de expressão, como textual, visual (imagens) ou corporal. Basta que a materialidade produza sentidos para uma interpretação (Caregnato & Mutti, 2006).

Nessa visão da AD, a linguagem vai além do texto produzido, trazendo sentidos pré-constituídos que são ecos da memória do dizer ou, ainda, a memória coletiva constituída socialmente. O enunciado não é exato, não diz tudo sendo necessário ir ao enunciável por meio de interpretações para se compreender e realizar uma análise. O indivíduo é essencialmente parte do coletivo e interpelado pela história e pela ideologia que pertence, embora possa ter a ilusão de autonomia, crer que não depende desse coletivo ou mesmo que ao discordar não carrega nenhuma influência sua (Caregnato & Mutti, 2006).

A AD mostra como o discurso funciona e não pretende dizer o que é certo. Não há um julgamento em voga. O discurso sempre será interpretado, e quem o analisa necessariamente o interpreta também de acordo com seu afeto, sua posição, suas crenças, experiências e vivências. Ou seja, a interpretação também produz o sentido do discurso. Segundo as autoras (Caregnato & Mutti, 2006), não há sentido sem interpretação que dê visibilidade ao que o sujeito pretendeu comunicar, sendo, assim, importante justificar o recorte sócio-histórico baseado em uma teoria.

Dessa forma, para a análise do discurso do material obtido, no capítulo que se segue, foi realizada a articulação do contexto que se apresentou na prática da disciplina em questão em cada um de seus quatro momentos, a saber, Desenhos-Estória com tema, primeiras entrevistas, relatórios semanais e entrevistas após a disciplina. Para tanto, valendo-se de desenhos e recortes de partes das transcrições das entrevistas e dos relatórios escritos como forma de ilustração. No capítulo V, realizou-se uma discussão compondo a articulação destas quatro etapas (desenhos, relatórios e duas entrevistas) com a literatura, propondo-se uma discussão crítica do que se pôde observar frente à experiência dos alunos e sua concepção sobre a doença mental, objetivos deste estudo.

IV. APROXIMANDO-SE DA SAÚDE MENTAL: apresentação dos resultados

Neste capítulo será realizada a análise do discurso do material nesta empreitada do aproximar-se da doença mental ao longo da disciplina introdutória à Psicopatologia, como já citado, em suas partes teórica e prática. O material analisado é composto pelos desenhos estória com tema, as primeiras entrevistas, os relatórios produzidos ao longo do estágio e as entrevistas realizadas ao final da experiência da disciplina.

É importante lembrar que os personagens desta jornada são estudantes de um curso de Psicologia, o que indica uma disponibilidade ante a busca por compreender algum, ou alguns aspectos do ser humano, algo pertinente a essa formação. Contudo, esses estudantes estão apenas no segundo ano de seu curso e citam ter pouco ou nenhum contato com a doença mental, seja em estudos teóricos ou como profissionais, embora alguns relatos cite experiências próprias e privadas do contato a doença mental em seu cotidiano. Essas vivências não podem ser ignoradas e se mostram parte do contexto particular.

Frente a disciplinas oferecidas cujo tema é a Psicopatologia, Dalgallarrondo (2008) observa que algumas se dispõem a caracterizar o objeto de estudo da Psicologia, o ser humano, podendo correr, assim, sobre o sofrimento inerente a este. Entretanto, ante a sua qualificação introdutória, nessas disciplinas não há como intuito caracterizar ou aprofundar o objeto da Psicopatologia, a doença mental, sua natureza essencial, causas e formas de manifestar-se funcionalmente.

Posta essa introdução, seguem-se os capítulos de apresentação e discussão do primeiro contato estrito desses estudantes com a doença mental respeitando-se a coerência cronológica com que ocorrem e pensando-se o processo de desenvolvimento da disciplina onde se enquadram. Inicialmente são discutidos os desenhos e as respectivas histórias que versam sobre como concebem o doente mental. A esse tópico seguem-se a apresentação e a discussão das primeiras entrevistas realizadas antes do contato prático com o estágio e o paciente.

Em um terceiro momento, serão discutidos os relatórios produzidos ao longo da prática clínica e, por fim as entrevistas realizadas ao final da disciplina. Vale destacar que, para preservar a identidade dos estudantes, assim como a do paciente, seus nomes foram alterados ou omitidos e que, apenas com caráter de contextualização das citações diretas, os participantes serão identificados por este prefixo e um número (por exemplo, Participante 1,

Participante 2; etc.) e, no caso dos relatórios semanais, a qual encontro pertence em sua ordem cronológica.

1. A imagem e a imaginação: a doença mental nos Desenhos-Estória com tema

Para apresentação e caracterização do conteúdo do DE-t, destaca-se que, em geral, há uma harmonia nos desenhos. Embora alguns apresentem traços irregulares e mesmo rabiscos sem uma figura concreta aparente, dos 63 desenhos produzidos, apenas um não tem a presença de um personagem, sendo composto de formas abstratas com palavras e traços usados aleatoriamente. Observa-se, ainda, em muitos deles, uma relação entre o desenho e a história escrita. Para exemplificar as descrições a seguir, serão destacados alguns dos desenhos produzidos. Todos os 63 desenhos e as respectivas histórias encontram-se no Anexo II deste trabalho.

Os principais sentimentos, comportamentos e sintomas presentes nas produções temáticas são o que o diagnóstico descritivo caracteriza como positivos. Entre eles estão presentes surtos, ideações suicidas, alucinações (principalmente visuais e auditivas), ansiedade, culpa, despersonalização, incompreensão de si por parte dos outros, tristeza, dificuldade de encarar a realidade buscando fugir desta, ingenuidade, impulsividade, agressividade, falha, frustração e derrota. Há, ainda, traços de esperança na possibilidade de mudança da condição de sofrimento.

Entre os DE-t há um grande destaque para a cabeça dos personagens desenhados. Elas são, muitas vezes, a única representação na folha, mas também ganham tamanhos desproporcionais em relação ao resto do corpo, que aparece, em alguns casos pequeno e frágil. Destacam-se, a partir destas representações, expressões faciais marcantes indicando desespero, raiva e, poucas vezes, neutralidade.

Outra marca dessa região do corpo são os cabelos, por vezes gerando volume ou com traços radiais à cabeça que destacam a área, servindo, em alguns casos, para indicar confusão ou, em outros, descuido. O rosto muitas vezes é a principal fonte de expressão das emoções sendo destacado, mas é comum a crença na distinção entre a razão e emoção do sujeito ficando a cargo da cabeça o centro da razão, algo que o doente mental teria perdido. São exemplos desse ponto, entre outros, os desenhos anexos 2 e 33 e os seguintes fragmentos de histórias:

“Este é um doente dos nervos tentando sorrir” (Desenho 43).

“João estava sozinho dentro de casa quando pela primeira vez ouviu vozes dentro de sua cabeça” (Desenho 57).

Entre os desenhos são comuns expressões agressivas, presentes também nas histórias, onde se encontram cenas e ideias persecutórias e agressividade contida ou não, de outros contra o personagem principal, ou deste contra os outros, principalmente familiares e amigos. Entre as motivações estão impulsividade ou não e o cumprimento de desejos, além de ligação com a vida afetivo-amorosa. Nesse item, também se observa o sofrimento que está à volta deste sentimento e desta ação, principalmente do doente mental e de sua família. Trata-se de uma expectativa negativa, mas também comum frente à imagem do doente mental com irrupções de impulsividade e desconexão com a realidade. São exemplos dessa agressividade os desenhos anexos 3 e 32 e as seguintes frases:

“Certo dia, Luiz Francisco viu sua amada chorando num canto. Ele então foi até o namorado dela e bateu muito no garoto, dando vazão aos comandos que sempre existiram em sua mente” (Desenho 12).

“A vida é boa e tranquila para eles, mas, as vezes, ele fica muito irritado e violento com ela, grita alto e até machuca sua esposa. Depois passa, eventualmente” (Desenho 47).

“Dessa vez elas (as vozes) focavam em um homem parado do outro lado da rua, mas a ideia de matar ainda era a principal.

-Você precisa matá-lo! Ele está olhando para você! Ele está te perseguindo! Você precisa fazer alguma coisa” (Desenho 59).

O isolamento é presente na grande maioria das produções, muitas vezes acompanhado da agressividade já citada ou do sentimento de solidão, tristeza ou incompreensão. Em poucos desenhos, há a presença de mais de um personagem; e, nas histórias, a palavra “isolamento” é muitas vezes explícita. Sobre a solidão observa-se uma busca pelo outro, por uma companhia ou por completar um vazio, algo que falta. Mesmo nas histórias que apresentam mais de um personagem, eles estão, muitas vezes, distantes, seja por uma necessidade diante da condição apresentada, por dificuldade de contato ou, ainda, como parte de uma questão social. São marcantes cenas de enclausuramento e espaços vazios, bem como pessoas sentadas, em geral no chão, abraçando os joelhos indicando retraimento, introspecção e sofrimento. São exemplos desse tópico os desenhos anexos 8, 22, 34 e as seguintes frases.

“(...) aposentado desta vida, e de outras que perdeu de vista, se imagina mais abandonado que a

única árvore que sobrevive nas pedras, mais exposto que a rocha trincada que veste a montanha e mais capaz de alçar voo do que seu destino aterrado. Os picos – se é que eles existem – estão imersos em névoa e trapaça” (Desenho 11).

“Ela não sabe o próprio nome, porque não há muitas pessoas que a chamam por ele. Seus pais chamam de apelidos de carinho e as outras pessoas parecem não se importar em decorá-lo. Ela é apenas a menina” (Desenho 17).

Vale destacar ser comum nos desenhos e histórias o uso de termos, compreensões ou explicações com base em uma visão descritiva, em que o médico e, principalmente, a medicação estão presentes. Em algumas produções mais raras, também há a presença do psicólogo, havendo, por vezes, confusão entre este, o psiquiatra ou o psicanalista. Também há a mistura de causas orgânicas, como predisposição genética, e experiências traumáticas e confundem-se o diagnóstico descritivo e o estrutural. São comuns termos como “normal”, “especial”, “diferente”.

Entre os diagnósticos descritivos apresentados estão a esquizofrenia, o transtorno bipolar, o transtorno obsessivo-compulsivo, a deficiência intelectual e o autismo. O hospital psiquiátrico aparece como local de tratamento, embora não seja frequente o relato de uma localização para essa localidade. Sobre o recurso medicamentoso, este se faz comum como forma de tratamento como controle da doença, mas não há esperança de cura.

Essa é uma posição importante a ser destacada, uma vez que evidencia que, ao citar o tratamento à doença mental, o conhecimento é limitado ao trabalho do médico e o conhecimento que se tem sobre esta atividade ainda é focado na figura do médico e em métodos de tratamento que não são a proposta de atenção pública à saúde mental no Brasil. Isso ocorre mesmo com os esforços da luta por uma reforma psiquiátrica, pelo fechamento dos hospitais psiquiátricos e pelo fortalecimento da equipe compreendida como multidisciplinar. São exemplos desse tema os desenhos anexos 9, 31 e as seguintes frases:

“Uma mãe leva sua filha a um consultório psiquiatra a fim de que o médico solucione os problemas mentais da filha. (...) O médico prescreve alguns medicamentos e sugere um tratamento com acompanhamento psicológico. A mãe se enche de esperança e fica com expectativa de que sua filha será curada, embora o psiquiatra tenha a alertado que a cura seria difícil, mas a manutenção seria possível” (Desenho 31).

“Marco, após uma experiência demasiadamente traumática, desenvolveu sua predisposição genética e se tornou esquizofrênico” (Desenho 32).

“Era tudo normal, mas havia as vozes. Elas ordenavam, emitiam opinião, tentavam controle.

Internas, reais para ele, alucinações para os outros. Até que foi levado para o lugar onde (junto ao) seu nome era carimbado 'doente mental'.” (Desenho 51).

“Após meses de acompanhamento psicológico e tratamentos o paciente apresentou melhoras e já estava apto a receber alta e se reintegrar a sociedade. Porém, nenhum de seus familiares retornou para buscá-lo, o que levou o paciente a viver por mais alguns anos no hospital, sempre na esperança de que viriam buscá-lo” (Desenho 61).

Entre os desenhos, poucos apresentam a delimitação de um ambiente mesmo de forma incompleta, sendo rara a presença de um chão sob o personagem. Há também, na grande maioria, poucos traços de movimento nos desenhos ou mesmo nas histórias, que, por outro ângulo, relatam com maior frequência contextos em que o doente mental vive em detrimento de cenas específicas.

Principalmente entre as histórias é muito comum a presença de situações que indicam o início da doença. Algumas delas têm conteúdos de causa e efeito, relatando experiências traumáticas. Entre as histórias que citam essas relações de causalidade, também é comum a presença de diagnóstico ou da busca dos personagens por um diagnóstico que dê nome, descreva ou dê sentido à doença e seus sintomas. Por vezes a mente e o resto do corpo físico apresentam-se separados. Esse quadro mostra uma visão ampla e pouco personalizada do doente mental, que flutua no papel e em histórias causais que pouco destacam características pessoais para além de sua doença. Entre os exemplos possíveis dessa ideia está o desenho anexo 6 e as seguintes frases:

“Por que os outros não o entendiam? Por quê só ele ouvia vozes? Ele era algum tipo de escolhido ou foi apenas o acaso que se encarregou de tal destino? Eram coisas que não sabia responder mas que sempre o atormentaram (...)” (Desenho 5).

“Ele é um jovem de classe média sem nenhum problema de saúde física. No entanto, ele sofre de esquizofrenia. Seu primeiro surto psicótico foi aos 13 anos, logo após a separação dos pais” (Desenho 7).

Em meio a cenas de grande sofrimento e isolamento, há um contraste entre histórias que mostram uma preocupação social sobre a doença mental e idealizações sobre o sujeito desta. Assim, por um lado, há relatos de um doente mental que vive em uma realidade social difícil. O doente sofre violências, não pertence ao mundo à sua volta em um isolamento já citado, comparando essa pessoa e as ditas normais, em uma linha tênue entre sanidade e a doença mental. Há aqui uma cisão deste indivíduo e o mundo em que vive.

Nessa mesma linha social, mas em direção oposta, talvez idealizada, há cenas em que a pessoa é representada como alguém que tem apenas um olhar diferente do mundo, que é, ou tenta ser, como os demais, porém afetado pelo modo de vida atual que seria propício a gerar comportamentos encarados como sintomas de doenças mentais. Assim, seria algo imposto por elementos externos e que não dependem do doente. Em outras situações, há indícios de esperança, como, por exemplo, na do autista que tem total apoio familiar e de sua professora, mas que está isolado, tendo apenas uma amiga. Ou, ainda, em uma cena mais extremada, o doente mental aparece como super-herói da cidade, talvez um delírio que não fica claro. São exemplos desse tema os desenhos anexos 42 e 56 e as seguintes frases:

“Sua mãe tinha mais quatro filhos e a pressão social na qual o colocava sem muitas alternativas (morador de favela). Aos 16 anos matou sua irmã mais velha a facadas e tentou se matar logo em seguida” (Desenho 2).

“Os olhos dele vêem um mundo diferente do nosso” (Desenho 48).

“Ela viu sua mãe ser morta na sua frente. Se culpa. Achava que a podia salvar” (Desenho 42).

“Indivíduo, de origem sócio-econômica desfavorável, vivenciou a dificuldade de crescer desprovido de oportunidades.(...) A adoção dessa postura transcendeu suas estruturas de personalidade e enquadrou-se em uma segunda personalidade (borderline), onde ele era um super-herói responsável pela segurança coletiva.” (Desenho 56).

2. Conversando sobre expectativas: o início do percurso

A análise que se segue versa sobre as primeiras entrevistas com os alunos do grupo de estágio a respeito do contato que tinham ou já tiveram com o tema e o que esperavam do estágio. Nesse sentido, buscaram-se questões sobre como imaginavam o doente mental, as instituições que o assistem, seus profissionais e sobre como imaginam seu lugar ali. Vale retomar que os participantes 5 e 6 realizaram entrevistas individuais e os demais participantes 1, 2, 3 e 4 foram entrevistados em grupo.

Para esses estudantes, a experiência do estágio em questão, como já citado, é o primeiro contato com um paciente e, principalmente, com a doença mental. Esse fato gera relatos de grandes expectativas ou evitação sobre estas. A ansiedade passa por formar uma imagem real sobre o sujeito descrito em livros e aulas teóricas, mas também por desconstruir estereótipos que aprenderam ser socialmente construídos. É curioso o movimento, ao longo da entrevista

com o grupo, pela busca da construção de certa forma coletiva de uma imagem e de respostas que as perguntas evocam. Na entrevista com quatro participantes, ao serem provocados, de forma geral, um deles inicia sua resposta e os demais a ouvindo buscam completar com sua perspectiva concordando e acrescentando algo ou discordando do posicionamento do colega.

Alguns dos entrevistados relatam que já tiveram contato com a doença mental seja na família ou vizinhos, de forma mais próxima, mas outros relatam que o máximo de contato que já tiveram foi observando moradores de rua que supostamente teriam uma doença mental. Entre as pessoas mais próximas, há diagnósticos de TOC, alcoolismo, drogadicção, depressão ou mesmo AVC (acidente vascular encefálico) ou Alzheimer.

“(...) eu já vi pessoas com problemas... Na minha família mesmo, tem tipo, já teve casos de patologias, assim. Então, pode ser que seja diferente porque era num ambiente controlado e tudo mais. Mas eu acho a patologia em si, a doença da pessoa seja qual for eu acho que não vai me impressionar muito, não. (...) Mas eu não tenho muita expectativa assim, eu acho que só chegando lá mesmo pra saber ...” (Participante 1).

Sobre as expectativas, relatam ansiedade sobre como agir e o que fazer ou pensar. Buscam evitar estigmatizar o paciente, mas sentem falta de teoria que explique o que a pessoa tem ou qual seria a sua doença. Indicam que a imagem que tem do doente mental segue o senso comum e criticam o papel de uma clínica distanciada do paciente, também estigmatizante. Para eles, seu papel seria falar alguma coisa e ouvir e se desautorizam acreditando que papel do monitor é ser o único que interage com paciente ou de evitar que façam algo errado.

“Eu acho que, é... Socialmente existem duas categorias... Não duas, existem muitas categorias. Existem categorias que sei lá, todo mundo é categorizado de algum jeito. Louco é uma das categorias. Normal é a categoria mais, porque assim, depende do parâmetro 'você é normal'. Porque você pode ser normal quanto a... normal comparando na sociedade, não o que eu penso. Você pode ser normal de acordo com sua sexualidade, você pode ser normal de acordo com... O seu comportamento em público, você pode ser normal, e o normal é... Não existe o normal, né? Todo mundo é diferente” (Participante 5).

“Ah, acho que (o papel do monitor) é impedir... É, impedir que a gente bagunce mais a cabeça do coitado, rs.” (Participante 2).

“Eu também, como eu não me sinto, não sei se eu tenho a... Tipo, habilidade, conhecimento suficiente pra dar uma opinião num caso assim, eu sempre imaginei que a

gente ia ouvir e que a pessoa, tipo, no caso você, ia dialogar com a pessoa e a gente só ia acompanhar pra entender como que é, como funciona. próximo de um caso real, mas não que a gente fosse interferir.” (Participante 1).

O grupo apresenta o imaginário sobre um doente mental que teria dificuldades financeiras, não articula frases, é violento e pode apresentar diagnósticos como esquizofrenia, transtorno obsessivo-compulsivo ou ainda de forma abstrata casos graves que necessitam de medicação além da terapia. A aparência dessa pessoa passa pela imagem de alguém comum apresentando a questão da doença mental na conversa, até a imagem de um sujeito violento, que tem dificuldades de articular frases ou que apresente maneirismos, de forma mais caricata, mas que compreendem que pode ser real, o que gera receio por parte do grupo sobre como lidar.

“Ah sei lá, a primeira impressão que eu tenho é de uma... A pessoa sei lá, talvez... Um pouco... Não sei, tenho uma visão bem preconceituosa, assim, é... Pessoa talvez meio... Sei lá, que evita o olhar, ah, ela fica se mexendo muito... Ou sei lá, se ela tem... Jeitos, maneiras estranhas, assim ou na fala, é... Fala... Tipo... Coisas meio desconexas talvez assim, começa num assunto, termina num outro completamente diferente, ah... Ou que ela... Mude o comportamento dela muito por... Pode ser um bipolar no caso, então... Sei lá, de repente assim ela tá calma e... Tipo... De repente ela tá querendo avançar no seu pescoço” (Participante 2).

“(...) quando uma pessoa fala que tem depressão profunda e TOC. Só que aí ela não aceita nenhum tipo de medicação, mas você fala com ela, ela é totalmente consciente, ela fala de maneira normal. É como se eu tivesse conversando com você só que ela vê a vida de uma outra maneira e ela tem as manias e TOC's.(...) E eu já vi também casos de pessoa agressiva, tipo, que ela tava... Aí sim um caso repetido, que enquanto ela tava medicada, ela podia tá atendida com você e alguma coisa mínima que você falasse, podia gerar uma agressão. E quando ela tava medicada, também era um diálogo difícil porque ela ficava meio...

Eu não acho uma palavra melhor, mas ela ficava meio lesada. Então ela não raciocinava direito, ela falava as coisas meio misturadas, ela resgatava as coisas de um passado muito longe... Tipo, sei lá, da infância, por exemplo, e aí de repente ela voltava pro presente, assim... Ela ficava meio perdida no que ela tava dizendo, então... Acho que tanto pode ser alguém consciente que tá falando ali normalmente como pode ser alguém que tá meio

perdido em si mesmo, assim. Eu espero algo mais ou menos desse tipo.” (Participante 1).

“A princípio eu imaginava um pouco mais que nem a (Participante 1) falou, mas sei lá deve ter uns surtos também né, a galera não inventa isso.” (Participante 4).

Relatam que o primeiro contato com a existência de um CAPS foi por meio de conversas com colegas de outros anos do curso de Psicologia e no primeiro ano de faculdade ouvindo sobre ou participando da “Semana da Luta Antimanicomial”. Esse evento para discutir saúde mental foi organizado no ano anterior em comemoração ao dia da luta antimanicomial.

“Fui em algumas atividades da semana antimanicomial o ano passado, que acho que trouxe uma moça da ECA, que fez um teatro aqui, que brincou ainda com os moradores de rua. Eu já observava um pouco moradores de rua, principalmente esses que andam falando, o tiozinho que anda aqui falando.” (Participante 6).

Dessa forma, em geral, há uma noção de que o CAPS está vinculado a uma proposta diferente, ligado à reforma psiquiátrica, contudo sem grande referencial comparativo. Sem uma construção sobre o que foi esta reforma sabe-se que um padrão foi mudado, porém há uma névoa sobre estes modelos – vigente e passado.

“Eu não sei, eu posso tá enganada assim, eu acho que, por exemplo, o (Hospital psiquiátrico), imagino como um hospital mesmo, sei lá, o CAPS eu associo mais com um Posto de Saúde, por exemplo. Sabe, aquelas UBS e tal, uma coisa mais consultório, bem diferente.” (Participante 1).

“Ah (eu) imaginava um hospital... Onde ficam psiquiatras, enfermeiros.” (Participante 3).

“Ah (imagino o CAPS como) uma casa grande, com bastante quarto assim, um espaço aberto e o pessoal sei lá, assim... Convivência. E os profissionais que teriam lá, teriam lá também, mas... Não vestidos de branco, essas coisas sabe?” (Participante 4).

Entre as imagens que se formam desse modelo novo não há um consenso, mas se transita entre o que seria um ambulatório, com atendimentos com hora marcada e um hospital psiquiátrico menor. Surgem confusões sobre onde a clínica psicológica do próprio instituto que cursam a faculdade de Psicologia seria o CAPS, cuja sigla significaria Centro de Atendimento Psicológico (como antes descrevia a placa na entrada do prédio, hoje conhecido como Centro Escola do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - IPUSP).

“(O CAPS) É um centro atendimento psicológico, né? Então, por exemplo, aqui na ‘Psico’ (IPUSP), a gente tem o CAPS. Lá só tem psicólogo. Então, eu não sei, por isso que eu te

perguntei se eles vão tá medicados ou não, entendeu? Se vai ter a ação conjunta de psiquiatras com psicólogos. Eu... Tá meio assim... Se o nome CAPS, é geralmente centro de atendimento psicológico, né?” (Participante 2).

Para outro participante no CAPS, haveria quartos com objetos pessoais do morador que ali estivesse no momento, tornando o espaço mais agradável, enquanto no hospital psiquiátrico não poderia haver esses objetos pessoais, sendo um ambiente mais hostil e que indicaria que o paciente está internado com uma doença.

“Ah tipo, (no CAPS) cada um tem seu quarto próprio assim, é... Menos objetos pessoais... Não que teria no CAPS, mas tipo, acho que o quarto que é numa casa fica mais com a cara de quem tá morando lá. Num hospital não, eu imagino corredores com vários quartos assim...” (Participante 4).

“Ah, ele (Participante 4) quer dizer, por exemplo, que (no hospital psiquiátrico) é uma coisa mais limpa. Não tem, por exemplo, objeto pessoal da pessoa. Por exemplo, ele acha que no CAPS daria, por exemplo, pra pessoa personalizar o quarto... E no hospital, não, é aquele padrão de hospital mesmo.” (Participante 1).

Sobre a relação entre os profissionais, há uma maior interação entre estes no CAPS em detrimento de relações mais distantes no hospital psiquiátrico, com predomínio de profissionais que lidam com medicação no último. A hierarquização entre os profissionais está presente em todos os relatos, embora não seja claro o papel do psicólogo nestas instituições. Para um dos participantes, é o psicólogo quem diagnostica a doença mental e encaminha para o psiquiatra, já os demais, para a maioria, compreendem que o psiquiatra teria voz de comando.

“Bom, eu imagino que talvez o psicólogo não seja um pouco, ãh... Como é que eu vou dizer? Meio discriminado, assim, talvez. Porque ele... Embora ele esteja ali pra cuidar do paciente, ele não vai poder receitar nada, não vai poder, é... Ter uma ajuda, ah, receita orgânica pra ele, então... Imagino que talvez o psicólogo seja visto como um, meio um estranho ali.” (Participante 2).

“Ah eu acho o contrário. Tipo... Eu acho que o psicólogo, ele é o encarregado de atender o paciente, tipo assim, analisar e meio fazer um diagnóstico e encaminhar pra um psiquiatra, assim. E aí ele é ajudado pelas enfermeiras, pelas demais pessoal do CAPS né....? Então eu não acho que seja assim... Que o psicólogo seja assim rejeitado.” (Participante 3).

3. O registro de uma experiência

No início do estágio, solicitou-se ao grupo que fizesse relatórios semanais das sessões, relatando-as e citando suas impressões e sentimentos diante delas. Ao todo foram realizados oito encontros, porém, por se tratar de uma proposta dentro de uma disciplina de graduação, e não voltada apenas para a pesquisa, essa atividade era recomendada, mas não obrigatória. Dessa forma, um dos integrantes entregou apenas um relatório, outro entregou cinco, um deles seis, e os demais três integrantes entregaram todos os oito relatórios. Os parágrafos que se seguem dizem respeito a uma compilação feita a partir da leitura destes relatórios e da entrevista realizada ao final desse percurso.

Diante dessa leitura dos encontros por meio de relatos de pessoas diferentes, observam-se diversos aspectos em comum, principalmente no que tange à descrição das sessões, inicialmente parte maior de alguns relatos. Por outro lado, também versam sobre as percepções do decorrer destas sessões e sentimentos vividos ali, que, ao longo do percurso, passam a ocupar mais espaço na escrita. Angústias, ansiedades, expectativas, raiva e cuidado são alguns dos sentimentos presentes praticamente em todos os membros do grupo.

Ao iniciar o estágio, é praticamente unânime a questão da ansiedade diante do primeiro contato com a instituição e seus membros, principalmente em relação aos usuários. Dois discursos são predominantes. No primeiro, a descrição de pessoas agressivas ou com um comportamento muito diferente do comum. No segundo, a expectativa de encontrar pessoas dentro do comum visto nas ruas ou como si próprio.

O diferente se torna evidente. Aquele não era um ambiente como outro qualquer, embora fosse uma casa com ambientes muito grandes e que demonstrava um padrão socioeconômico alto, nas paredes da sala havia penduradas folhas com produções dos usuários, realizadas em oficinas, e a programação do serviço. No mesmo sentido, mas muito além do ambiente, o contato com os usuários também se mostra forte. Destaca-se o relato do encontro com um usuário que é descrito como “um pouco fora de si”, buscando como explicação para essa condição o uso de medicação ou uma patologia, sem dizer qual.

“Eu gostei de ter ido no CAPS hoje. Na verdade, as pessoas lá dentro tem aspecto muito mais louco e 'fora do comum visto nas ruas' do que eu esperava.” (Participante 4, relatório

do 1º atendimento).

“O que pude observar no primeiro contato como CAPS e com nosso 'paciente' (...) foi de que o lugar e seus indivíduos não aparentam ser um ambiente hostil e cheio de malucos.” (Participante 2, relatório do primeiro atendimento).

“Falando agora um pouco de mim em relação ao estágio, ainda nesse segundo encontro me senti bastante desconfortável com o ambiente e a situação, tentarei ir um pouco mais aberta aos encontros para ver se aproveito um pouco melhor essa oportunidade” (Participante 6, relatório do segundo encontro).

Em mais de um relatório é encontrada, nesse primeiro momento, a dificuldade de como se relacionar naquele ambiente. A dificuldade de nomear aquelas pessoas é evidente, sendo utilizada a palavra “paciente” entre aspas, ou ainda riscando a expressão para substituí-la por “frequentadores do centro”. Outro exemplo pertinente se dá durante a visita aos ambientes da instituição, guiada por uma profissional do equipamento, e o usuário que seria atendido pelo grupo.

Nesse percurso, destaca-se o encontro com uma usuária que estava afastada dos demais e aparentemente triste. Ao encontrá-la, o grupo cordialmente a cumprimentou, mas uma das integrantes evitou se aproximar, por compreender que naquele momento não era necessária a cordialidade, e sim o respeito ao momento daquela moça. Após a visita, o grupo concorda com essa posição, mas é unânime a dificuldade de saber como agir naquele lugar.

“Conhecemos então desde as pessoas mais extrovertidas, como o corinthiano (o qual não me recordo o nome) até uma garota muito reclusa, sentada num canto da garagem. Era difícil saber como agir em todos esses casos.” (Participante 5, relatório do primeiro encontro).

É curioso o fato de que mesmo quem diz não ter previamente ansiedade ou expectativas descreve essa etapa relatando observar algo diferente de como imaginava que seriam aquelas pessoas. Uma dessas estagiárias relata com intensidade a primeira visita à instituição. Diz esperar encontrar pessoas como ela própria, talvez defendendo um discurso antimanicomial de igualdade ou, ainda, a frase popular que é lembrada em um relatório de outro colega e que diz que todos têm algo de louco em si mesmos. Levando a risca essa identificação se preocupa se um dia estaria naquela condição.

“Esse senhor falou coisas sobre a vida, coisas que aprendemos apenas com o tempo, falou

de uma dor que me pareceu familiar, comum. Fiquei imaginando o que o havia levado até ali, segundo ele foi o sistema (mas como isso se deu?).

Ele não queria estar ali, e olhando para ele em sua postura meio pendida para o lado, eu me identifiquei com o que ele dizia e, inevitavelmente, eu pensei novamente se daqui a uns anos ou meses não serei eu diante de alunos da USP.” (Participante 1, relatório do primeiro encontro).

Sobre o primeiro contato com José (nome fictício) o usuário atendido pelo grupo, é também unânime a visão dele como desconfiado, em uma posição defensiva, embora cordial. Destacam-se também os relatos de que a conversa é polarizada junto ao monitor do grupo, mas há uma esperança e vontade de que o grupo possa soltar-se e sentir-se a vontade para interagir mais com o paciente.

“Eu me senti confortável, mas não consegui demonstrar tanta honestidade da minha parte. Por exemplo, muitas vezes ele iria perguntar algo como 'Entende?' e eu apenas assentiria com a cabeça, quando gostaria de perguntar ou responder 'não entendi, você pode repetir' ?” (Participante 4, relatório do primeiro encontro).

De fato foi o que ocorreu. Ainda receosos sobre como agir e sobre como seriam recebidos, há uma maior participação do grupo em geral e uma boa receptividade do paciente, embora fosse muito difícil compreender o significado do que diz, destacando-se o boné que usava inicialmente de forma que cobria os olhos, aos poucos os descobre, e ao final dos atendimentos já não está mais sobre sua cabeça. Aos poucos as histórias se aprofundam, e a confiança e o depósito de esperança sobre o grupo são reconhecidos.

A busca pelo paciente de respostas e de cura de sua dor e tristeza recai sobre o grupo, que o acolhe e sofre junto com ele. Se, por um lado, torna-se, com o tempo, cada vez mais forte a confiança dessas pessoas diante do trabalho, por outro, começa a tomar força a preocupação em ajudar o paciente. Emerge, assim, a desconfiança sobre a própria capacidade em cuidar e sobre a eficácia desse modelo de trabalho, buscando-se formas de avaliar isto.

“Gostaria, honestamente, de poder constatar que pudemos fazer algum bem a este homem que, de algum modo, pudemos preparar o terreno para os profissionais que darão prosseguimento ao caso de 'José'” (Participante 3, relatório do quarto encontro).

Nesta perspectiva, outro estagiário questiona: *“Começo a me questionar acerca da validade e do poder desse estágio. Será justo o que fazemos?”* (Participante 5, relatório do terceiro encontro). Esse questionamento vem após o relato de discordar do rumo que o

atendimento tomou. Algo presente no relato de outro colega que assume ter direcionado a conversa e que tentará dar mais espaço aos colegas nas semanas seguintes. Algo que diz da dificuldade e importância de se ter entrosamento em um trabalho assim.

Vale destacar que nesse mesmo encontro nos foi entregue pelo paciente um coração de pano amassado com o pedido para que fosse entregue a uma funcionária da instituição sobre cujo amor não correspondido já havia nos contado anteriormente. Devido ao rumo da conversa, ele permanece com o coração de pano, mas o traz novamente na semana seguinte com o mesmo pedido.

Dessa forma, o relato é de que, nessa outra semana, ele *“estava demonstrando muitas emoções distintas, parecia estar com os sentimentos 'à flor da pele'.*” Assim, revela que não estava tomando a medicação sugerida pelos profissionais do serviço e diz que não frequentaria mais o CAPS. Este fato toma conta do grupo. O sentimento é de tensão e medo de que a ameaça se concretize e ele não volte aos próximos atendimentos. A dúvida sobre a validade dos encontros ganha força em alguns membros do grupo, questionando-se se não teria sido demasiada a abertura do paciente. Algo de que o grupo não dera conta.

Em meio a essas dúvidas, um dos estagiários em seu relatório questiona se *“ajudamos ele”* e logo responde à própria interrogação:

“Talvez, nosso papel nesse caso seja unicamente proporcionar um ambiente para ele se abrir e entender seus sentimentos, mesmo que ele próprio não reconheça tal espaço com esse objetivo. (...) A possibilidade de poder conversar sobre o que o atormenta talvez já o alivie.”. Conclui, então, que *“nosso papel não consiste em dar uma solução para ele, mesmo porque acho que ele não ouviria, mas ajudá-lo a 'delinear' e entender seus sentimentos, possibilitando assim instrumentos para uma saída saudável.”* (Participante 4, relatório do quarto encontro)

A frustração é marcada pelo sentimento de impotência da maior parte do grupo diante do caso, mas também diante do serviço que apresenta uma grande cisão de opiniões sobre o paciente chegando a cogitar se aquele era o espaço adequado para este homem. Devido a isso há uma decepção com a instituição, seus conhecimentos e recursos.

“Uma referência que perguntou a uma aluna do 2º ano da graduação, o que ela achava que o paciente tinha, sendo que ela deveria saber. Mas, aparentemente seria mais fácil afirmar que ele não se tratava de um caso para eles, e transferi-lo.” (Participante 1,

relatório do oitavo encontro)

Essa personagem, em seu relatório final, destaca a grande identificação que teve durante vários encontros com os pacientes e o medo de se tornar um deles. Contudo traça um caminho onde esse sentimento dá espaço à identificação com os profissionais e com o que fazer diante dessas pessoas que poderia vir a atender como profissional. Misturam-se a esse fato o afeto criado ao longo dos atendimentos e a sensação de impotência que ganha volume, somados à frustração diante de um lugar com claros problemas estruturais, como portas de banheiro que não fecham ou o mesmo DVD sendo assistido na televisão semana após semana.

Internamente, a equipe do CAPS responsável pelo atendimento de José tinha visões diagnósticas diferentes desse usuário. Alguns profissionais compreendiam que ele seria esquizofrênico e que teria condições de ser atendido no CAPS. Outros profissionais, entretanto, tinham uma visão diferente desse diagnóstico, e, com isso, questionavam se ele deveria ser atendido nessa instituição. Essa situação afetava o grupo, que considerava que não ser atendido significaria ao senhor mais um abandono em sua vida. A cisão da equipe na opinião sobre o diagnóstico caso, culminando na dúvida de se ele deveria ser atendido por esse serviço ou não, significaria mais um abandono na vida de José.

“No começo eu senti certa identificação com os pacientes, enquanto seres humanos, sendo que eu também era passível de uma Psicopatologia que me levasse ao CAPS um dia, mas no final eu me preocupava em ser como os funcionários de lá, que me pareciam apáticos, apenas a procura de um salário. Onde estavam as pessoas envolvidas com aquele trabalho? Que desejassem ajudar de alguma forma aquelas pessoas? Com certeza não estavam ali ou, pelo menos, eu não notei que estavam.

(...) Alguns integrantes começaram o estágio confusos sobre a nossa função, principalmente naquele momento, e naquele lugar. Isso aconteceu comigo no final.”
(Participante 1, relatório do oitavo e último encontro).

Com o passar do tempo, a ambiguidade passa a ser mais presente nos relatórios em geral. Embora houvesse uma leve melhora na comunicação entre o grupo e o paciente e um aumento da confiança e afetividade entre todos (do grupo entre si e entre o paciente e o grupo e vice-versa), José apresentava um discurso mais desconexo e queria ir embora.

Na visão do grupo, esse desejo representa um retrocesso que os leva a uma frustração grande. Essa frustração se agrava ao saber que a mesma pessoa que entoava o discurso de ser

alguém correto, rígido com questões morais, tão marcado pela vida e que defendia a necessidade de ter o que chama de “mentalidade” (termo que usa para denominar algo que permeia o campo da sabedoria de vida e da lógica), diversas vezes chegava ao CAPS com odor de álcool, tinha um comportamento agressivo e se opunha a algumas regras da instituição, causando problemas conflitos na mesma.

“A cisão da equipe do CAPS, a ausência de José (ele não compareceu a esse encontro) e a revelação sobre a outra faceta de sua personalidade foram para mim um choque muito grande. Eu não acredito sinceramente que o CAPS vá se dobrar em função das necessidades de José e isso me deixa muito triste. Admitir a própria impotência é uma tarefa angustiante. Não acredito que tudo tenha sido em vão em termos da experiência que tivemos, mas, mesmo assim, estou bastante desanimado.” (Participante 2, relatório do sétimo encontro).

Destacam-se a atenção dada à forma como se é afetado pelas histórias e como isso auxilia a compreensão do paciente e a importância de um diagnóstico. Assim, ao longo de muitos relatórios, é comum a busca de algo que diga como lidar com o pouco espaço de tempo e número de atendimentos, que desse sentido a tantas questões levantadas e que nomeasse aquele quadro, mas, principalmente, aquele sentimento, tal qual era o pedido feito por José.

“Também discutimos a diferença da nossa realidade e da dele. Eu não falei isso na discussão, mas agora me ocorreu esta ideia. No relatório passado, eu falei de um engano meu, onde, primeiro, falava da persistência das opiniões dele com a arrogância, e, depois, desistia desta 'teoria da arrogância', caracterizando tal persistência de opinião como uma fuga de uma realidade dolorosa. Lembrando isto, acho que, em certos casos, a realidade e a lógica dele é muito parecida com a nossa, e a aparente dissonância entre as nossas visões é apenas uma fuga de uma realidade dolorosa do José. É claro que não posso generalizar isto a tudo. Em alguns aspectos e questões dele, realmente há uma 'realidade' diferente. No entanto, caso não houvesse semelhanças, acho que seria até impossível fazer inferências sobre o José.” (Participante 4, relatório do sétimo encontro).

“Suas falas (nesse último encontro) foram incoerentes, portanto difíceis de compreender e até chegou a falar das mesmas histórias do começo das sessões como se não o conhecêssemos e não tivéssemos ajudado ele nesses problemas. Por outro lado foi gratificante ter chegado ao final dessa experiência, pois o grupo conseguiu construir

outra imagem de José diferente do que o mundo exterior tinha feito sobre ele.” (Participante 3, relatório do oitavo e último encontro).

4. Amadurecendo a “mentalidade”: conversas sobre a experiência do estágio

Após o término dos atendimentos e da disciplina, o grupo se reuniu novamente para uma segunda entrevista nos mesmos moldes da primeira, ou seja, uma entrevista com quatro participantes, e outras com os participantes 5 e 6 individualmente. Assim, iniciou-se cada reunião questionando-se como compreendem a doença mental após a experiência. Sobre esse ponto, compreendem que a doença na verdade seria a forma que o sujeito encontra de se organizar para lidar com as situações de sua vida, embora sejam marcantes a desadaptação e o sofrimento que compreendem estar presentes, demonstrados pela dificuldade de expressão e convívio social.

“(...) eu acho que eu posso descrever uma experiência que eu tive que mudou o meu jeito, eu acho, de ver, né? Uma vez eu tava numa padaria, isso depois de fazer a matéria, de fazer o estágio, e eu não sei avaliar o que aconteceu, mas foi uma espécie de surto, não sei dizer se surto psicótico, não sei dizer o quê, mas, com certeza, foi um surto. Uma mulher, de repente, começou a gritar, 'Não, não, não, não, não! Para! Não, não! Você tá errado! Não!'. Assim. E eu vi que a reação da maioria das pessoas foi a reação normal, foi ficar com medo e falar 'Meu deus, o que que essa mulher vai fazer?'. Eu acho que depois do estágio o meu jeito de olhar praquilo foi diferente. Depois do estágio, da matéria, e tal, e do resto do curso. Meu jeito de olhar praquilo foi 'Nossa, tudo bem. O que que será que ela tem? Que será que tá acontecendo com essa pessoa?'. Não sei, eu acho que... Eu tava com amigos que não fazem psico, que não tem nada a ver, e a maioria deles ficou com muito medo. Muito medo. A minha primeira reação não foi medo, a minha primeira reação foi pensar 'Nossa, que será que... Que será que acontece com essa pessoa?'. Eu não senti que eu precisaria ter medo, eu me senti seguro, mesmo ela estando bem agressiva, gritando, e mexendo os braços, e tal, eu me senti seguro.” (Participante 5).

Nesse sentido, o doente mental, antes estereotipado, agora toma corpo. A doença mental já é relativizada e se distingue em seu sujeito. Sabe-se que o esquizofrênico pode ter delírios,

mas o conteúdo deles é relativo à pessoa. De outra maneira, o olhar sobre o diferente é enviesado pela busca de explicação sobre se essa pessoa teria alguma doença mental.

Para além do diferente, nesse momento, a busca mencionada por explicação se torna foco quando descobre que a pessoa é assistida em um CAPS ou serviço de saúde mental, principalmente dado que não há um fenótipo, ou uma característica física que distingue essa pessoa das demais. Ante à caracterização deste indivíduo, compreende-se que qualquer pessoa pode vir a ser um doente mental, que o ambiente e circunstâncias da vida têm influência, destacando-se a interação com a família e o comportamento social. Como marca dessa compreensão, desenvolve-se o seguinte diálogo:

“Ah, não sei. É que eu não tava pensando só nele, assim. Eu tava pensando no geral. Mas, se for pra pensar só nele, eu acho, eu conheço pessoas que tipo teoricamente não têm nada, pelo menos até onde se sabe e que lembram muito ele, assim. Então acho que teve um momento que eu particularmente cheguei a duvidar se ele tinha problema realmente. Se não tinha uma certa verdade no que ele tava falando, assim. Então eu não acho que ele era tão caricato assim a ponto de olhar pra ele na rua e achar que ele tinha algum transtorno.” (Participante 1).

“(…) Tipo essa minha tendência já a olhar pensando em alguma coisa, tipo (um diagnóstico específico). Eu vi, né? Mesmo que não existisse no seu José essa figura caricata, né? Então, não sei dizer se isso mudou, acho que eu ainda olho pras pessoas e ainda fico imaginando coisas pensando na aparência dela.

Por mais preconceituoso que isso seja. Perdão.” (Participante 2).

(...)

“Acho que voltando àquele negócio de doente mental, me vem... Qualquer, ah, meio que exclui o jeito da pessoa. Quando a gente fala a palavra ‘doente mental’ meio caricata, um pouco.” (Participante 4).

“Meio como se anulasse a pessoa, né? E só existisse a doença.” (Participante 1).

“(…) Aquele negócio de estigma né, que a gente tava falando. Que alguns num grupo, todo mundo é parecido. Por exemplo, se eu visse o seu Antônio na rua, eu poderia... É um cara com o jeito dele, com um olhar estranho e tal, e nem... Aí, quando cê fala que ele tá no CAPS, não sei o quê, aí cê já... meio.” (Participante 4).

“Já vem aquela imagem tipo do doente mental.” (Participante 1).

“É... É... Exatamente.” (Participante 4).

Ainda sobre a doença mental como uma possibilidade, o participante 5 diz: *“(...) O paciente que a gente atendeu no estagio, o seu José, ele tinha um... Claramente um abandono, assim.. A coisa que ele mais falava era que ele nunca teve quem passasse a mão na cabeça dele. A solidão, o abandono, eu acho que é um dos fatores principais. Isso... Não importa a classe social da pessoa, não importa... Sei lá, acho que o abandono pode acontecer em qualquer... Não sei. Qualquer pessoa tá... Pode ser... Pode virar... Ser uma pessoa dessa.”*

Frente ao trabalho com a saúde mental, veem como uma experiência muito difícil, complexa, frustrante e exaustiva. Em decorrência dessa dificuldade critica-se a equipe por um descaso, pela falta de atividades na instituição e repetição das próprias atividades. Já compreendem que o Hospital Psiquiátrico não é a única instituição de atenção à saúde mental, até mesmo porque o paciente atendido pelo grupo relata ter passado, além daquele CAPS, pelo Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e por postos de saúde (UBS). De modo geral, não têm uma imagem de como seria um hospital psiquiátrico ou sua diferença para um hospital geral. Não entendem como seria o trabalho nessas instituições específicas.

“Olha, antes eu não fazia ideia. Eu não... Tinha tido contato. Agora tive contato com o CAPS, especificamente, e o contato indireto com um hospital, mas contato de ouvir meus colegas de turma falando, assim. Não cheguei a ver. (...) Achei muito interessante a proposta do CAPS, no sentido de que não me pareceu que eles são tratados... Os usuários do CAPS são tratados como... Indivíduos à margem da sociedade. Pra mim... o CAPS é uma tentativa de diminuir a marginalização das pessoas com doença mental. Então são pessoas que vão no CAPS 2, que é o tipo de CAPS que a gente foi, as pessoas vão, e passam o dia, mas que têm uma vida, o modo como essa vida varia fora, mas que têm uma vida fora da instituição, então que elas não tão à margem da sociedade, elas não tão largadas, jogadas num buraco pra... E eu achei isso muito interessante.” (Participante 5).

Ainda sobre o novo conhecimento a respeito do sistema de atenção à saúde mental:

“É como se eu tivesse vendo essas coisas de outro ângulo agora. Talvez uma coisa mais aberta, assim. (...) Imaginava que tivesse mais de um profissional que lidasse com essas pessoas, mas não enxergava que existisse uma rede de ligações entre esses profissionais

pra que isso aconteça, ou que deve existir, não exista. E agora eu consigo ver isso, assim, mas como um ideal, né? Ai, acho que a expectativa que fica da gente conseguir fazer essas ligações, esses links, assim, entre os profissionais, entre as instituições, que nem quando a gente tava conversando sobre... 'Ah, como que uma pessoa vai parar lá no CAPS?'. 'Ah, ela vai numa UBS, e vai ser encaminhada, vai num', Como que chama? SAS? Centro de Assistência Social? CRAS? E vai num CRAS. E aí essa pessoa vai encaminhar, então existe toda uma rede, né, de ligação entre essas instituições, pra você conseguir então um bom funcionamento. E a gente vê que não tá muito bem ligada porque o funcionamento não é tão bom assim. Então acho que essa é a expectativa, de tentar pelo menos aprimorar esse sistema, e pensar sobre ele, se existe alguma mudança que deve ser feita, e não sei se eu pensei em alguma grande mudança pra ser feita sobre ele, acho que primeiro a gente tem que tentar mudar isso, pra ver se dá certo ou não. Eu acredito que dê certo, que se existe uma comunicação melhor assim, entre... Entre os profissionais e a instituição, entre as instituições, e tudo o mais, as coisas sejam bem... Bem diferentes, e bem melhores.” (Participante 6).

Essa dificuldade de trabalho, de clareza sobre o diagnóstico ou como proceder, e cenas de desencontros entre a equipe da instituição sobre o trabalho com o seu José se revertem em descrença por parte do grupo sobre querer trabalhar nessa área. Relatam a necessidade de perseverança para obter informações e a falta de consistência das reações do paciente. Em uma sessão apresentava-se bem e em outra tinha o discurso mais desorganizado.

“Eu senti um certo descaso. Eu esperava que as pessoas que trabalham com isso se importassem mais realmente com, tipo, a melhora e o cuidado com o outro, assim. Eu não sei. Diz que teve reforma psiquiátrica, que tudo, mas eu não sei se era muito pior antes, rs. Mas eu achei que ainda falta muita coisa também, eu achei bem no meio do caminho.” (Participante 1).

“Ah, eu não sei um descaso total, assim. Eu senti que tava aquela coisa meio a meio, sabe? Aquela coisa tipo, a pessoa que queria seu José no CAPS, a pessoa que não queria, tal. (...) Uma pessoa que não queria o seu José lá, eu não culpo tanto eles assim. A mulher lá que falou que uma vez o seu José trouxe uma faca, segurou uma faca, tal. Pô, se a pessoa sente que a vida dela tá ameaçada, é meio difícil a pessoa se preocupar com o

outro enquanto ela tá pensando na própria vida, né?” (Participante 2).

“Não achei descaso. (...) Poderia ser melhor, mas que realmente é difícil. Tipo, mó galera lá... Ter uma atenção mais focada em cada um. E na parte que eles ficam meio jogados, eu acho que faz parte também. Quer dizer, não dá pra toda hora sabe ‘cê tem problema’, não sei o que... Tipo tem que dar um espaço pra eles conviverem. É meio um intermédio entre a reinserção da pessoa na sociedade, sabe? Tipo, cê tá vivendo na sociedade, ali cê é um intermédio, ela também tem que tá meio solta, assim, tipo. E tem que ter uma, poderia ser melhor ter uma condição mais individualizada, mas...” (Participante 4).

Por outro lado, os estudantes valorizam o diagnóstico compreensivo como forma de entender essa pessoa, e não enquadrá-la, resgatar seu histórico para essa compreensão. De forma geral há grande dificuldade de se articular a teoria aprendida em sala de aula e a compreensão daquele sujeito que conheceram. Os limites não são claros, o que fica evidente pela cisão da equipe da instituição, que, em parte acreditava na necessidade do trabalho daquele usuário naquele lugar, mas havia outra parte que discordava dessa necessidade, acreditando que ele teria apenas um funcionamento estranho, que queria chamar a atenção das pessoas e que não deveria continuar a frequentar aquele local.

Segundo o grupo de alunos, de fato o Sr. José não era uma pessoa fácil. O contato com ele era pesado, difícil, o que tem relação com as próprias dificuldades e sua forma de se relacionar com o grupo tem a ver com a forma como ele se relaciona na vida. Com uma postura desafiante, inquiria o grupo a todo o momento sobre estar certo. Apresentava-se com uma postura impositiva, embora dissesse que desejava carinho e cuidado ao relatar que sentia falta que alguém passasse a mão sobre sua cabeça.

José busca a presença do outro, mas, diante deste, usa de argumentos de imposição e não aceita facilmente as regras institucionais. De fato, sofria a falta de contato e se defendia atacando as pessoas que se aproximavam como o grupo ali presente e disponível. Podendo expressar-se e viver essa situação com o grupo, o paciente permitiu ser compreendido, e sua hostilidade pôde ser compreendida como expressão de seu sofrimento. Há uma comoção do grupo ante a grande dificuldade de significar os atendimentos e localizá-lo junto à teoria discutida em sala de aula, contudo há a marca da prática e da experiência de estar lá.

V. DO CAMINHAR E DO ENCONTRO COM A DOENÇA MENTAL

O percurso apresentado mostra a sucessiva aproximação do aluno com o tema da doença mental, tornando-a cada vez mais concreta. O que se fazia imagem, o contato distante ou mesmo incompreendido ganhou um corpo físico, fez-se pessoal, personificado, prático e institucionalizado. Esse encontro teve como função primeira, a partir da noção de espaço potencial de Winnicott (1975), o cuidado com o paciente, mas em seu foco também está o cuidado com o próprio aluno, para que este pudesse aproximar-se do campo da doença mental em um contexto que possibilita emergir uma experiência criadora e criativa, embora frente a um tema controverso e que provoca grandes angústias, como este mesmo autor evidencia (Winnicott, 1994a).

Inicialmente, tal qual em estudos realizados anteriormente (Tardivo et al., 2013; Salles et al., 2012; Gabriel Filho, et al., 2010; Gil & Tardivo, 2007; Aiello-Vaisberg, 1999), pôde-se observar a ansiedade que permeia a experiência desses estudantes do início ao fim do curso. Partiu-se da produção dos Desenhos-Estória com tema onde apresentaram elementos de intensidade e tensão. Passou-se, então, pelas primeiras entrevistas, nas quais os alunos caracterizaram o doente mental em seu imaginário como desprovido de bens materiais, apresentando, principalmente, sintomas considerados positivos pela Psiquiatria, como agressividade e contato fragilizado com a realidade. Frente aos relatórios semanais, ainda foram encontradas a angústia e expectativas sobre a prática como principais sentimentos desse contato, que permanecem, de certa forma, presentes nas entrevistas após o encerramento do trabalho.

No início desse caminho, era presente entre os alunos a confusão sobre o que seria o serviço que conheceriam e como se portar ali, como se posicionar ante ao doente e às pessoas que encontrariam ou, ainda, qual seria seu lugar e papel nessa proposta. Ao longo da prática, assim como no estudo de Tardivo e seus colaboradores (2013), foi possível observar que enfrentaram a dificuldade de vivenciar os próprios conflitos e dúvidas somados aos conflitos e dúvidas do paciente.

Nesse princípio, para os alunos, a ambiguidade sobre o valor da proposta e do diagnóstico se mostrou viva. Inicialmente, o questionamento dos estudantes se fazia sobre a própria

função e ação, o que poderiam oferecer, com receio de não ter nada verdadeiro ou consistente para proporcionar ao paciente em troca do aprendizado que adquiriam através da experiência, disponibilidade e problemas que ele contava. Posteriormente, a proposta passou a ser defendida pelos mesmos alunos que, à medida que se aproximavam do Sr. José, começaram a observar que teriam o que oferecer àquele encontro: um espaço de acolhimento e cuidado significativo àquela pessoa, como poucos que relatou ter.

Esses encontros, contudo, não seriam sempre tão simples e aconchegantes. Neles enfrentaram a tensão inerente a tantos conflitos presentes nesse caminhar. Uma situação que não se furtaria a ser importante, gerando tensão e, novamente, incompreensão. Mais ao final do estágio, tiveram uma grande dificuldade de compreender e aceitar que poderia emergir uma faceta conflituosa daquela pessoa com quem começavam a se afeiçoar. A descoberta de que ele consumia bebida alcoólica em excesso e se mostrava agressivo principalmente com a equipe da instituição, bem como a resistência do paciente, que se armava com a proximidade do último encontro, não passaram despercebidos pelos alunos. Essa situação mostrou-se frustrante às expectativas de acompanhar um processo completo e, ainda mais, de poder constatar a melhora do quadro do paciente.

A dualidade também se fez presente na busca pelos alunos de não estigmatizar o paciente ou se disponibilizar à experiência com preconceitos. Contudo, a dificuldade em saber como agir e se portar frente a esse contato mobilizou a necessidade de um suporte teórico e embasamento técnico sobre saúde mental, que, em suas concepções, poderia esclarecer exatamente o que se apresentava diante deles e como deveriam atuar. Destaca-se, assim, o olhar que demonstraram ao final do curso, que buscou algo para além do enquadre teórico e compreendeu como importante o contato com a subjetividade daquele paciente. Esse saber permite uma disponibilidade diferente frente ao sofrimento, que é, muitas vezes, negligenciado por quem apenas não compreende o comportamento e a interação conflitiva com a pessoa com determinada doença mental.

Como nos estudos de Gil e Tardivo (2007), Aiello-Vaisberg (1999) e de Tardivo, Salles e Gabriel Filho (2013), essa experiência de contato com a Psicopatologia ou com a possibilidade dessa desintegração do outro se mostrou suficiente para despertar o que Winnicott (1994a) descreveria como “a vivência da ruptura de si mesmo”. O estudante, imaginando-se profissional, deve lidar com a necessidade de ter o conhecimento. Contudo, na

condição indivíduo, deve lidar com um medo anterior, o de deparar com a própria fragilidade.

Nesse percurso, a doença mental anteriormente mostrava-se distante do cotidiano de cada um destes estudantes, embora todos já tivessem se aproximado dela de alguma forma. Essa distância pode-se dar fisicamente – com pouca proximidade de um doente mental ou de uma instituição de assistência a este público – mas, acima de tudo, ocorre no disponibilizar-se frente ao incompreensível.

Os alunos, ainda que recém-ingressantes no segundo ano de sua graduação, posicionam-se em uma direção que compreende a importância de evitar estigmas e colocar-se no lugar de cuidado. Essa proposta de um olhar diferenciado se contrapõe ao que entendem como uma visão de outras pessoas que, sem compreender o processo da doença mental, criam nomes, estigmas e mantêm uma distância que consideram como saudável frente ao indivíduo doente mental.

Embora os estudantes apresentem essa proposta de aproximação, disponibilidade e compreensão, esse seria seu primeiro contato prático com o conhecimento sobre a doença mental e as questões que a permeiam. Dessa forma, o não saber como agir torna confuso o lugar em que eu aluno deve colocar-se. As expectativas se mostram ambíguas quando, simultaneamente, ele se defronta com questões institucionais e, ainda assim, deseja conhecer o novo, colocar em prática as ideologias próprias e as difundidas nas poucas discussões que já tivera no espaço acadêmico.

Nesse sentido, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) se confunde com o nome de uma Clínica-Escola, e a disponibilidade dos estudantes ao atendimento depara com o pedido do paciente pela cura de sua dor. Assim, os estudantes têm dificuldade de compreender a posição da equipe que acompanha o caso. Pressupõem que esses profissionais deveriam ter total segurança sobre todas as condutas e todos os passos para agir, muito envolvidos pelo pedido do paciente por cura de seus males, enquanto, na realidade, quadros clínicos graves muitas vezes demoram a ter seu diagnóstico definido e definitivo.

O doente mental que o movimento de luta antimanicomial pretende incluir e inserir em um mundo sem restrições é o mesmo indivíduo que se mostra por vezes agressivo, que foge à lógica e ao raciocínio comuns e que dificulta a compreensão que os livros se propõem a descrever. Vale ressaltar que não é uma tarefa simples consolidar um diagnóstico quando, para duas pessoas com um mesmo diagnóstico, por exemplo, descritivo, o projeto e a ação

terapêutica, ou mesmo a medicação, podem variar (Amarante, 1998).

Nesse sentido, é possível retomar algumas situações em que o paciente se mostrou agressivo seja em seu modo de sentar-se na cadeira, em relatos de sua vida ou, ainda, na forma de inquirir o grupo que o acompanhou. O distanciamento e busca pelo lugar saudável são as práticas possíveis quando se tem contato com quem não é compreendido e, principalmente, quando este pode representar violência contra si de forma física ou psíquica. Freud (1923; 1932), em sua obra, demonstrou que o ser humano está suscetível ao rompimento psíquico, seja de ordem neurótica, mais próximo ao socialmente conhecido e muitas vezes em reação a este, ou, ainda, de ordem psicótica, talvez mais distante das convenções sociais, mas possivelmente também em relação a elas.

Da mesma forma, Winnicott (1994a) lança luz sobre o medo do colapso, ou à preocupação do sujeito frente à possibilidade de cisão, defendendo como pode o *self* dessa possibilidade impensável e altamente destrutiva. Bleger (1984), por sua vez, cita que esse mesmo sujeito lança mão dos melhores recursos que tem à disposição para enfrentar situações em determinado momento de sua vida, ainda que esses recursos sejam compreendidos como uma conduta patológica.

A direção da ação frente a essa angústia e, ao mesmo tempo, a um ideal que tenta incluir, aceitar e compreender, se torna confusa e precária. A crítica inicial de não estigmatizar e incluir é própria à luta antimanicomial, porém, o medo e o receio da necessidade do saber como agir em determinada situação são pertinentes a um olhar inexperiente, amedrontado pelo desconhecido (Gil & Tardivo, 2007, Amarante, 1998).

Espera-se que o ensino de Psicologia forme profissionais que sejam capazes de desenvolver o conhecimento científico e tenham uma visão crítica sobre aspectos sociais, políticos e culturais (CNE, 2011). Contudo, embora a atuação clínica seja um destaque à prática da Psicologia, não há um roteiro dirigido sobre todas as situações em que os profissionais da saúde atuantes na área psicossocial devem agir (Sales e Dimenstein, 2009; Ribeiro e Luzio, 2008).

Destaca-se, também, no modelo proposto, a possibilidade de um espaço de discussão do que se encontra em serviços de cuidado à saúde mental e o que se preconiza nos debates e na legislação pertinente à área da saúde mental. Esse discurso preconizado chama a atenção e é claro sobre suas diretrizes; contudo, o contato real com a doença mental é intenso e obscuro.

Dessa forma, os limites não são bem definidos, e encontra-se em uma linha tênue entre o que se compreende nas palavras “loucura” e “normalidade”, que são muito discutidas e por vezes combatidas (Amarante, 2007; 1998; Devera & Costa-Rosa, 2007; Desviat, 1999).

O paralelo equivocado que os alunos fazem entre a Clínica-Escola e um Centro de Atenção Psicossocial é um bom marcador sobre como o tema da saúde mental não é discutido no limite que transpassa o contato estrito com esta e não chega ao cotidiano da sociedade de forma mais ampla. O conhecimento que se tem sobre a instituição de atenção à saúde mental mostra-se, então, mais raro do que o que se tem sobre a doença mental.

Chama a atenção que alguns desses estudantes entrevistados relatam nunca ter ouvido falar dessa instituição antes do ingresso ao curso de Psicologia e tampouco sabiam quem seria assistido ali ou como seria essa assistência. Em muitos casos, pesquisas mostram que os profissionais se formam com poucas informações sobre esse sistema assistencial (Dimenstein, 1998; Lima, 2005; Spink, 2007; Freire & Pichelli, 2010). A partir dessa referência, chama atenção a dúvida sobre como seria possível uma reforma que incluía o doente mental sem que qualquer pessoa fora desse meio fique sabendo que há uma rede de atenção a ele.

No momento em que o estudante encerra sua formação acadêmica e adentra no mercado de trabalho como profissional, pressupõe-se que deve ser capaz de exercer a prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial de forma individual e coletiva. Espera-se, também, que a formação capacite esse aluno para trabalhar com o público em geral, exercer funções administrativas e, principalmente, trabalhar junto a outros profissionais em equipes multidisciplinares (CNE, 2011). Dessa forma, frente a instituições de assistência à saúde mental, espera-se que possa seguir exatamente o discurso antimanicomial por trás da rede de atenção psicossocial. Entretanto, por meio desta experiência, é possível observar que essa rede de atenção à saúde mental está em constituição e que o profissional que atua no campo da saúde mental é quem cuidará para construir, implantar e promover os ideais antimanicomiais como prática (Amarante, 2007).

Como apresentado por Serpa Jr e seus colaboradores (2007), a proposta mencionada também segue a direção de aproximar o estudante da prática em saúde mental, e, assim, pode-se direcionar o olhar do estagiário para o foco no paciente. Proporciona-se, assim, uma visão menos reducionista e respeitadora de individualidade que se faz presente no contato com o outro. Para tanto, explora-se um diagnóstico mais amplo para compreensão do caso de forma

a traçar estratégias para uma atuação não limitada pela visão estrita de sinais e sintomas de determinada patologia (Assumpção Jr, 2009; Assumpção Jr, 2014; Dalgalarondo, 2008; Gabbard, 1998).

Destaca-se, assim, que, apesar do traçado tortuoso pertinente ao contato com a doença mental, a organização do espaço e do grupo fez-se terapêutica ao paciente e continente aos alunos frente à proposta deste estágio de favorecer a experiência de aprendizado e a experiência emocional de contato com um doente mental. Permitiu a aproximação entre os alunos que se estranhariam e a concepção da doença mental que se tinha antes já não é a mesma. O não saber como agir nessa situação deu espaço a uma visão mais ampla sobre a dinâmica saúde e doença mental. O medo do contato deu lugar à angústia diante da experiência com o real.

É importante a ressalva que este trabalho apresenta suas limitações. Embora esteja inserido em uma tradição de acompanhamento de estudantes no contato com a Psicopatologia, teve como limitante acompanhar apenas uma disciplina semestral, e, principalmente, apenas um grupo na experiência de estágio. Dessa forma, não se pretende ser conclusivo e poder generalizar os resultados, sugerindo-se, assim, como importante a realização de mais trabalhos que abordem os primeiros contatos com a doença mental e o que esta mobiliza em diversos momentos na formação em profissões e em outras instituições de atenção à saúde mental.

Frente ao percurso trabalhado e descrito, o objetivo proposto foi efetivo, ao observar a trajetória de estudantes do segundo ano do curso de graduação de Psicologia em sua aproximação junto ao tema da saúde mental e, principalmente, em seu primeiro contato com uma instituição de assistência à saúde mental e seus personagens. Esse caminhar foi marcado pela proposta de estágio da professora Leila Tardivo e sua equipe, de um encontro verdadeiro e real com o doente mental tanto quanto com a instituição que o acolhe, visando à criação de um espaço potencial como proposto por Winnicott (1975). Esse trajeto mostrou-se importante e marcante na formação em saúde mental destes estudantes que, antes distantes da temática, puderam aproximar-se dela, mostrando, assim, a importância dessa modalidade de ensino que possibilita o caminhar lado a lado entre teoria e prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1995). O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais: projeção e transicionalidade. *Psicologia USP*, 6 (2), 103-127.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1996). O uso de procedimentos projetivos na pesquisa sobre representação social: a perspectiva clínica. In Carvalho, R. M. L. L. (org.), *Repensando a formação do psicólogo: da informação à descoberta*. Coletâneas da Anpepp, nº 9, (p. 99-108). Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J.A. (1997). Desenhos com Tema. In Trinca, W. (org.). *Formas de investigação clínica em Psicologia: o procedimento de Desenhos-Estórias e Desenhos de Famílias com Estórias*. São Paulo: Vetor Psico-pedagógica.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1999). *Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de Psicopatologia*. Tese de Livre-Docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. & Ambrosio, F. F. (2006). Imaginários coletivos como mundos transicionais. *Cadernos ser e fazer: imaginários coletivos como mundos transicionais*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. & Machado, M. C. L. (2005). Transicionalidade e ensino de psicopatologia: pensando “aulas práticas” com Winnicott. *Passages de Paris 1*, 176-185.
- Amarante, P. (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz.
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz.
- Amarante, P. & Torre, E. H. G.(2001). A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. *Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, v. 25, nº 58, p. 26-34.
- .Assumpção Jr., F. B.(org). (2014). *Psiquiatria da infância e da adolescência: casos clínicos*. Porto Alegre: Artmed
- Bleger, J. (1984). *Psicologia da conduta*. Porto Alegre: Artmed.
- Brasil (2001). Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, seção 1.

- Brasil (2011). Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília. Edição n. 251, Seção 1, p. 59.
- Conselho Nacional de Educação (2011). *Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia*. Resolução CNE/CES Nº 5/2011. Brasília, DF: Conselho Nacional de Educação.
- Chang, A.M., Cappa, A. G., Bergel, R., Tardivo, L. S. L.C. (2010). O procedimento de desenho com tema em pacientes com dor crônica: a representação na vida. *Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia*, v. XL, p. 2-4, 2010.
- Cruz, M. S. (2012) *Reflexões sobre a relação entre a personalidade borderline e as adicções*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Cruz, M. S. & Tardivo, L. S. L. P. C. (2010). Encuentros terapéuticos en salud mental: una nueva propuesta en la formación de psicología. In: Trimboli, A., Fantin, J. C., Raggi, S., Grande, E., Fridman, P., Bertran, G. (org.). *Trauma, historia y subjetividad*. Buenos Aires: Asociación Argentina de Salud Mental, v. 1, p. 523-524.
- Dalgallarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Desviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz.
- Devera, D. e Costa-Rosa, A. (2007), Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6 (1), 60-79.
- Dimenstein, M. D. (1998). *O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafio para a formação e atuação profissionais*. Estudos de Psicologia, 3(1), 53-81.
- Foucault, M. (1978). *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Frayze-Pereira, J. (1985). *O que é loucura*. São Paulo: Brasiliense.
- Freire, F. M. S. & Pichelli, A. A. W. S. (2010). Princípios norteadores da prática psicológica na atenção básica: em busca da integralidade. *Psicologia ciência e profissão*, 30(4), 840-853.
- Freitas, D.C. & Tardivo, L. S. L. P. C. (2005). Encontros terapêuticos em hospital psiquiátrico: relato e reflexões a partir da experiência. In: Tardivo, L. C. & Gil, C. A. (org.).

- Atendimentos clínicos diferenciados e inclusão: o papel da psicologia clínica social*. São Paulo: Universidade de São Paulo, v. 1, p. 57-61.
- Freud, S. (1923). O ego e o id. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. 19.
- Freud, S. (1933). Conferência XXXI: A dissecação da personalidade psíquica. In. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. 22.
- Gabbard, G. O. (1998). *Psiquiatria psicodinâmica: baseada no DSM-IV*. Porto Alegre: Artmed.
- Gabriel Filho, L. T., Souza, C. M., Guimarães, D. A., Menezes, S. L., Cruz, M. S. & Tardivo, L. S. L. P. C. (2010). Encontros terapêuticos em saúde mental: potencialidade de uma experiência clínica intersubjetiva. In *Apresentação de Trabalho, XL Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia*. Curitiba: Sociedade Brasileira de Psicologia.
- Gil, C. A. (2010). *Recordações e transicionalidade: a oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Gil, C. A. & Tardivo, L. C. (2007). Concepção de doença mental em estudantes de graduação em Psicologia: um estudo compreensivo por meio de desenhos temáticos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 15 (2), 114-120.
- Gil, C.A, Tardivo, L.C., Turna, J.W & Cautella,W. (2007). Oficinas Psicoterapêuticas en el hospital psiquiátrico: una propuesta de enseñanza y pesquisa/intervencion. In: *Anais do II Congreso Argentino de Salud Mental e II Encuentro interamericano de Salud Mental*. Buenos Aires.
- Lima, M. (2005). Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 431-440.
- Lüdke, M. & André, M. E. D. A. (1986). Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. In *Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas*. São Paulo: EPU.
- Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (1987). O Manifesto de Buaru. *Jornal do Psicólogo*, 7(21):04.

- Nicácio, F., Amarante, P. & Barros, D. D. (2005). Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In Amarante, P. (coord.), (2001) *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial* 2, p.195-214. Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Paulo, M.S.L.L., Davoli, A., Mizutani, A.M., Suematsu, N., Neto, R., Tardivo, L. S. L. P. C. (2005). Consultas terapêuticas no hospital psiquiátrico: relato de caso clínico. In: Tardivo, L. C. & Gil, C. A. (org.). *Atendimentos clínicos diferenciados e inclusão: o papel da psicologia clínica social*. São Paulo: Universidade de São Paulo, v. 1, p. 39-43.
- Pessotti, I. (1994). *A loucura e as épocas*. São Paulo: Editora 34.
- Pessotti, I. (1999). *Os nomes da loucura*. São Paulo: Editora 34.
- Pontes M.L.S., Barcelos, T.M., Tachibana, M. & Aiello Vasberg, T.M.J. (2010). A gravidez precoce no imaginário coletivo de adolescentes. In *Psicologia teoria e prática*, 12 (1) São Paulo.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Sales, A. L., & Dimenstein, M. (2009). Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: Práticas em desconstrução? In *Psicologia em Estudo*, 14(2), 277-285.
- Salles, R. J., Tironi, C., Gabriel Filho, L. T., Younes, R., Rego, L., Aranha, C. G. & Tardivo, L. C. (2012). Percepções de alunos de Psicologia sobre um estágio em equipamentos de saúde mental. In *Anais da X Jornada Apoiar Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social 20 Anos: O Percorso e o Futuro*. São Paulo.
- Serpa Jr, O. D., Leal, E. M., Louzada, R. C. R., & Silva Filho, J. F. S. (2007, maio/agosto). Inclusão da subjetividade no ensino de Psicopatologia. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11 (22), 207-22.
- Spink, M. J. (2007). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes.
- Tardivo, L. S. L. P. C. (2004). *O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje: reflexões psicológicas – encontros e viagens*. Tese de Livre-docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Tardivo, L. S. L. P. C. (2004). O Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social e o APOIAR: fundamentos e propostas. *Psicologia: Revista da Vetor Editora*, 5(1), 40-47.
- Tardivo, L. S. L. P. C. (2007). *O adolescente e o sofrimento emocional nos dias de hoje*. São Paulo: Vetor.
- Tardivo, L. S. L. P. C. (2008). O procedimento de desenhos-estórias (D-E) e seus derivados:

- fundamentação teórica, aplicações em clínica e pesquisas. In Villemor-Amaral, A. E. & Werlang, B. S. G. (org.), *Atualizações em métodos projetivos para avaliação psicológica* (pp. 287-305). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tardivo, L. S. L. P. C. & Gil, C. (2005). A. Atendimentos Clínicos Diferenciados e Inclusão: o Papel da Psicologia Clínica Social. In: *Anais da III Jornada Apoiar – Atendimentos Clínicos Diferenciados e Inclusão: o Papel da Psicologia Clínica Social*, São Paulo. III Jornada Apoiar - Atendimentos Clínicos Diferenciados e Inclusão: o Papel da Psicologia Clínica Social. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP, v. 1. p. 1-191.
- Tardivo, L. S. P. C., Gil, C. A., Steiner, A. L., Lelé, A. J., Turna, J.W. & Cautella, W. (2006). TAT segundo a Escola Francesa em pacientes internadas em hospital psiquiátrico: estudo preliminar. In *IV Congresso Nacional da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos*. Brasília: Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos.
- Tardivo, L. S. L. C., Gil, C. A., Turna, J. W. T. E. & Cautella Jr, W. (2008). O projeto Apoiar nos hospitais psiquiátricos: propostas de ensino, pesquisa e intervenção. In Tardivo, L. S. L. C., & Gil, C. A. (org.), *Apoiara: novas propostas em Psicologia clínica* (pp. 273-279). São Paulo: Sarvier.
- Tardivo, L. S. L. P. C. ; Salles, R. J. & Gabriel Filho, L. T. (2013). Uma Proposta de Formação do Psicólogo em Saúde Mental – Ensino, Pesquisa e Intervenção. *Educação, Sociedade & Culturas*, v. 39, p. 79-99.
- Tardivo, L.S.L.P.C, Vieira, M.M, Gil, C.A. & Steiner, A.L.F. (2005). Uma proposta de trabalho em saúde mental assistência a moradores de instituição psiquiátrica e reinserção social: possibilidades e alcances. IN: *Anais do XXX Congresso Interamericano de Psicologia*. Buenos Aires: Associação Interamericana de Psicologia.
- Trinca, W. (1997). *Formas de investigação clínica em psicologia: procedimentos de desenhos estória, procedimento de desenhos de família com estórias*. São Paulo: Vetor.
- Trinca, W. (2013). *Procedimento de desenhos-estória: formas derivativas, desenvolvimentos e expansões*. São Paulo: Vetor.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia clínico-qualitativa* (2ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 3, p. 507-14.
- Winnicott, D. W. (1975). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago.

Winnicott, D. W. (1994a). O medo do colapso. In Winnicott, C. & Shepherd, R. (orgs.), *Explorações psicanalíticas* (p.70-76). Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, D. W. (1994b). O valor da consulta terapêutica. In Winnicott, C. & Shepherd, R. (org.). *Explorações psicanalíticas* (p. 244-248). Porto Alegre: Artes Médicas.