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

SILVIA TERESA COLLAKIS

Estágio de psicopatologia: a experiência emocional de estudantes de
Psicologia frente à psicose

São Paulo

2016

SILVIA TERESA COLLAKIS

**Estágio de psicopatologia: a experiência emocional de estudantes de
Psicologia frente à psicose**

(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

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHOS, 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

Collakis, Silvia Teresa.

Estágio de psicopatologia: a experiência emocional de estudantes
de Psicologia frente à psicose / Silvia Teresa Collakis; orientadora
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. -- São Paulo, 2016.

161 f.

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

1. Saúde mental 2. Ensino superior 3. Estágio 4. Psicose 5.
Representação social I. Título.

RA790

Nome: Collakis, Silvia Teresa

Título: Estágio de psicopatologia: a experiência emocional de estudantes de Psicologia frente à psicose

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. Livre Docente Tânia Maria José Aiello Vaisberg
Universidade de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Cláudia Aranha Gil
Universidade São Judas Tadeu

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente à Profa. Associada Leila Tardivo, que sempre se revelou uma presença inspiradora, tanto pelo trabalho dedicado e humano desenvolvido no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social e no projeto APOIAR, quanto pela grande receptividade e respeito que caracterizaram nossa relação como orientadora e orientanda. Seu cuidado e aposta foram fundamentais para que eu pudesse mergulhar no mar de dúvidas e agonias que esta experiência mobiliza e dele conseguisse emergir ainda com fôlego.

Aos alunos que gentilmente consentiram em participar deste trabalho, além de sua óbvia importância para a realização desta pesquisa, agradeço pela abertura e coragem para desbravarem o desconhecido e por emprestarem seus afetos e anseios com tanta generosidade para os fins desta pesquisa.

À Profa. Livre Docente Tânia Maria José Aiello Vaisberg, pois, além da vasta produção acerca do tema e dos valiosos apontamentos na banca de qualificação, foi minha professora na disciplina de psicopatologia na graduação e certamente contribuiu para que eu desenvolvesse o interesse pela área da saúde mental.

À Profa. Dra. Cláudia Aranha Gil, cuja participação na banca de qualificação foi essencial para que eu visualizasse novos e necessários caminhos e também por ter sido a primeira pessoa que me acolheu no APOIAR. Lembro-me com carinho do dia em que, no seu consultório, apresentou-me as possibilidades de atuação no projeto e do meu encantamento imediato com a proposta de monitoria do estágio na disciplina de psicopatologia.

Aos demais membros da banca, Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues, Profa. Dra. Paula Orchiucci Miura e Profa. Dra. Maria Salete Lopes Legname de Paulo pela disponibilidade e atenção.

Aos profissionais do CAPS II Adulto de Jandira, em especial à Valéria Araújo da Silva, coordenadora de saúde mental deste município, que se mostrou parceira em todas as etapas que precederam e sucederam a vivência do estágio curricular.

Às pacientes do CAPS que foram acompanhadas durante o estágio para esta pesquisa; sem a sua contribuição e abertura para o encontro nada disso seria possível.

Aos colegas do APOIAR, que se empenham para produzir conhecimentos e uma prática ética e comprometida. Em especial à Karina e Gislaine, minhas grandes companheiras de todas as horas.

Aos novos amigos da pós, Dulce e Robson, amizades que desejo levar do mestrado para a vida, pessoas com as quais me identifiquei rapidamente e com quem pude dividir as aflições da vida acadêmica.

Ao meu querido Rodrigo, por quem, além de um amor infinito, nutro uma enorme admiração. Sem dúvida foi um dos grandes incentivadores deste processo e me ajudou muito com seus conselhos de precisão cirúrgica.

Aos meus pais Eva e João. De minha mãe herdei – ou copiei deliberadamente, por imensa admiração – o ofício da Psicologia. De meu pai, a curiosidade e a vontade de saber. De ambos, recebi o apoio incondicional e o incentivo a sempre ir mais longe.

À minha irmã Sandra, que desafia todas as estatísticas e prova que dá para ser linda e inteligente. Uma das pessoas mais amorosas e cuidadosas que eu conheço.

À minha pequena grande família: Roberto, Alix, Thomas, Vevê e o pequeno Arthur; sem o chão que vocês me dão certamente tudo seria mais difícil.

À minha família escolhida: Raul, Ana Laura, Gabriel, Luiza, Regina, Alexandre, Fábio, Fernanda e Dan. Afinal, com vocês o sentimento de pertencimento e de familiaridade é forte e consistente como os laços de sangue.

Aos amigos Cris, Ju Bicudo, Ju Farah, Sofia e a todos que trazem leveza e aconchego para a minha vida. Um especial agradecimento ao Pedro, cuja revisão criteriosa do texto foi de ajuda sem igual.

Às colegas de equipe e novas amigas Carol, Luciana e Kelly, que acompanharam de perto a etapa final e crucial deste processo com muito acolhimento.

Ao meu analista Ney Branco de Miranda, que fez brotar o embrião deste e de tantos outros caminhos.

Aos meus pacientes, que me ajudaram e continuamme ajudando a me construir como profissional.

Ao Fellini, que nunca terá consciência deste agradecimento, mas foi companhia fiel nos momentos de imersão, aquecendo meu colo e me dando ‘apoio moral’.

À CAPES pela bolsa de estudos disponibilizada durante parte da realização deste estudo, que me proporcionou maior tranquilidade quando necessário.

Collakis, S.T. (2016). Estágio de psicopatologia: a experiência emocional de estudantes de Psicologia frente à psicose. 161p. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

RESUMO

Este trabalho examina a experiência de estagiários do curso de graduação de Psicologia, na disciplina de 'Psicopatologia: Aspectos Teóricos e Prática Clínica', em seu primeiro contato com a doença mental. O ensino da psicopatologia e a formação do futuro psicólogo estão inseridos em um contexto histórico-cultural que sofreu profundas transformações ao longo do tempo e se encontram atualmente na conjuntura da Reforma Psiquiátrica. A presente pesquisa pretende investigar e compreender a experiência emocional de estudantes de Psicologia que passaram pela experiência do estágio monitorado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e que tiveram contato, em modalidade clínica inspirada nas consultas terapêuticas de Winnicott, com pacientes psicóticos. Optou-se pelo uso da abordagem clínico-qualitativa, a partir de uma investigação fundamentada em uma leitura psicanalítica. Foram realizadas entrevistas semi-dirigidas com cinco estudantes que cursavam a disciplina, antes e depois da experiência de estágio. Também foram utilizados como material de análise os diários de campo produzidos por eles após cada atendimento. A técnica de tratamento dos dados foi a análise de conteúdo categorial ou temática. Os resultados revelaram que todos os alunos apresentavam um interesse prévio pelo tema da psicopatologia e esperavam aprofundar conteúdos de forma teórica e prática; construíam representações sociais da psicose baseadas no senso comum e na teoria/etiologia, bem como alicerçavam tanto no modelo asilar quanto no modelo psicossocial. Durante o estágio, foram transformando suas concepções acerca do equipamento de saúde e da atuação profissional, reconhecendo novas possibilidades de cuidado para além da remissão de sintomas e da interpretação de conteúdos reprimidos. Os sentimentos mais recorrentes referidos foram os derivados do conflito, ainda que tenham emergido também sentimentos derivados dos instintos de morte e de vida, estes últimos de forma crescente ao longo dos atendimentos. A vivência parece ter sido essencial para transformar e desmistificar a forma com a qual concebiam o doente mental e também a sua visão do cuidado a ele oferecido, através da identificação com o sofrimento alheio e humanização da loucura; proporcionou reflexões dos alunos sobre o desejo e a vocação para o trabalho clínico e com casos-limite. Conclui-se que a experiência emocional dos estudantes de Psicologia carrega elementos cruciais para o processo de aprendizagem da psicopatologia e para a formação do futuro profissional; neste sentido, o trabalho didático não deve se restringir a uma elaboração meramente intelectualizada ou que privilegie apenas os aspectos afetivos e patológicos do paciente atendido, mas deve tomar como central a experiência emocional do aluno.

Palavras-chave: Saúde mental; Ensino superior; Estágio; Psicose; Representação social

Collakis, S.T. (2016). Internship in Psychopathology: emotional experience of Psychology students when exposed to psychosis. 161p. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

ABSTRACT

This study examines the experience of students enrolled in the Psychology Graduation Course, during their first contacts with mental illness while being trained in the subject of “Psychopathology: Theoretical Aspects and Clinical Practice”. The teaching of this subject and the training of future psychologists must be viewed in a cultural and historical context that has gone through profound transformations over a period of time and is presently in the midst of a Psychiatric Reform movement. The purpose of this research is to investigate and to understand the emotional experience of Psychology students who have participated in monitored sessions, as trainees, at a Psycho-social Support Centre (locally known as Centro de Atenção Psicossocial - CAPS) and who have had contact with psychotic patients during the course of treatment sessions, of a clinical nature based on Winnicott’s therapeutic consultations. A clinical and qualitative approach was chosen, supported by an investigation based on a psychoanalytical vision. Five students, that were studying this subject, participated in semi-directed interviews, both before and after the internship. The field notes taken by them after each therapy session were also analysed. The technique for data treatment was by content analysis that was both by category and thematic. The results revealed that every one of the students had a prior interest in the subject of psychopathology and that these students had expected to increase their knowledge of the theoretical and practical aspects of it; they created social representations of psychosis based on common sense and on theoretical / etiological bases, be it in an institutional context or in a psycho-social one. During their internship period they transformed their preconceptions regarding the means for health treatment as well as of professional performance. They recognised fresh treatment possibilities besides the remission of symptoms and the interpretation of repressed contents. The most recurrent sentiments mentioned were derived from conflict, although sentiments derived from death and life instincts also emerged, the latter increasingly as the treatment progressed. The internship experience appears to have been crucial to transform and to demystify the manner in which the students envisaged the mental patient, as well as the treatment which this patient should be given, by identifying with someone else’s suffering and humanising mental illness. The internship provided an opportunity for the students to reflect on their desire and their vocation to engage in clinical work, in treating extreme cases. The conclusion is reached that the Psychology students’ emotional experience contains crucial elements which contribute to learning in Psychopathology and to the formation of the future professionals. In this sense, the task of teaching should not be restricted to a mere intellectual exercise or to the emotional and pathological aspects of the patient, but must put the student’s emotional experience at the centre of the stage.

Key words: Mental health; Higher education; Internship; Psychosis; Social representation

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. A SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	17
1.1.1. DE ONDE PARTIMOS – A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL.....	17
1.1.2. AONDE CHEGAMOS – A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	21
1.2. O ENSINO DA PSICOPATOLOGIA E A FORMAÇÃO DO FUTURO PSICÓLOGO.....	25
1.2.1. DIMENSÃO HISTÓRICA E CONTEXTO ATUAL.....	25
1.2.2. A PRÁTICA DE ENSINO.....	30
1.3. A PSICOSE.....	41
2. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS.....	50
3. RECURSOS METODOLÓGICOS.....	52
3.1. ABORDAGEM.....	52
3.2. PARTICIPANTES.....	53
3.3. PROCEDIMENTOS.....	55
3.3.1. FASES DO TRABALHO DE CAMPO.....	55
3.3.2. FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	57
3.3.3. CONSIDERAÇÃO DOS ASPECTOS ÉTICOS.....	58
4. RESULTADOS.....	59
4.1. NARRATIVA DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO.....	59
4.2. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS E DIÁRIOS DE CAMPO.....	66
4.2.1 ENTREVISTA INICIAL.....	67
4.2.2. DIÁRIOS DE CAMPO.....	74
4.2.3. ENTREVISTA FINAL.....	83
5. DISCUSSÃO.....	90
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
REFERÊNCIAS.....	99
ANEXOS.....	105

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	105
ANEXO B - ROTEIRO DE ENTREVISTAS.....	107
ANEXO C - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS INICIAIS.....	108
ANEXO D - DIÁRIOS DE CAMPO.....	119
ANEXO E - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS FINAIS.....	141

APRESENTAÇÃO

Este trabalho se concretizou a partir de minha inserção no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), mais especificamente no APOIAR (projeto inserido neste laboratório), no ano de 2011. Lá me senti prontamente acolhida e logo percebia grande abertura para a construção de conhecimento com forte alicerce teórico, mas, sobretudo, baseado no inestimado valor da prática clínica para a compreensão dos fenômenos psíquicos.

O laboratório, que em 2016 completa 24 anos, realizou nos primeiros dez anos eventos acadêmicos abertos ao público em geral, focalizando os temas “proposições de cuidado psicológico a pacientes psiquiátricos desospitalizados” e “investigação em psicanálise”. Desde então, mantém também publicação que congrega artigos de estudiosos vinculados aos cursos de graduação e pós-graduação do Departamento de Psicologia Clínica, de pesquisadores de instituições internacionais com as quais mantém convênio, textos remetidos de forma espontânea por representantes do pensamento psicanalítico contemporâneo, além de trabalhos oriundos dos eventos científicos sob sua organização: os Cadernos Ser e Fazer (JORNADA APOIAR, 2014).

Em 1997 a Professora Livre Docente Tânia Maria José Aiello Vaisberg criou neste laboratório a “Ser e Fazer”: Enquadres Clínicos Diferenciados. Este projeto propõe modalidades de pesquisa-intervenção, fundamentadas na psicanálise winnicottiana, caracterizadas pelo uso de mediações facilitadoras da expressão de indivíduos e coletivos, em contextos psicoterapêuticos e psicoprofiláticos. No que tange ao atendimento à comunidade, também conta com a “Ser e Fazer”: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação, que oferece consultas psicoterapêuticas individuais, familiares e grupais e arteterapia de inspiração winnicotianna. (SER E FAZER, 2016).

Em 2003, a coordenação do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social passou para a Professora Livre Docente Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, e a Professora Livre Docente Tânia Maria José Aiello Vaisberg, aposentada, continuou na condição de orientadora. Dessa forma as Oficinas “Ser e Fazer”: Oficinas

Psicoterapêuticas de Criação se mantiveram. A partir da Coordenação de Leila Tardivo, o Laboratório veio se ampliando, com a criação de um novo serviço e projeto amplo, o APOIAR, que foi criado em 2002, mas se consolidou em 2003. O Laboratório se mantém como espaço propiciador da integração entre ensino, pesquisa e prática clínica, oferecendo estágio supervisionado a alunos de graduação e proporcionando campo de investigação clínica para trabalho acadêmico de pós-graduandos e para articulações teóricas de docentes e pesquisadores (JORNADA APOIAR, 2014).

Segundo Tardivo (2008),

O APOIAR (...) objetiva a formação do psicólogo no campo da saúde mental em sua acepção mais ampla, ou seja, no que diz respeito ao estudo da compreensão e intervenção a pessoas em situação de sofrimento; visa (...) o desenvolvimento de pesquisas com a produção de conhecimentos teóricos, que em Psicologia Clínica se faz sempre de forma indissociada da prática (p. 3).

As bases teóricas que sustentam a prática clínica do APOIAR provêm de uma compreensão psicológica psicodinâmica, com especial interlocução com autores como Winnicott, Freud, Klein e Bleger. Ainda assim, há espaço para o diálogo com outras perspectivas teóricas, uma vez que a universidade convida à pluralidade de pensamentos (TARDIVO; GIL, 2008).

Atualmente, no APOIAR, são realizados atendimentos a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, em especial as que vivem em instituições de acolhimento; e crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, com supervisão clínica semanal dos casos acompanhados. Além disso, são realizados atendimentos a pessoas com dor crônica, a partir de uma parceria firmada com a Faculdade de Odontologia da USP e outras instituições. Há também trabalhos desenvolvidos diretamente nas instituições parceiras, como instituições de acolhimento, equipamentos de saúde mental (onde são realizadas investigações e atividades práticas), Oficinas Terapêuticas, onde se realizam supervisões e capacitações às equipes. A parceria e intercâmbio com essas instituições também tem se constituído em espaço para o desenvolvimento das atividades de estágio regulares das disciplinas da área da psicopatologia do curso de graduação (JORNADA APOIAR– APRESENTAÇÃO, 2014).

O projeto realiza anualmente a Jornada APOIAR, que conta com palestrantes convidados de instituições, universidades e organizações de outros Estados e também de

outros países. As Jornadas são temáticas, com palestras e mesas apresentadas por convidados, e contam com a exposição de trabalhos na forma de pôster e fecunda presença de inúmeros participantes (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2016).

Meu grande interesse pelos temas da saúde mental e da formação do futuro profissional de Psicologia me levou a ingressar como pesquisadora no APOIAR. Identifiquei-me com a proposta deste projeto de construir conhecimentos a partir da prática clínica, tendo como referencial teórico a psicanálise e os autores acima citados, com os quais venho mantendo um diálogo em meu próprio percurso profissional.

Eu já vinha trabalhando há alguns anos em instituições de saúde mental e também como acompanhante terapêutica e, cada vez mais, certificava-me de que o trabalho com casos-limite era um desejo e algo sobre o qual eu gostaria de me debruçar ainda mais. Além disso, já me chamava à atenção o tema da formação profissional; sempre questionei o que nos leva a fazer escolhas e o que está envolvido no processo de ensino-aprendizagem (ou “*ensinagem*”, como sugere Bleger), tendo eu a intuição de que este processo é muito mais efetivo quando se produzem novos sentidos para o aluno. Somava-se a esse caldeirão a vontade crescente de atuar como supervisora clínica.

Meus desejos encontraram um continente quando descobri a possibilidade de atuar como monitora de estágio da disciplina de graduação do curso de Psicologia do IPUSP intitulada *Psicopatologia: Aspectos Teóricos e Prática Clínica*. Essa era a oportunidade de fazer coincidir o trabalho em saúde mental, com o olhar para as questões da formação do estudante de Psicologia e a prática como supervisora.

A atuação do monitor no estágio consiste em acompanhar os alunos que cursam esta disciplina a uma instituição de saúde mental, como hospital psiquiátrico ou Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a partir de parceria firmada pela Universidade com estas instituições. Os alunos são divididos em pequenos grupos, com aproximadamente cinco participantes, e cada grupo realiza por volta de cinco sessões com um usuário do serviço de saúde, inspiradas no modelo de *consultas terapêuticas*, proposto por Winnicott. Os encontros são conduzidos pelo monitor e costumam ter o envolvimento crescente dos alunos no que se refere à construção do vínculo com o paciente.

Neste estágio é proporcionado o encontro dos estudantes com pacientes portadores de quadros graves de sofrimento psíquico. Muitas vezes este é o primeiro

contato com quadros psicopatológicos como a psicose, que demandam um tratamento intensivo, oferecido nas instituições visitadas. Esta é uma experiência aguardada e, ao mesmo tempo, temida pelos alunos, pois muitos não sabem o que irão encontrar. O embate com o desconhecido desencadeia inúmeras fantasias a respeito da loucura e do louco.

A atuação como monitora nessa disciplina suscitou uma série de indagações a respeito dos impactos causados pela vivência do estágio sobre os alunos. Chamou-me a atenção em especial a “avalanche” de sentimentos que é despertada no contato com os pacientes psicóticos. A emergência destes sentimentos parece estar relacionada tanto às inseguranças inerentes à posição de aprendiz –que ainda não está munido de um substrato teórico e de uma técnica clínica de manejo – quanto a uma forma de comunicação primitiva inconsciente e, portanto, não verbal estabelecida entre o paciente psicótico e o estudante. Entendemos, assim, que refletir acerca da experiência emocional dos estudantes de Psicologia pode fornecer elementos para compreender a experiência do estágio de um lugar que não o da racionalização e da postura intelectualizada do aluno em relação ao paciente, mas a partir do reconhecimento daquilo que é real e espontâneo na relação que entre eles se estabelece.

Com estas considerações iniciais podemos perceber que o contato dos alunos na disciplina de psicopatologia com os doentes mentais é uma experiência que está imbricada em uma série de questões profundas e relevantes para a formação do profissional de Psicologia e que devem ser estudadas com maior profundidade nesta pesquisa. Dentre estas questões se incluem o (re) conhecimento da psicose enquanto estrutura patológica e também enquanto elemento constitutivo do psiquismo saudável e como ela pode ser percebida e trabalhada a partir dos sentimentos despertados nos alunos; e também como esta primeira experiência clínica com casos graves marca a formação e impacta nas futuras escolhas profissionais.

Para tanto, iniciamos este trabalho buscando compreender como se constituiu e está organizada atualmente a saúde mental no Brasil, de forma a compreender como se efetivou a Reforma Psiquiátrica em nosso território e como se organiza a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), visando a elucidar quais são os equipamentos que a compõem e como se articulam. Estas informações são essenciais nesta pesquisa, pois

nos permitem localizar espaço-temporalmente e também culturalmente a vivência do estágio em psicopatologia.

A seguir, é abordado o ensino da psicopatologia e sua importância para a formação do futuro profissional, de maneira a explicitar brevemente suas bases históricas e como esta disciplina se firmou como obrigatória na grade curricular do curso de Psicologia no Brasil. São descritas experiências da prática de ensino na cidade de São Paulo, bem como em outros estados e países do mundo ocidental. Notamos que há uma nova realidade e novas possibilidades de inserção se configurando no campo da saúde mental. Estas mudanças têm demandado uma revisão, tanto no ensino da psicopatologia quanto na formação do futuro psicólogo, de forma a incluir a transmissão dos preceitos da Reforma Psiquiátrica e do modelo psicossocial (e não apenas o modelo médico-centrado) e a possibilitar uma prática que vá além das paredes do consultório particular.

O capítulo seguinte aborda o tema da psicose, visando à compreensão de seus pontos de origem, ansiedades características e defesas erigidas. Desejamos oferecer instrumentos para a reflexão de como um paciente com este diagnóstico se “relaciona” – utiliza-se aqui este termo entre aspas, na falta de outro melhor, uma vez que de *relação* depreende-se a existência e interação entre, ao menos, dois indivíduos totais, o que não se pode afirmar a respeito do psicótico, como será explicitado neste capítulo.

Em seguida são inseridas as justificativas e os objetivos da presente pesquisa. No capítulo terceiro são discutidos os recursos metodológicos empregados no estudo, onde são tratados temas como abordagem seguida, os participantes, os procedimentos realizados e a forma de análise dos resultados.

No quarto capítulo são apresentados os resultados encontrados, onde se insere uma narrativa da experiência e é feita a análise das entrevistas e diários de campo dos participantes. Concluimos com a discussão e as considerações finais sobre o trabalho e, logo abaixo, as referências consultadas e os anexos.

1. INTRODUÇÃO

1.1. A SAÚDE MENTAL NO BRASIL

1.1.1. DE ONDE PARTIMOS – A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL

No campo das políticas públicas de saúde mental, encontramos-nos atualmente em um momento de transição de paradigma, do modelo manicomial para o modelo psicossocial, fruto de um longo processo histórico e de mobilização social, que culminou nos movimentos da *Reforma Psiquiátrica* (de caráter global) e da *Luta Antimanicomial* (no âmbito nacional). Assim, ainda há hospitais psiquiátricos em funcionamento, mesmo que as políticas públicas atuais privilegiem cada vez mais a desinstitucionalização e a atenção à saúde mental baseada no território. A título de ilustração, estudo realizado no Estado de São Paulo revelou que em 1980 havia 39.000 leitos psiquiátricos. Em 2005 este número caiu para 13.622 leitos, uma redução para quase um terço do número anterior (ZAPPITELLI; GONÇALVES; MOSCA, 2006).

A Reforma Psiquiátrica ganhou força a partir da segunda metade do século XX – após a Segunda Guerra Mundial – quando se somaram preocupações dos psiquiatras quanto à sua impotência terapêutica e preocupações governamentais quanto aos altos índices de cronicidade das doenças. Esta crise abalou as esferas assistencial, prática e epistemológica da psiquiatria. No momento em que o mundo, especialmente a Europa, estava se reconstruindo, não era mais possível aceitar que homens passíveis de atividades estivessem ‘estragando’ nos hospícios. O asilo passou a ser considerado como um grande responsável pela deterioração dos pacientes e críticas que já vinham sendo tecidas anteriormente, baseadas numa nova percepção sobre a doença mental, foram reatualizadas (BIRMAN; COSTA, 1994).

Foi justamente no contexto desta crise que surgiram novas experiências, novas psiquiatrias. A importância dada ao tratamento das enfermidades deu lugar a um projeto muito mais amplo, que passou a ser o de promover a saúde mental, com foco não apenas no indivíduo, mas na comunidade em geral. Assim, o objeto de conhecimento e

da atuação do psiquiatra deixa de ser o tratamento da *doença mental* e se torna a promoção da *saúde mental* (AMARANTE, 1995).

Este movimento de questionamento e oposição ao modelo vigente na contemporaneidade foi, então, denominado Reforma Psiquiátrica e abarcou diversas experiências ao redor do mundo. Pode-se afirmar que o primeiro impulso de reforma se deu através de Pinel, quando ele propôs a ‘libertação’ dos loucos, no século XIX. Porém, o caráter fechado e autoritário do modelo manicomial manteve aceso o impasse baseado em uma “ilusão de liberdade” (AMARANTE, 1995).

Segundo Amarante (1995), é possível dividir didaticamente o movimento da Reforma Psiquiátrica a partir de dois vieses: o das transformações no *âmbito asilar* numa crítica direta à *prática psiquiátrica*. As propostas de mudança no âmbito asilar se manifestaram a partir da psicoterapia institucional, das comunidades terapêuticas, das psiquiatrias de setor e preventiva. Já a crítica à prática psiquiátrica teve a anti-psiquiatria, a tradição basagliana e a psiquiatria democrática italiana como instauradoras de uma ruptura com os movimentos anteriores (AMARANTE, 1995).

O Brasil recebeu os ‘ecos’ da Reforma Psiquiátrica que acontecia na Europa e Estados Unidos. Inicialmente, a influência destas ideias e práticas inovadoras em solo brasileiro se deu de forma marginal, através de experiências locais e isoladas, em grande parte devido à forte oposição do setor privado, que se encontrava em expansão (AMARANTE, 1994).

Porém, foi somente na segunda metade da década de setenta – no contexto do final da ditadura e do início da abertura política – que críticas ao modelo privatizante da saúde e à ineficiência da assistência pública passaram a ganhar destaque. Emergiram também denúncias em relação à situação de abandono, violência e maus tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos grandes hospícios ao redor do país. Em 1978, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, o MTSM alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial (TENÓRIO, 2002).

Em 1987 foram realizadas a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o posterior II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. O MTSM se

consolidou enquanto movimento social e lançou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Passou-se a privilegiar a discussão e a adoção de novas experiências de desinstitucionalização, tanto através do processo de desospitalização, quanto pela criação de práticas assistenciais territoriais, visando à desconstrução do modelo psiquiátrico tradicional (AMARANTE, 1994).

A crítica passou a enfatizar a psiquiatria de forma mais ampla, enquanto instituição, prática e área do saber, e começou-se a considerar o louco como detentor de cidadania. O movimento se organizou ainda mais e recebeu o nome de Movimento da Luta Antimanicomial. O termo ‘paciente’ foi substituído por ‘usuário’ (do serviço de saúde) e ele, bem como sua família, passaram a ser escutados e considerados atores do processo terapêutico. Nesta nova lógica, as estruturas de cuidado ganharam outra abordagem. Não se tratavamais de aperfeiçoar os dispositivos tradicionais (hospitais e ambulatório médico), mas de criar novos e diversificados espaços, que privilegiassem a natureza territorial e comunitária (TENÓRIO, 2002).

No ano de 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de lei. 3.657/89, que veio a ser conhecido com Lei da Reforma Psiquiátrica. O projeto propunha o impedimento da construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o direcionamento de verba para a construção de dispositivos não manicomiais de atendimento; e a obrigatoriedade da notificação de casos de internação compulsória ao Poder Judiciário. Este projeto enfrentou resistências e foi aprovado mais de dez anos depois, em 2001, como Lei 10.216, com restrições. Ainda assim, sua aprovação foi considerada pelo movimento da Reforma como uma lei progressista, representando um grande passo na Luta Antimanicomial. Pode-se afirmar que o próprio projeto de lei já teve o efeito de intensificar o debate sobre o tema da reforma em todo o país e que a lei Paulo Delgado produziu seus efeitos antes mesmo de ser aprovada (TENÓRIO, 2002).

No contexto destas mudanças, as décadas de oitenta e noventa trouxeram uma série de experiências inovadoras, que propuseram novas práticas. Algumas delas contribuíram sobremaneira para a transformação da assistência pública e até do estigma da loucura no Brasil. Duas destas importantes experiências foram o Programa de Saúde Mental de Santos e a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz Cerqueira de São Paulo (TENÓRIO, 2002).

A experiência santista ocorreu após a intervenção pública realizada na casa da saúde Anchieta, que era uma clínica conveniada ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em funcionamento há aproximadamente quarenta anos na região, mantendo o molde asilar. Denúncias de superlotação e maus tratos desdobraram-se em ações para a desocupação do local e, posteriormente, na substituição do manicômio por um programa de saúde mental organizado em torno do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Esta era uma estrutura substitutiva ao hospital que era aberta, regionalizada, responsável por toda a demanda de saúde mental da região, oferecendo cuidados vinte e quatro horas por dia, todos os dias. O serviço dispunha de alguns leitos de internação, mas a proposta principal era a de oferecer diferentes alternativas de cuidado, tais quais consultas médicas e psicológicas, atividades grupais e realização de visitas domiciliares quando necessário¹ (TENÓRIO, 2002).

A experiência de Santos foi, portanto, paradigmática no sentido de propor um novo olhar e novas formas de tratar a saúde mental. Outro marco inaugural é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, também conhecido como CAPS da Rua Itapeva, em São Paulo. Fundado em 1987, tornou-se uma espécie de disseminador de um novo modelo de cuidados para a psiquiatria brasileira. Diferentemente do que se passou em Santos, o CAPS não surgiu com o intuito de se opor à psiquiatria, mas sim de propor, internamente ao campo, um novo modo de conceber e tratar a doença mental. (TENÓRIO, 2002).

O CAPS é um serviço de atendimento-dia e se baseia no pressuposto de que o paciente psicótico grave requer muito mais do que uma internação psiquiátrica ou uma consulta ambulatorial mensal. O atendimento consiste em atividades terapêuticas variadas, facilitadas por equipe multiprofissional. A oferta heterogênea de atividades e de pessoal visa a abarcar a singularidade do usuário e possibilitar o vínculo. O cuidado em saúde mental também se amplia na sustentação cotidiana, que possibilita trabalhar *in loco* o que é suscitado nas relações sociais (TENÓRIO, 2002).

¹ Nota-se nesta experiência forte influência do ideário da desinstitucionalização italiana, liderada por Franco Basaglia (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

O CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira serviu de inspiração para a criação de diversos outros CAPS por todo o país, estabelecendo um novo tipo de serviço de saúde mental. Os CAPS e NAPS foram regulamentados em portarias pelo Ministério da Saúde no início da década de noventa. A partir do começo dos anos 2000, o Ministério elegeu o termo CAPS para designar o modelo substitutivo ao hospitalocêntrico, incorporando alguns preceitos do NAPS, como a oferta de leitos psiquiátricos no CAPS III (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

O modelo psicossocial – consolidado no Brasil através da criação dos NAPS e CAPS –, em oposição ao *modelo asilar*, não privilegia mais o sintoma e sua remissão como ponto central do tratamento, mas foca na *existência* enquanto aspecto a ser cuidado. Dito de outra forma, o que está em jogo neste referencial não é a *doença*, mas sim a *pessoa doente* e tudo que a cerca, como o trabalho, as relações pessoais, os cuidados de higiene e demais necessidades. Portanto, o modelo psicossocial questiona a relação de sujeito-objeto e coloca o sujeito no centro das ações de cuidado. Nas práticas sustentadas, devem ser incorporados o acolhimento, o cuidado, a emancipação, a autonomia e o poder de contraturalidade dos sujeitos (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

1.1.2. A ONDE CHEGAMOS – A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Como mencionado acima, a saúde mental no Brasil – na verdade a saúde pública como um todo – tem se organizado cada vez mais a partir de uma lógica do *território*. Este é compreendido como um organismo vivo, formado não apenas por delimitações geográficas, mas também pelas pessoas que nele habitam, com os conflitos, interesses, relações e instituições que a elas são pertinentes (BRASIL, 2004).

Dentro desta concepção, os diversos dispositivos de saúde mental se organizam em uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que se caracteriza por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. O papel dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, assim como das Conferências de Saúde Mental, é por excelência garantir a participação dos trabalhadores, usuários de saúde

mental e seus familiares nos processos de gestão do SUS, favorecendo assim o protagonismo dos usuários na construção de uma rede de atenção à saúde mental. (BRASIL, 2011).

Os CAPS têm papel fundamental dentro da RAPS. Cabe a eles prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; e promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas (BRASIL, 2004).

Os CAPS são divididos segundo duas categorias. A primeira é quanto ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade das atividades terapêuticas. Dentro desta categoria, podem ser classificados como I, II ou III. Os CAPS I oferecem atendimento a municípios com população entre vinte mil e cinquenta mil habitantes, tendo uma equipe mínima de nove profissionais de nível médio e superior; os CAPS II oferecem atendimento a municípios com mais de cinquenta mil habitantes e operam com uma equipe mínima de doze profissionais de nível médio e superior. O horário de funcionamento de ambos costuma ser das 08:00 às 18:00. O diferencial do CAPS III é o fato deste prestar atendimento vinte e quatro horas por dia e possuir alguns leitos para internação em períodos de crise. A segunda categoria de classificação do CAPS é quanto à especificidade da demanda, isto é, para transtornos psicóticos e neuróticos graves (CAPS), para crianças e adolescentes (CAPSi), ou para usuários de álcool e outras drogas (CAPSad) (BRASIL, 2004).

Além dos CAPS, a RAPS é composta por outras estratégias e serviços do território, que devem atuar de maneira integrada e complementar. São eles: a Estratégia Saúde da Família (ESF), com o apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), para acompanhamento na atenção básica; os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa De Volta para Casa, como estratégia de desinstitucionalização; os Centros de Convivência (CECCOS), empreendimentos solidários e cooperativas sociais e outras iniciativas de geração de trabalho e renda; a atenção em caráter transitório, que conta com a Unidade de Acolhimento (UA) e o serviço de Atenção em Regime Residencial; as Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), portas hospitalares de atenção à urgência e pronto socorro, visando cuidar da situação de urgência e emergência; a atenção hospitalar, composta por enfermaria

especializada em hospital geral e Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2013).

A ESF é o modelo assistencial da Atenção Básica e se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais (compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde), que desenvolvem ações de saúde baseadas nas necessidades do território a que estão adstritas. O trabalho busca favorecer a aproximação entre a unidade de saúde e as famílias através da construção de vínculos das equipes com os usuários, visando a uma maior corresponsabilização de todos acerca das questões de saúde (BRASIL, 2011).

Figueiredo (2012) afirma que na Atenção Básica, principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade. Para isso, é necessário que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária (FIGUEIREDO, 2012).

O NASF foi implantado a partir do ano de 2008, com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica e aumentar a resolutividade dela. Consiste de equipe de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social, fonoaudiólogo, educador físico, pediatra, ginecologista, geriatra, psiquiatra, homeopata, dentre outros, que deve apoiar e atuar de maneira integrada com as equipes da ESF. A escolha dos profissionais para compor a equipe do NASF leva em conta características e necessidades de cada território (BRASIL, 2010). No que concerne à saúde mental, há na portaria de 2008 recomendação explícita para que as equipes NASF contem com pelo menos um profissional de saúde mental (BRASIL, 2008).

As ações do NASF baseiam-se no conceito de *apoio matricial*, que objetiva assegurar retaguarda especializada de maneira personalizada e interativa às equipes da ESF. O apoio matricial opera com o conceito de núcleo e de campo. Assim, um

especialista com determinado núcleo apoia especialistas com outro núcleo de formação, buscando a ampliação da eficácia de sua atuação. Este recurso visa oferecer *retaguarda assistencial*, ou seja, da clínica direta com os usuários; e *técnico-pedagógica*, de apoio educativo à equipe (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), ou simplesmente residências terapêuticas, são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não. Embora se configurem como equipamentos da saúde, devem ser capazes, em primeiro lugar, de garantir o direito à moradia e de auxiliar o morador em seu processo de reintegração na comunidade (BRASIL, 2005). O Programa De Volta Para Casa tem por objetivo garantir a assistência, o acompanhamento e a integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (02 anos ou mais de internação ininterruptos). É parte integrante deste Programa o auxílio-reabilitação, pago ao próprio beneficiário durante um ano, podendo ser renovado, caso necessário (BRASIL, 2016).

Os CECCOS são dispositivos que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. O valor estratégico e a vocação destes centros para efetivar a inclusão social residem no fato de serem equipamentos concebidos fundamentalmente no campo da cultura, e não exclusivamente no campo da saúde. Não são, portanto, equipamentos assistenciais e tampouco realizam atendimento médico ou terapêutico. As oficinas e as atividades coletivas são o grande eixo do trabalho. Alguns CECCOS vêm funcionando como importantes incubadoras de experiências de geração de renda (BRASIL, 2005).

A rede conta ainda com os ambulatórios de saúde mental e os leitos psiquiátricos em hospitais. Nos primeiros, profissionais da área, como psiquiatras e psicólogos, oferecem atendimentos de acompanhamento, tanto para casos de menor gravidade, que não necessitam de tratamento no CAPS, quanto para os casos mais graves, em momentos nos quais um tratamento intensivo não é necessário (BRASIL, 2007).

A atenção hospitalar da RAPS pode se configurar como enfermarias especializadas em hospital geral – baseadas nas necessidades de transtornos mentais adultos, infantis ou decorrentes do uso de drogas – ou como serviço hospitalar de referência, em regime de curtíssima ou curta permanência. Funcionam em regime

integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos. O acesso aos leitos hospitalares deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do CAPS de referência e, no caso do usuário acessar a Rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciada sua vinculação e referência a um CAPS, que assumirá o caso (BRASIL, 2011).

1.2. O ENSINO DA PSICOPATOLOGIA E A FORMAÇÃO DO FUTURO PSICÓLOGO

1.2.1. DIMENSÃO HISTÓRICA E CONTEXTO ATUAL

O conceito de *psicopatologia* é recente e está relacionado à gradual e dialética transformação da loucura em doença mental. Esta noção surge a partir dos gregos, mas se dissolve ao longo da Idade Média – quando é retomada uma concepção mágica da loucura – e só retorna em meados do século XVII, quando correntes da medicina novamente se apropriam de ideias do pensamento galenista e platônico.

Porém é apenas no século XIX, mais especificamente no ano de 1878 que o termo *psicopatologia* é utilizado pela primeira vez como sinônimo de *psiquiatria clínica*, por Emminghaus. No início do século XX, Théodule Ribot a descreve como uma *psicologia patológica* (em oposição à *experimental*), na mesma época em que Freud apresenta uma concepção do homem normal a partir do estudo do *patológico* (ASSUMPÇÃO JR., 2009).

Freud, no artigo “Sobre o Ensino da Psicanálise nas Universidades”, de 1919, chama a atenção para uso da *psicanálise* com o intuito de proporcionar uma preparação para o estudo da *psiquiatria*. Ele aponta para o caráter exclusivamente descritivo da *psiquiatria*, que se reduz a ensinar o aluno a reconhecer e distinguir as patologias, a partir de um enfoque orgânico, sem, contudo, possibilitar alguma compreensão dos fatos observados. E propõe que o ensino da *psicanálise* seja oferecido sob a forma de uma *psicopatologia* fundada na *psicanálise*, tanto aos estudantes de medicina, como também em curso especializado aos *psiquiatras* (FREUD, 1919/1976).

Neste mesmo artigo o autor sugere que, para fins de investigação, os professores de psicanálise tenham acesso aos ambulatórios médicos para observarem os pacientes neuróticos; e aos hospitais psiquiátricos, para terem contato com pacientes com quadros psiquiátricos agudos, uma vez que “essas aulas [teóricas] permitirão, apenas, uma oportunidade muito restrita de levar a cabo experiências ou demonstrações práticas” (FREUD, 1919/1976, p. 219). Nota-se, portanto, que Freud já atenta para a importância da experiência prática, sobreposta à teoria, na formação do profissional de saúde mental.

No Brasil, os cursos de Psicologia foram regulamentados em 1962 e a disciplina obrigatória de psicopatologia foi introduzida em 1964 no curso de Psicologia da Universidade de São Paulo, a partir das disposições do decreto-lei n. 53.464. A grade curricular tinha como objetivo formar um profissional polivalente, capaz de realizar o trabalho psicológico de maneira eficaz. Porém, segundo Cardoso (2004), a polivalência pretendida continha concepções de formação profissional orientadas para o desenvolvimento de práticas normativas e adaptativas (CARDOSO, 2004).

No contexto mais atual, a resolução n. 5, de 15 de março de 2011 – que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia – não especifica as disciplinas que devem compor a grade curricular, mas define no artigo 10º que as instituições se organizem a partir de *ênfases curriculares*. Estas podem ser entendidas como um conjunto delimitado e articulado de competências e habilidades que configuram oportunidades de concentração de estudos e estágios em algum domínio da Psicologia (BRASIL, 2011).

A resolução propõe alguns modelos de ênfases curriculares, como “Psicologia e processos clínicos”, que

[...] envolve a concentração em competências para atuar, de forma ética e coerente com referenciais teóricos, valendo-se de processos psicodiagnósticos, de aconselhamento, psicoterapia e outras estratégias clínicas, frente a questões e demandas de ordem psicológica apresentadas por indivíduos ou grupos em distintos contextos (BRASIL, 2011, p. 5).

E também “Psicologia e processos de avaliação diagnóstica”, que

[...] implica a concentração em competências referentes ao uso e ao desenvolvimento de diferentes recursos, estratégias e instrumentos de

observação e avaliação úteis para a compreensão diagnóstica em diversos domínios e níveis de ação profissional (BRASIL, 2011, p. 5).

Além disso, o item 3º deste mesmo artigo determina que as ênfases curriculares devam incorporar estágio supervisionado estruturado para garantir o desenvolvimento das *competências específicas* previstas (BRASIL, 2011).

Em relação à formação do psicólogo, Tardivo, Salles e Gabriel Filho (2013), citando Ribeiro e Luzio (2008), afirmam que desde sua regulamentação profissional, a Psicologia brasileira tem como forte característica a hegemonia do modelo clínico na formação de profissionais. Durante muito tempo, as principais referências no currículo básico de Psicologia no Brasil foram o modelo médico-centrado e as teorias psicodinâmicas voltadas para uma atuação nos moldes clínico-liberal. Pode-se notar uma incipiência de conteúdos sobre políticas de saúde e a concepção do processo de saúde-doença mental, assim como a discussão sobre novas tecnologias de cuidados, temas que tem se tornado cada vez mais prementes nas últimas décadas. (RIBEIRO; LUZIO, 2008 APUD TARDIVO; SALLES; GABRIEL FILHO, 2013).

Serpa Junior et al. (2007) reforçam esta observação, afirmando que o estudo da psicopatologia na atualidade tem sido fundamentado predominantemente em sua dimensão descritiva, alicerçada sobre a semiologia psiquiátrica. Os autores ressaltam que, embora essa perspectiva tenha a sua relevância para o ensino, na medida em que auxilia o aluno a reconhecer e identificar a dimensão sintomatológica dos quadros psicopatológicos, termina por deixar de fora tanto a dimensão subjetiva da experiência do adoecimento, quanto os seus aspectos relacionais e interpessoais (SERPA JUNIOR ET AL., 2007).

Fernandes et al. (2015) afirmam que a concepção utilizada pela psiquiatria tradicional – do louco crônico, incurável, que deve ser mantido sob a proteção de um sistema de classificação meramente descritivo e que desconsidera a subjetividade e a historicidade de cada um – é a antítese de uma prática psicológica ética. A psicopatologia fundamental psicanalítica, por outro lado, aposta em uma subjetivação sempre possível, diante da qual a loucura é uma impossibilidade contingente, cabendo ali sustentar a possibilidade de que algo aconteça para fazer surgir esse sujeito (FERNANDES ET AL., 2015).

Aiello-Vaisberg (1999) acrescenta que os conhecimentos derivados da clínica psicanalítica podem ser de grande valia para o ensino da psicopatologia, uma vez que ambas as tarefas demandam uma ação perante a perda da imobilização defensivamente criada da representação de si e do mundo. Ela explica que há a tendência de se excluir do plano representacional os aspectos instáveis da identidade e da realidade que se ligam à imprevisibilidade da existência, mas o cumprimento desta aspiração, ainda que fosse possível, exigiria a imobilização tanto da realidade, quanto da identidade. Por outro lado, o enfrentamento da instabilidade da existência traz o benefício da ampliação das possibilidades de ser e do viver. Este é o motivo pelo qual muitas pessoas procuram um atendimento psicanalítico; de maneira análoga no ensino da psicopatologia que não se propõe meramente a passar conteúdos, mas entendido como problematização e sensibilização para o sofrimento humano, trata-se de um processo de desestabilização de representações sociais sobre a loucura (AIELLO-VAISBERG, 1999).

Atualmente, tem se discutido amplamente a importância da Psicologia transcender suas origens e se desvincular da Medicina, tanto no que concerne ao modelo de ciência, quanto ao seu objeto de estudo (CARDOSO, 2004). Assim, autores como Bleger manifestam a preocupação de devolver à Psicologia uma concepção de saúde-doença que englobe os fenômenos psicossociais. O autor também faz uma crítica aos cursos de Psicologia que preparam os futuros profissionais exclusivamente para a clínica individual, voltada para a cura, e propõe um modelo comunitário, orientado para a saúde (BLEGER, 1984).

A este respeito, ele afirma que:

Os psicólogos se orientam, em geral, tomando para suas condições de trabalho profissional o modelo de trabalho profissional da atividade médica. E a isto é que devemos nos opor de forma decidida, já que, a partir de todos os pontos de vista, a organização da medicina como tarefa profissional de *caráter individual* e fundamentalmente orientada para a *cura* (assistencial) e não para a prevenção ou para a higiene é o ponto crítico que deve ser reformado na medicina atual (...) *O psicólogo não deve ser alentado a ser terapeuta* e penso que se as carreiras de psicologia se dão, como missão fundamental, à formação de psicoterapeutas, neste caso e a partir do ponto de vista social, as carreiras de psicologia constituem um fracasso; os psicólogos têm que ser orientados profissionalmente ao campo da psico-higiene, se lhes deve munir dos conhecimentos e instrumentos necessários para agir

*antes que as pessoas adoçam*², dentro das atividades grupais, institucionais e de trabalho na comunidade (p. 119).

Estas lacunas da graduação afetam diretamente a prática profissional exercida posteriormente pelos psicólogos que atuam nos diversos dispositivos de saúde mental, devido ao desconhecimento do funcionamento da rede de saúde e à dificuldade para compor um trabalho em equipes multidisciplinares, sendo a assistência oferecida ainda predominantemente baseada no modelo clínico privado, intra-individual e alheia aos aspectos histórico-culturais envolvidos (TARDIVO; SALLES; GABRIEL FILHO, 2013).

Frente à nova realidade e às necessidades que se interpõem, foram instituídas pelo Conselho Nacional de Educação as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, descritas na resolução n. 8 de 07 de maio de 2004. Neste documento são apresentadas as orientações sobre princípios, fundamentos, condições de oferecimento e procedimentos para o planejamento, a implementação e a avaliação do curso de Psicologia. Chama à atenção o item a. do artigo 4º, que enumera as competências e habilidades que a formação deve privilegiar. Este item postula o seguinte:

Atenção à saúde: os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo, bem como a realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética (BRASIL, 2004).

Percebe-se, portanto, um direcionamento no sentido de formar profissionais capazes de atuarem a partir da lógica psicossocial para a prevenção, promoção e proteção da saúde. É evidente o importante papel a ser desempenhado pela universidade na formação de psicólogos com conhecimentos teóricos e técnicos, para a implementação exitosa da Reforma Psiquiátrica brasileira. Esta dimensão leva em conta a substituição do modelo didático médico descritivo por um olhar que considere os processos subjetivos envolvidos no contato com a loucura, incluindo-se aí os do paciente e também os dos estudantes de graduação.

² Grifos do autor.

1.2.2. A PRÁTICA DE ENSINO

Frente ao contexto da Reforma e à expansão da psicopatologia para além do modelo médico-centrado, faz-se necessário examinar como está configurada a disciplina nas universidades e como tem se organizado a prática de ensino. Para a realização desta pesquisa, foram encontrados estudos sobre o ensino da psicopatologia em cursos de graduação de universidades brasileiras e também de outros países ocidentais. Parte dessas experiências será descrita a seguir.

Na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), a disciplina de psicopatologia faz parte do currículo obrigatório dos graduandos do terceiro ano do curso de Psicologia e acontece em dois semestres: Psicopatologia I e II. Há um módulo teórico, que visa ao conhecimento dos pressupostos básicos da psicopatologia e, paralelamente, acontecem aulas práticas ao longo dos dois semestres, que têm como referencial teórico a psicanálise. Os estágios se dão em diversos dispositivos de saúde, como o Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP (IPq-HCFMUSP), os CAPS, ambulatórios e a clínica Vera Cruz (COCIUFFO, 2013).

A disciplina não se propõe meramente a ensinar o aluno a diferenciar e aplicar diagnósticos, mas sim ao desenvolvimento da habilidade profissional da escuta. Segundo Cociuffo (2013):

Ensinamos e aprendemos em nossas rodas de conversas. Proporcionamos uma escuta que qualifica a insegurança inicial de nossos alunos como fator de aprendizagem. Criamos espaços para a reflexão de nossos temores e preconceitos e podemos compartilhar o que em nós é tão escuro quanto a loucura. Caminhamos pela visão psiquiátrica, pela Psicanálise, pelos manuais de classificação. Refletimos, questionamos, posicionamo-nos (p.253).

Na Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP), a disciplina de psicopatologia faz parte do currículo obrigatório do curso de Psicologia para os alunos do quinto e sexto semestres e é composta por duas horas/aula semanais teóricas e duas horas/aula semanais práticas, ministradas em hospital psiquiátrico. O conteúdo programático visa à aquisição gradual do conceito de doença mental (uso do CID 10 e do DSM IV; diferenciação entre entrevista, consulta e anamnese; exame psíquico; e compreensão das psicoses, segundo o referencial psicanalítico). As aulas práticas envolvem a questão do contato com o paciente, a entrevista diagnóstica, o reconhecimento das psicoses e as possibilidades de inserção do trabalho do psicólogo

nas instituições de saúde mental. Realiza-se entrevista psicológica, com a finalidade de habilitar o aluno a discernir a existência de transtornos psíquicos, os aspectos da personalidade passíveis de desenvolvimento e o grau de sofrimento psíquico a ser acolhido numa perspectiva futura de investigação. Estes três aspectos devem ser integrados à teoria (COCIUFFO, 2007).

A atividade de estágio conta com a participação de monitores, discentes que auxiliam no suporte para o desenvolvimento das estratégias de laboratório que visam à participação, o envolvimento, a escuta, a construção e acomodação do saber por meio de diferentes atividades práticas. No desenvolvimento da monitoria, o professor e os monitores compartilham e discutem metodologias e estratégias, com o intuito de assegurar que não apenas a aprendizagem aconteça, mas que as questões subjetivas que possam emergir durante o processo sejam mais bem compreendidas e elaboradas, não desvinculando, assim, teoria da prática, nem tampouco, prática da sensibilidade humana (FERNANDES ET AL., 2015).

Na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), o ensino de psicopatologia do curso de Psicologia se dá na disciplina Psicopatologia Especial I, oferecida pelo Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina. Serpa Junior et al. (2007) explicam que houve uma reformulação do curso, que antes consistia no modelo de entrevista clínica de um paciente, habitualmente internado, realizada por um mestre diante de um grande grupo de alunos que assistiam passiva edesconfortavelmente. Posteriormente, foram propostas duas novas atividades práticas, visando colocar o ensino e a prática de psicopatologia mais próximos dos ideais que norteiam a Reforma Psiquiátrica.

A primeira proposta de estágio desta disciplina consiste em um grupo de ensino prático do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, no qual os pacientes são convidados a constituírem um grupo para receber os alunos. A eles é solicitado que digam o que é um hospital-dia; em que consiste a experiência de ser tratado num dispositivo como esse e a experiência de ser uma pessoa em tratamento psiquiátrico; e o que esperam de um psicólogo em um hospital-dia. O grupo tem duração de uma hora. Findo este período, os pacientes se retiram e a professora discute com os alunos por trinta minutos sobre como foi a experiência e em que medida a ferramenta

psicopatológica pode ser útil no encontro com pacientes, seus limites e possibilidades (SERPA JUNIOR ET AL., 2007).

A segunda atividade proposta na disciplina é um contato mais estreito com pacientes que frequentam oficinas terapêuticas no hospital-dia da mesma instituição. Nesta atividade, ao contrário da anterior, um grupo de alunos se encontra com um único paciente e este é convidado a falar sobre a sua inserção em uma determinada oficina. Desta forma, cada paciente vai, a seu modo, inserindo a oficina no contexto do tratamento e, aos poucos, falando sobre como adoeceu e sobre como vivencia essa experiência (SERPA JUNIOR ET AL., 2007).

Outro estudo também conduzido na UFRJ por Struchiner, Ramos e Serpa Junior (2016) avaliou o uso de um ambiente virtual de aprendizagem (AVA) denominado “Vivências: experiências sobre o adoecimento e tratamento”, tendo como base a Pesquisa Baseada em Design (PDB)³. O AVA Vivências constitui uma ferramenta cuja finalidade é apoiar a construção e implementação de processos de ensino-aprendizagem com base nas narrativas dos pacientes sobre suas experiências de adoecimento e tratamento, e dar suporte aos estudantes no desenvolvimento da ‘competência narrativa’ inerente à prática de atenção à saúde (STRUCHINER; RAMOS; SERPA JUNIOR, 2016).

O projeto se iniciou a partir da demanda de uma problematização do modelo tradicional vigente no ensino da clínica, que é centrado na transmissão de conteúdo e não considera a subjetividade vivenciada em processos de adoecimento. Segundo os autores, em geral, há a tendência de que os professores relatem aos alunos a situação clínica dos pacientes e estes, por sua vez, assumam a posição de ouvintes, façam anotações e reproduzam, nas avaliações e em futuras práticas profissionais, os pontos de vista dos professores (STRUCHINER; RAMOS; SERPA JUNIOR, 2016).

Macedo e Dimenstein (2011) desenvolveram estudo sobre as propostas curriculares das universidades do Piauí para o campo da saúde mental. Foram avaliados

³ A PBD é um caminho a ser explorado em um campo de estudos que visa desenvolver e analisar como artefatos informacionais e comunicacionais são apropriados por atores do processo educativo a partir dos seguintes princípios: (1) foco em problemas educacionais/prática educativa complexos e relevantes; (2) integração entre teorias educacionais, princípios de design, estratégias e possibilidades tecnológicas; (3) investigação para refinar o ambiente de aprendizagem (intervenção); (4) envolvimento de longo prazo com o objeto de estudo e refinamento metodológico constante; (5) colaboração entre participantes; (6) solução de problemas e construção teórica (STRUCHINER; RAMOS; SERPA JUNIOR, 2016).

os cursos de Psicologia das três universidades do estado (UESPI, FSA e FACID). Observou-se que, em relação à disciplina de psicopatologia, os cursos organizaram o seu conteúdo com base no exame psiquiátrico e descrição do quadro dos transtornos mentais, sem haver um debate crítico sobre as bases do paradigma psiquiátrico e do modelo asilar que orientam a centralidade na doença, o tratamento medicamentoso e a objetificação do paciente e do seu sofrimento.

No tocante aos estágios profissionalizantes, apenas a UESPI e a FACID mantêm estágios no campo da saúde, saúde mental e/ou políticas públicas. Ambos os cursos oferecem estágios em serviços de base territorial (ESF e CRAS) sob o enfoque da Psicologia Comunitária, além de estágios em saúde nas unidades básicas de saúde, hospital geral, CAPS, hospital psiquiátrico etc. Quanto à FSA, os estágios no campo da saúde mental são ofertados apenas como estágios básicos. Especificamente em relação às disciplinas de saúde mental, os currículos ainda mantêm uma dupla identidade que faz conviver dois modelos ou modos de atenção: asilar (biomédico) e psicossocial (MACEDO; DIMENSTEIN, 2011).

Trabalhos realizados nos Estados Unidos (TOBIA ET AL., 2013; VANDENBOS; MEINDEBAUER; FRANCK-MCNEIL, 2016), Inglaterra (RAHMAN; ZEGLIN, 2014; FISHER; NOLAN; GALAZYN, 2015), Nova Zelândia (FRIEDMAN; HALL, 2015) e Croácia (HANKIR et al., 2015) relatam o uso de estratégias como o cinema, a literatura, histórias em quadrinhos, casos de estudo e dramatização, utilizadas como ferramentas para o ensino da psicopatologia. Estes estudos defendem que o uso destas tecnologias auxilia a ilustrar e refletir sobre o papel do profissional de saúde, de questões éticas da medicina e acerca do estigma da doença mental. Os autores ressaltam a importância do uso da criatividade por parte do professor para desenvolver um espaço que dê a oportunidade de aplicar, analisar, sintetizar e avaliar informações, o que é necessário para a integração do conhecimento. Para tal, o uso do cinema, por exemplo, seria interessante, uma vez que fornece uma cena protegida e que pode ser usada repetidamente (TOBIA ET AL., 2013). Ainda afirmam que o uso destas ferramentas é positivo, pois os alunos não costumam ter ideias preconcebidas sobre os personagens, o que poderia comprometer a aprendizagem (FRIEDMAN; HALL, 2015).

O uso desse tipo de tecnologia para o ensino de psicopatologia, porém, não é consenso. Ramchandani (2012) afirma que mesmo o melhor personagem de um filme

nunca será autêntico e a caracterização da doença mental tenderá à supersimplificação e até à desinformação. Além disso, pode gerar a estigmatização da psiquiatria (ao invés de contribuir para a desmistificação dos estereótipos). O autor embasa sua posição na ideia de que a indústria cinematográfica sobrevive à custa de grandes histórias e que o grande público usualmente quer ver coisas nas quais já acredita. Estas narrativas preenchem a necessidade escapista do espectador de se identificar com soluções simplistas para os problemas complexos da vida. Assim, a narrativa cinematográfica não consegue evitar a supersimplificação, o que reforça os estereótipos. O autor dá alguns exemplos dessa simplificação nos filmes, como o amor sendo utilizado como cura para adições e a crença de que uma experiência dissociativa possa ser utilizada para uma mudança de comportamento efetiva (RAMCHANDANI, 2012).

Outro trabalho internacional encontrado consiste do manual para o uso de uma ferramenta chamada PsycTHERAPY, desenvolvida pela *American Psychological Association* (APA)⁴. Trata-se de um programa de computador, para os professores utilizarem com seus alunos de graduação, que contém centenas de vídeos nos quais psicoterapeutas experientes atuam de forma espontânea e sem *scripts* com seus pacientes (VANDENBOS; MEINDEBAUER; FRANCK-MCNEIL, 2016).

O programa apresenta mais de noventa abordagens psicoterápicas e mais de duzentos temas e permite: procurar ou agrupar os vídeos a partir de um tema, abordagem, terapeuta ou paciente; procurar momentos específicos de uma intervenção; acesso a centenas de exemplos de psicoterapia, o que permite comparar abordagens; criar clipes e *playlists*⁵ que podem ser compartilhados, o que confere caráter interativo à ferramenta; separar os momentos emblemáticos de determinada patologia ou abordagem que se quer demonstrar; e mostrar o mesmo vídeo para diferentes turmas e em momentos distintos. Cada vídeo está codificado com termos de índice, palavras-chave e informações sobre os participantes e a abordagem terapêutica (VANDENBOS; MEINDEBAUER; FRANCK-MCNEIL, 2016).

⁴ Associação Americana de Psicologia, principal organização científica e profissional de psicologia dos Estados Unidos.

⁵*Playlist* é um termo inglês que geralmente é utilizado no meio da radiodifusão para se referir a uma determinada lista de canções, que podem ser tocadas em sequência ou embaralhadas. O termo tem vários significados especializados nos domínios da radiodifusão e dos computadores pessoais (<https://pt.wikipedia.org/wiki/Playlist>). Neste caso, o termo se refere a uma lista de vídeos.

Os dados relativos às pesquisas internacionais indicam que nos países onde foram conduzidos os estudos acima citados não há comumente experiências de estágio vinculadas ao ensino da psicopatologia e que a prática clínica é uma aquisição do profissional já graduado (e não do estudante em formação). As razões para tal situação não foram encontradas nos trabalhos pesquisados – pois devem ser dadas como fato inquestionável –, mas possivelmente estão associadas a uma concepção de ética profissional, sendo considerado apto a exercer a clínica apenas o profissional diplomado. De qualquer forma, podemos perceber que a impossibilidade de uma vivência deste tipo pelos alunos na graduação requer dos docentes e coordenadores de curso destas universidades, de fato, o uso acentuado da criatividade⁶ para suprir com ferramentas e tecnologias a falta do contato pessoal real com o doente mental.

No âmbito do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), a disciplina de psicopatologia sofreu profundas transformações até chegar ao formato atual, que consiste nas disciplinas Introdução à Psicopatologia (obrigatória) e Psicopatologia: Aspectos Teóricos e Prática Clínica (optativa), na qual foi realizado o presente estudo. Conforme descrito acima, o curso de psicopatologia no Brasil foi inaugurado nesta universidade no ano de 1964, com a criação da disciplina de Psicopatologia Geral, ministrada no terceiro ano da graduação, seguindo um modelo normativo e adaptativo (MELO, 1983; CARDOSO, 2004).

A partir da década de oitenta e por cerca de vinte anos o ensino da psicopatologia seguiu um modelo no qual simulavam-se entrevistas com pacientes psiquiátricos, baseando-se em casos clínicos reais. Esta modalidade didática foi desenvolvida no contexto da hegemonia do modelo asilar e inovou ao propor um olhar humanizante da loucura. Assim, os alunos atuavam como entrevistadores e, em seguida, discutiam as ideias e percepções despertadas por esta experiência. Também eram apresentados filmes que abordavam a psicodinâmica dos personagens diante de diferentes tipos de situação, eram discutidos trechos de entrevistas realizadas com usuários do SUS internados em instituições psiquiátricas e estudado material literário produzido por autores portadores de transtornos mentais (AIELLO-VAISBERG, LOUSADA-MACHADO, 2005).

⁶ Dos estudos citados, um deles descreve o uso do filme *Star Wars* – Guerra nas Estrelas (FRIEDMAN; HALL, 2015), outro utiliza filmes de terror (TOBIA ET AL., 2013) e um terceiro busca ferramentas em histórias em quadrinhos (RAHMAN; ZEGLIN, 2014) para propiciar o ensino da psicopatologia, o que denota esta necessidade de criar para ensinar.

O fundamento para o uso destas modalidades didáticas era o estabelecimento de um campo transicional para a abordagem do sofrimento psíquico, com base no conceito winnicottiano de *transicionalidade*⁷. Assim, concebia-se que o contato dos alunos com pacientes em clínica-escola ou equipamentos de saúde mental deveria ser precedido por uma “prática transicional” que inicialmente protegesse o aluno das angústias despertadas pelo exercício profissional. Esta prática baseava-se na percepção de que o contato com um paciente psicótico é especialmente difícil, não só porque estes pacientes se encontram aprisionados por suas criações imaginárias, muitas vezes aterrorizantes, mas também porque estas vivências mobilizam nossas próprias angústias primitivas (AIELLO-VAISBERG, LOUSADA-MACHADO, 2005).

No ano de 2003 ocorreram reformulações na disciplina de psicopatologia do IPUSP, no contexto da mudança da docente responsável. O plano didático que se estabeleceu passou a incluir a experiência de estágio supervisionado, visando à intervenção clínica por meio de enquadramentos diferenciados, dirigidos a pacientes internados em hospitais psiquiátricos na Grande São Paulo, e, mais recentemente, em CAPS. Esta proposta 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 psicólogos graduados nos atendimentos realizados, constituindo assim também uma experiência de aprendizado (TARDIVO; GIL, 2008).

Vale ressaltar que em 2014 houve nova mudança e a prof. Livre Docente Leila Tardivo, que até então coordenava a disciplina obrigatória e a também optativa, ambas com a carga horária de um semestre, ficou responsável somente pela disciplina optativa. A disciplina obrigatória a partir de então ficou sob a responsabilidade de dois outros docentes. Ainda assim, o modelo didático supracitado se manteve na disciplina optativa – a qual serviu de espaço para a realização deste trabalho – e em outras disciplinas voltadas para a prática clínica, coordenadas pela mesma professora.

⁷ Este autor descreve o desenvolvimento emocional primitivo como um processo de passagem gradual da dependência absoluta, quando a realidade é percebida de maneira totalmente subjetiva, para a independência em relação a outro ser humano, quando a realidade pode ser objetivamente percebida. O bebê bem assistido desenvolve uma área intermediária, símbolo tanto de sua união quanto de sua separação em relação à mãe, onde se alojam as experiências compartilhadas por ambos. Esta área é chamada de *espaço transicional* e a ela se pode recorrer quando a realidade se apresenta demasiado penosa para ser enfrentada. O acesso a este espaço propicia a elaboração das dificuldades encontradas, possibilitando o fortalecimento da capacidade de tolerar frustrações e, conseqüentemente, num contato mais criativo com a realidade (AIELLO-VAISBERG, LOUSADA-MACHADO, 2005).

Assim, o Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social (projeto APOIAR), vem atuando na formação profissional do psicólogo para o trabalho no campo da saúde mental. Para tanto, seus pesquisadores e colaboradores têm empreendido estudos nos diferentes equipamentos de saúde mental, a partir da proposta de enquadramentos diferenciados em Psicologia Clínica Social, tendo como orientação teórica a psicanálise (TARDIVO; GIL, 2008).

As pesquisas empreendidas nesse laboratório partem do pressuposto metodológico que considera a produção de conhecimento necessariamente integrada à intervenção. E é a partir deste preceito, que vem sendo desenvolvido há treze anos, em disciplinas cuja temática é a psicopatologia, o estágio inspirado no molde de consultas e oficinas terapêuticas, através da intervenção clínicarealizada em equipamentos de saúde mental. A disciplina optativa Psicopatologia: Aspectos Teóricos e Prática Clínica, na qual foi realizada a presente pesquisa, insere-se neste contexto.

Esta disciplina tem os seguintes objetivos:

Aprofundar o conhecimento da Psicopatologia Psicanalítica, mantendo o trabalho de comparação e complementação com a abordagem psiquiátrica. Capacitar o aluno a identificar quadros neuróticos, psicóticos e limítrofes, incluindo crianças e adolescentes, desenvolvendo as bases para o trabalho clínico numa vertente psicanalítica contemporânea. Manter e desenvolver o preparo do aluno, futuro psicólogo, no trabalho interdisciplinar em equipes que atuam na prevenção e intervenção em Saúde Mental. Propiciar um contato mais aprofundado com a clínica, aproximando o aluno de pessoas em situação de sofrimento psíquico, que demandam o trabalho de intervenção. (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2016)

Os estudantes realizam trabalho de campo acompanhados de um psicólogo querealiza a função de monitor, conduzindo os atendimentos e atuando como facilitador nas relações entre alunos e pacientes. Os monitores são, em sua maioria, pesquisadores e alunos de pós-graduação e se beneficiam da proposta do estágio, devido à iniciação na prática em supervisão de alunos, complementando ainda sua formação acadêmica para docência e pesquisa. Trata-se, então, de uma experiência de caráter pedagógico e interventivo, além da formação de conhecimentos, integrando o ensino da psicopatologia e a pesquisa interventiva em equipamentos de saúde mental (TARDIVO; SALLES; GABRIEL FILHO, 2013).

Os atendimentos realizados no estágio são inspirados na abordagem interventiva de *consultas terapêuticas*, proposta por Winnicott. Esta abordagem tem como referencial teórico a psicanálise, mas segundo o autor “difícilmente pode ser chamada de técnica” (WINNICOTT, 1984, p. 9), pois se baseia num intercâmbio mais livre entre o terapeuta e o paciente do que num tratamento psicanalítico tradicional. Segundo Lescovar (2004),

As consultas terapêuticas, ou a exploração integral das primeiras entrevistas psicológicas, representam uma nova possibilidade de avaliação, intervenção e ajuda psicológica, em que o encontro analítico se respalda basicamente numa *comunicação significativa* entre os membros do encontro. Tal possibilidade surge exatamente pelo caráter peculiar que marca o momento de pedido de ajuda do paciente, que espera encontrar, na comunicação com o psicoterapeuta, o objeto necessitado para a superação de sua dificuldade e, conseqüentemente, a retomada de seu processo de amadurecimento. A brevidade (variando aproximadamente de uma a três sessões) torna-se possível graças ao elemento norteador do trabalho terapêutico, segundo a clínica winnicottiana, respaldado nas necessidades do si-mesmo (*self*) e de suas efetivações, que exigem um outro ser humano para cumprir-se (p.45).

Como não há uma técnica pré-estabelecida, as consultas têm um caráter flexível para que sejam consideradas a realidade e as necessidades de cada paciente. Além disso, cada encontro analítico adquire uma configuração própria, resultado da conjunção das interações e características tanto do analista quanto de seus pacientes. Esta configuração possibilita o estabelecimento de uma comunicação significativa, por meio da fala, da brincadeira ou de desenhos comuns aos participantes, que é campo fértil para o aparecimento da problemática que o paciente deseja tratar (LESCOVAR, 2004).

Sobre a utilização das consultas terapêuticas no contexto do hospital psiquiátrico, Paulo, Turna e Tardivo (2008), desenvolveram pesquisa baseada em atendimentos realizados por estagiários da disciplina de Psicopatologia do IPUSP, sob supervisão, em uma casa de saúde mental masculina do município de São Paulo. Afirmam que esta abordagem pode ser de extrema utilidade e muitas vezes altera as perspectivas de vida de uma pessoa, mesmo num processo breve de atendimento psicológico. Oferecer a possibilidade de escuta e acolhimento ao paciente de maneira adequada e profissional mobiliza aspectos internos e leva a pessoa a expor suas angústias, conflitos emocionais ou a tensão que está vivendo nesse momento da vida. Os autores concluíram que:

[...] as consultas terapêuticas aplicadas como forma de atendimento no hospital psiquiátrico, com um paciente internado, puderam atenuar o sofrimento decorrente de processos dissociativos e facilitar a integração a partir da vivência do *holding*. O espaço de continência oferecido pelo grupo, por meio da escuta diferenciada, mobilizou uma experiência mutativa e alterações no relato e comportamento do paciente, que delinearam importante mudança psíquica no sentido da retomada do desenvolvimento (PAULO; TURNA; TARDIVO, 2008, p. 331).

Outro estudo desenvolvido a partir da experiência de estágio supervisionado na disciplina de psicopatologia do curso de Psicologia do IPUSP, na qual os alunos realizavam atendimentos grupais com pacientes internados em hospital psiquiátrico, observou que o saldo foi positivo tanto para os pacientes quanto para os estudantes. Isso se deu, uma vez que possibilitou a comunicação intensa, propiciando o processo de inclusão da loucura –que tem caráter marginalizante – no âmbito acadêmico. Esta experiência, segundo os autores, tornou possível o encontro da necessidade de comunicar do paciente com a necessidade de conhecer dos alunos (FREITAS; CAUTELLA JR.; TARDIVO, 2008).

Ainda sobre a experiência de estágio em psicopatologia, Labate et al. (2008) afirmam que o encontro com o paciente visa não apenas o conhecimento da doença em si, mas também da pessoa que está ali presente, com suas vivências, experiências, história de vida. Os autores ainda apontam que em alguns momentos é difícil para os alunos abandonar a posição de analista distanciado, representado pelo uso dos cadernos de anotações. E mencionam dificuldades ao lidar com os sentimentos de tristeza e impotência diante de tanto sofrimento psíquico, mas afirmam que estes sentimentos podem contribuir para o aprendizado (LABATE ET AL, 2008).

A respeito dos sentimentos despertados nos estagiários de psicopatologia, Valente, Santos e Galvani (2006) colocam que a condição de estudante por um lado é protegida pela existência do supervisor que media o contato com o paciente. Mas, apesar de facilitar a aprendizagem, tal contato acaba por gerar ansiedade e insegurança, fazendo com que ele se sinta vulnerável pelo pouco preparo que percebe em si mesmo para lidar com pacientes internados e ambulatoriais com variadas patologias. O estagiário, devido ao caráter predominantemente observador de suas práticas iniciais, funciona como campo transferencial privilegiado, uma vez que não carrega ideias pré-concebidas, embora isso não implique a ausência de fantasias. As autoras ainda afirmam que, no início, o estagiário vivencia um conjunto indiscriminado de

sentimentos em relação ao paciente, que, aos poucos, vão sendo elaborados e utilizados para a compreensão deste. Neste sentido, os fenômenos de transferência/contratransferência consistem em uma das formas mais úteis para este tipo de compreensão (VALENTE; SANTOS, GALVANI, 2006).

Com o objetivo de compreender a concepção de doença mental em estudantes de Psicologia, Gil e Tardivo, 2007, desenvolveram estudo, partindo do uso do desenho temático⁸ como ferramenta disparadora. As autoras se utilizaram do conceito de *representação social* de Moscovici, que a descreve como uma modalidade de conhecimento que tem a função de elaborar comportamentos e estabelecer comunicação entre indivíduos (GIL; TARDIVO, 2007). Este autor ainda postula que se trata de um fenômeno que tem a finalidade de tornar familiar algo não familiar. Sobre isto, ele afirma que

[...] os universos consensuais são locais onde todos querem sentir-se em casa, a salvo de qualquer risco, atrito ou conflito. Tudo o que é dito ou feito ali, apenas confirma as crenças e as interpretações adquiridas, corrobora, mais do que contradiz, a tradição. Espera-se que sempre aconteçam, sempre de novo, as mesmas situações, gestos, ideias. A mudança como tal somente é percebida e aceita desde que ela apresente um tipo de vivência e evite murchar o diálogo, sob o peso da repetição. (MOSCOVICI, 2003, p.54-55)

Para o estudo em questão, foi aplicado o desenho-estória com temas em cinquenta alunos do segundo ano da graduação do IPUSP. Suas produções foram estudadas como expressão do sujeito coletivo, tendo sido levantadas as concepções de doença mental daquele grupo. Foram criados cinco tipos de categorias relativas às concepções dos alunos: dificuldade de adaptação à realidade social; descrição de transtornos mentais/patologias; etiologia de base orgânica; referências culturais; e ênfase no tratamento e cura (GIL; TARDIVO, 2007).

Observou-se que foi expressiva a representação da doença mental relacionada a dificuldades de adaptação à realidade social. Esta categoria indica que a loucura é algo que pode acometer qualquer pessoa e que há uma linha tênue entre a doença e a 'normalidade'. As autoras concluem que esta aproximação pode refletir a angústia de se sentir identificado com a doença justamente por ela fazer parte da humanidade e que

⁸ Procedimento proposto por Aiello-Vaisberg (1997), baseado no desenho-estória desenvolvido por Trinca (1984). Solicita-se ao sujeito que faça um desenho específico sobre determinado tema e que, em seguida, conte uma estória sobre o desenho. Os temas podem ser diversos e pode ser dirigido a pessoas de qualquer idade, em aplicações individuais ou coletivas (Gil; Tardivo, 2007).

isso reflete a angústia que permeia o aprendizado da psicopatologia: o medo de identificar os próprios sentimentos e aflições com os conteúdos patológicos que venham a emergir do paciente (GIL; TARDIVO, 2007).

Gabriel Filho (2015) desenvolveu trabalho que teve como objetivo explorar a experiência de estudantes de Psicologia em seu primeiro contato com pessoas com sofrimento mental, em disciplina introdutória da área de Psicopatologia; e ao mesmo tempo refletir sobre a influência de tal experiência na concepção dos alunos sobre o tema. Utilizou o procedimento Desenho-Estória (D-E) como ferramenta para a análise.

Os resultados revelaram que 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 dos mesmos com a doença mental. O autor concluiu levantando a importância do paralelo entre teoria e prática no ensino de Psicopatologia (GABRIEL FILHO, 2015).

A presente pesquisa se insere no modelo descrito por estes estudos, em consonância com o conhecimento e as colocações feitas por Tardivo e Gil (2008); Paulo, Turna e Tardivo (2008); Freitas, Cautella Jr. e Tardivo (2008); Labate et al. (2008); Valente, Santos e Galvani (2006); Tardivo, Salles e Gabriel Filho, (2013); Gil e Tardivo (2007); e Gabriel Filho (2015), que descrevem as experiências emocionais dos estudantes na disciplina de psicopatologia e no estágio curricular. Este trabalho busca contribuir com essa discussão e ampliar esses conhecimentos.

1.3. A PSICOSE⁹

Segundo Roudinesco e Plon (1998, p.621), “*O termo psicose foi introduzido em 1845 pelo psiquiatra austríaco Ernst von Feuchtersleben para substituir a palavra loucura e definir os doentes da alma numa perspectiva psiquiátrica*”. Segundo os

⁹Importante destacar que o referencial teórico utilizado nesta pesquisa para compreender o fenômeno da loucura e do adoecimento mental é o da psicanálise, que considera a psicose uma estrutura de personalidade e não o da psiquiatria tradicional, que a entende como transtorno.

autores, se o conceito de neurose foi, desde o início, parte integrante da psicanálise, o de psicose esteve ligado, a princípio, exclusivamente ao saber psiquiátrico e adequado à medicina manicomial. A concepção de sujeito subjacente carregava a ideia de alienação e perda da razão (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Freud utilizou este termo pela primeira vez em 1894, no artigo “As Psiconeuroses de Defesa”, opondo a psicose à histeria e às obsessões e fobias. Apontou que, na psicose, é erigida uma defesa muito mais poderosa e bem sucedida do que na neurose, que é resultado de uma rejeição do ego a uma ideia incompatível, juntamente com o afeto correspondente. Ele descreve este mecanismo de defesa da seguinte forma:

O ego escapa da ideia incompatível; esta ideia, porém, é ligada inseparavelmente a um fragmento da realidade, de modo que, à medida que o ego alcança esse resultado, ele se destaca também, parcial ou inteiramente, da realidade. Em minha opinião, esse último evento é a condição sob a qual as ideias do sujeito recebem vividez das alucinações; assim, quando a defesa consegue ser levada a cabo, ele se encontra num estado de confusão alucinatória (FREUD, 1894/1976, p. 71).

Nas “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia”, de 1911, também conhecida como “caso Schreber”, Freud definiu a psicose como um distúrbio no contexto do primeiro dualismo pulsional, de tensões entre o ego e a pulsão sexual. Topograficamente, a paranoia seria determinada pelo mesmo mecanismo do recalque, mediante o qual todos os sintomas neuróticos são formados (FREUD 1911/1976).

Em “Neurose e Psicose”, de 1924, Freud busca diferenciar as psiconeuroses das psicoses e faz a seguinte afirmação: “a neurose é resultado de um conflito entre o ego e o id, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego e o mundo externo” (FREUD, 1924/1976, p.189). Ele atribui a ambas uma causa comum, que seria a frustração de um desejo infantil, causa esta sempre externa. O efeito patogênico dependeria de como o ego reage a esta tensão conflitual: permanecendo fiel à sua dependência do mundo externo e silenciando o id (neurose) ou se deixando derrotar pelo id, sendo, portanto arrancado da realidade (psicose) (FREUD, 1924/1976).

No mesmo ano, Freud publicou o artigo “A perda da realidade na neurose e na psicose”, no qual reconhece que não é apenas na psicose que há uma perturbação do contato com a realidade, mas isso acontece também na neurose. Ele destaca que em ambas as estruturas podem ser reconhecidas duas etapas frente ao conflito: a primeira

arrastaria o ego para longe, enquanto a segunda tentaria reparar o dano causado e reestabelecer as relações do indivíduo com a realidade. Assim, se na neurose essa reparação se dá a expensas de uma restrição do id, na psicose ela acontece pela criação de uma nova realidade. Nos dois casos serve ao desejo de poder do id, que não se deixará ditar pela realidade (FREUD, 1924/1976).

Apesar de ter explorado o tema da psicose, Freud dedicou grande parte de sua atenção à neurose, a qual considerava curável, uma vez que imaginava ser a psicose quase sempre incurável. Apesar dos avanços da pesquisa psicanalítica em relação à psicose, por muito tempo se estudou este distúrbio em adultos e ele era tratado como uma degenerescência dos processos mentais. Não se concebia a ideia de uma etiologia precoce da doença e nem de sua manifestação em bebês ou crianças, mesmo porque, até o início do século XX, a Psiquiatria Infantil não existia enquanto ramo de estudos especializados (CROWCROFT, 1971).

Foram autores como Klein, Bion e Winnicott que se debruçaram sobre o estudo dos estágios iniciais do desenvolvimento humano, conferindo a esta etapa da vida uma grande importância para a constituição da subjetividade e a aquisição de saúde psíquica – ou de doença. Relacionaram o aparecimento da psicose a falhas na provisão ambiental, caracterizadas essencialmente pela relação mãe-bebê (DIAS, 2003).

Winnicott, com sua experiência como pediatra e posteriormente como psicanalista, desenvolveu sua *Teoria do Amadurecimento Pessoal* através da observação clínica de bebês e de suas mães e também de sua prática analítica. Ele formulou um conjunto de ideias que se baseiam nas diferentes e graduais tarefas que o bebê e depois o indivíduo deve enfrentar ao longo da vida no sentido de seu amadurecimento. A noção central é a de que todo o ser humano nasce com uma tendência (inata, portanto) ao amadurecimento, que conta com alguns estágios que devem ser experienciados e integrados. E este caminho só será percorrido se houver um ambiente facilitador que permita que esta tendência se realize (DIAS, 2003).

No início o bebê é completamente dependente da provisão física pela mãe, a quem cabe proporcionar as condições para que seus processos hereditários de maturação aconteçam. Se tudo corre bem, a tendência é a de que a criança caminhe da dependência absoluta, passando por uma dependência relativa e siga rumo à independência. A independência do ambiente nunca é absoluta. O indivíduo normal não se torna isolado, mas sim relacionado ao ambiente de um modo que se pode dizer serem o indivíduo e o ambiente interdependentes (WINNICOTT, 1963/1983).

Na fase da dependência absoluta, o lactente não tem meios de perceber o cuidado materno. Não pode assumir controle sobre o que é bem ou mal feito, mas apenas está em posição de se beneficiar ou de sofrer distúrbios. Assim, notamos que a palavra chave neste momento é *dependência*. O bebê não pode vir a ser, exceto sob certas condições (WINNICOTT, 1960/1983). O meio ambiente facilitador neste momento caracteriza-se como sustentação (*holding*), evoluindo para o manejo (*handling*) ao qual se acrescenta a apresentação de objeto (WINNICOTT, 1963/1994).

Assim, a constituição do eu, concomitantemente à constituição da realidade intrapsíquica e da realidade externa, só se dá na relação com o outro; o si-mesmo do bebê emerge, necessariamente, de dentro da unidade mãe-bebê. O *eu* como entidade separada do *não-eu* só é possível após a experiência de identificação primária que ocorre dentro da unidade fusional inicial. Winnicott, portanto, chamou a atenção para o fato de que a subjetividade não é dada, mas sim constituída; de que o indivíduo humano não existe *a priori*, mas é formado em um processo que se inicia durante a gestação e tem continuidade ao longo de toda a vida, encerrando-se na morte (DIAS, 2003).

Destaca-se a importância dos estágios iniciais como cruciais no desenvolvimento humano, à medida que é neste momento em que se apresentam tarefas fundamentais para a constituição das bases da personalidade e da saúde psíquica. O indivíduo passa por um desenvolvimento que pode ser classificado como integrador, ao qual se acrescentam a personalização, ou conluio psicossomático, e, depois, o relacionamento objetal. Um padrão de falhas neste estágio provavelmente levará à doença mental grave (psicose). Vale ressaltar que falhas referentes aos diferentes estágios do amadurecimento e, conseqüentemente, insucesso nas tarefas que são apresentadas em cada um, levam a diferentes doenças psíquicas, cuja etiologia estará relacionada àquilo que não foi atingido ou que foi perdido (WINNICOTT, 1952/2000).

A este respeito, Winnicott afirma:

[...] na infância a psicose é algo comum, mas passa despercebida devido ao modo como os sintomas ocultam-se dentre as dificuldades normais inerentes à criação dos filhos. O diagnóstico é feito quando o ambiente não consegue ocultar ou resolver as distorções do desenvolvimento emocional, levando a criança a organizar-se em torno de uma linha de defesa que se torna reconhecível como uma entidade patológica. Esta teoria parte do princípio que as bases da saúde mental são lançadas na primeira infância pelas técnicas utilizadas com naturalidade por uma mãe preocupada em cuidar do seu filho (WINNICOTT, 1952/2000, p. 305).

Este autor desenvolveu um diagrama para explicar a relação mãe-bebê e como as falhas no manejo da primeira podem acarretar sérios problemas na constituição da

identidade e na continuidade de ser do último. Ele representou o bebê como uma bolha e a mãe como o ambiente que a circunda. Quando a pressão externa está adaptada à pressão interna, a bolha pode seguir existindo. A continuidade do ser significa saúde (WINNICOTT, 1990).

Se, por outro lado, a pressão fora é maior ou menor do que dentro, a bolha terá uma reação de distorção devido à invasão. Neste contexto, ela se distorce como uma reação a uma mudança ambiental e não por um impulso que parte de uma experiência pessoal. Quando esta invasão cessa, pode haver uma retomada da continuidade de ser. A bolha também apresenta um movimento para fora, que é a representação do crescente impulso instintual em busca de satisfação. Este movimento vai em direção ao ambiente e o descobre. A repetição desta dinâmica cria um padrão de relacionamento (WINNICOTT, 1990).

Em um caso menos fortuito, um padrão de relacionamento pode se constituir a partir de um movimento do ambiente, o que provavelmente causará uma distorção na bolha e o que se tem como resultado é a reação a estas invasões ambientais no lugar da continuidade de ser. (WINNICOTT, 1990). O bebê é capaz de tolerar uma certa quantidade de interrupções na continuidade de ser, desde que elas não sejam intensas demais, nem excessivamente prolongadas. Se isso acontece, são produzidas distorções psicóticas do conjunto bebê-ambiente. Os relacionamentos provocam uma perda da sensação de ser, que vem a ser readquirida somente pelo retorno ao isolamento. O estar isolado, porém, torna-se cada vez menos puro, pois envolve uma organização defensiva para repudiar a intrusão ambiental (WINNICOTT, 1952/2000).

A psicose consiste, então, na organização de defesas rígidas contra a ameaça de desintegração, quando esta se torna um perigo inominável que precisa ser evitado a qualquer custo. Como vimos, acontece quando se rompe a continuidade de ser, devido a um padrão de falhas que é percebido como intrusão ambiental. Como o sentimento do si-mesmo é muito precário nesses estágios iniciais do desenvolvimento, a ruptura na continuidade de ser é vivida como ameaça de aniquilamento. Como diz Winnicott: "A alternativa a ser é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila. Ser e aniquilamento são as duas alternativas" (WINNICOTT, 1960/1990, p. 47).

Essa ruptura é vivida pelo bebê como *agonia impensável*, ou seja, uma agonia que não pode ser pensada, nem representada, nem integrada. As agonias impensáveis são, assim, angústias psicóticas que dizem respeito ao ser: a ameaça não é, como na angústia da castração, a perda da onipotência narcísica, mas o aniquilamento do ser, já

que o bebê interrompe seu vir-a-serquando reage. Winnicott descreve cinco formas: retorno a um estado não-integrado, cair para sempre, perda do conluio psicossomático, perda do senso do real e a perda da capacidade para relacionar-se com objetos (WINNICOTT, 1963/1994).

Melanie Klein também nos oferece importantes contribuições para a compreensão do desenvolvimento infantil e de como uma combinação de fatores internos (constitucionais) e externos (ambiente traumático) pode evoluir para a instalação de uma estrutura de personalidade psicótica. A autora apresentou os conceitos de *posição esquizo-paranóide* e *posição depressiva* para descrever os estágios transitórios normais do desenvolvimento humano que ocorrem na primeira infância e que podem ser “visitados” em determinados momentos da vida, ou que se tornam pontos de fixação, evoluindo para uma patologia (KLEIN, 1946/1991).

Interessa-nos neste estudo especialmente a posição esquizo-paranóide, pois ela está relacionada à ocorrência da psicose. Segundo a autora, “Surgem na primeira infância ansiedades, características das psicoses, que forçam o ego a desenvolver mecanismos de defesa específicos. É nesse período que se encontram os pontos de fixação de todos os distúrbios psicóticos” (KLEIN, 1946/1991, p. 20). Na normalidade, nos primeiros meses de vida, existe um forte sadismo contra o seio e o interior do corpo materno. A relação se estabelece com objetos parciais. O desenvolvimento do bebê é regulado por mecanismos de introjeção e projeção. O ego introjeta objetos ‘bons’ e ‘maus’. O ‘seio bom’ é aquele que satisfaz as necessidades instintivas. O ‘seio mau’, além de ser aquele que frustra as expectativas da criança, é também o receptáculo de sua própria agressividade. Essas figuras distorcidas dos objetos reais estão no exterior e, por incorporação, também dentro do ego. Os maus objetos são sentidos como perseguidores (KLEIN, 1946/1991).

Deste relacionamento persecutório emerge, como angústia básica da posição esquizo-paranóide, o medo do aniquilamento. As defesas paranoides terão, portanto, a função de proteger o ego da destruição, com base no controle onipotente que o bebê faz do objeto. São descritas três modalidades de defesa do ego. A primeira delas é a *gratificação alucinatória*, que é a recusa mágica da realidade psíquica e a supressão da situação de desprazer e do objeto frustrante que a ela está ligado¹⁰ (GEETS, 1977).

¹⁰ Este mecanismo de defesa é muito comum na esquizofrenia.

Outro mecanismo característico dessa posição é a *expulsão e projeção*, que é utilizada na forma de defesas dirigidas aos perseguidores externos; expulsando o mau de seu interior, o bebê fica a salvo do ataque iminente. A última modalidade de defesa erigida pelo bebê é a utilização de forças destrutivas dirigidas contra os perseguidores internos. Isso se dá, pois as duas formas anteriores não são totalmente eficazes, então a criança dirige sua destrutividade contra o próprio id ou partes do ego identificadas com o objeto mau (SIMON, 1986).

O fracasso de tais estratégias defensivas, em que se misturam a cisão (*splitting*) do ego e do objeto, a projeção, a introjeção, a negação maníaca e o controle onipotente do objeto, pode conduzir à desintegração do ego. Esta fragmentação é correlata a uma angústia infantil própria da posição esquizo-paranóide, que é o medo de se ver reduzido a uma infinidade de pedaços. Esta angústia está ligada ao medo do bebê ter, ele próprio, reduzido o objeto a diversos pedaços e tê-lo introjetado desta forma. A predominância dos mecanismos dissociativos justifica a denominação atribuída por Klein a esta posição (KLEIN, 1946/1991).

Como mencionado anteriormente, os processos aqui descritos fazem parte do desenvolvimento normal do bebê e, se tudo corre bem, ele pode caminhar no sentido de vivenciar a posição depressiva. Mas quando a angústia persecutória é excessiva, leva a resultados que preparam para os mais graves distúrbios mentais. Se o bebê se vê às voltas com angústias e frustrações intoleráveis, não poderá elaborar a posição esquizo-paranóide e menos ainda a posição depressiva. Assim, se a clivagem e a identificação projetiva se tornam excessivas como forma de defesa contra a desintegração e o aniquilamento totais, o ego se torna enfraquecido. Isso ocorre, pois, ao se livrar da destrutividade, o ego também se despoja dos componentes da personalidade que estão ligados a sentimentos como poder, potência, força e conhecimento. Além disso, se os conteúdos positivos são expelidos, o sujeito fica sem elementos para desenvolver boas relações de objeto e integrar o ego. A exagerada expulsão de partes boas faz com que a mãe fique identificada com o objeto ideal do bebê. Na vida posterior, devido à transferência, o sujeito fica extremamente dependente das pessoas com quem identifica esse objeto ideal (KLEIN, 1946/1991).

A identificação introjetiva é outro mecanismo utilizado na normalidade como meio de incorporar objetos bons. Em estados de frustração e angústia intensas, há a

tendência de se fugir para o objeto interno idealizado, visando escapar do perseguidor. Porém, o excesso de recurso a esse mecanismo perturba as relações de objeto totais, uma vez que o ego se torna demasiadamente dependente e subserviente desse objeto interno idealizado. Assim, o ego se torna uma simples casca para conter o precioso objeto ideal, o que traz como consequência a sensação de não vitalidade e falta de valor próprio (SIMON, 1986).

O excesso de projeção de um mundo interno muito hostil acarreta introjeção de um mundo externo também hostil. De maneira análoga, a introjeção de um mundo interno hostil leva à projeção de um mundo interno igualmente hostil sobre o exterior, formando um ciclo de relações cada vez mais destrutivas. Se a projeção é muito intensa, produz a fantasia de uma entrada à força no objeto. O inverso passa a ser temido: a introjeção é retribuída como a invasão do exterior para o interior do sujeito. Assim, um excesso de clivagem e projeção enfraquece o ego por esvaziamento. A incapacidade de incorporar aspectos do ambiente por temor de introjeção invasiva impede o ego de recuperar o que foi projetado no exterior, o que constitui a raiz do desenvolvimento esquizoide (SIMON, 1986).

Assim, as relações objetais esquizoides são causadas por clivagens violentas e projeções excessivas, tornando o outro um perseguidor, para o qual é preciso ficar sempre atento e nunca confiar. As pessoas são percebidas de forma distorcida, como se fossem um prolongamento do sujeito. Outra característica descrita por Klein é a acentuada artificialidade e falta de espontaneidade. São consequência de um esvaziamento afetivo e rígido controle da expressividade. No extremo, surgem sentimentos de despersonalização (SIMON, 1986).

Bion também estudou os processos de clivagem e identificação projetiva. Afirmou que, quando a angústia e a destrutividade são intensas, a identificação projetiva sofre perturbações e as partes projetadas são despedaçadas e desintegradas em minúsculos fragmentos. Há um duplo objetivo nesta identificação projetiva violenta. Em primeiro lugar, no desenvolvimento patológico, a realidade é vivenciada principalmente como perseguição, que é acompanhada de um ódio violento. Para se livrar das percepções, todo o aparelho perceptivo é atacado e, com isso, o ego fica despedaçado (SIMON, 1986).

Além disso, o objeto responsável pela percepção também é odiado e a projeção visa destruir esse elemento da realidade. Outra forma de ataque à realidade através da identificação projetiva são os ataques ao vínculo. Qualquer órgão ou função orgânica percebida pelo bebê como ligando dois objetos é violentamente atacada pela identificação projetiva violenta. Desta forma, são atacadas e cortadas as ligações entre sujeito e objeto, interno ou externo. E quanto mais o sujeito ataca as ligações entre os objetos que introjeta, menos capaz ele se torna de se ligar (SIMON, 1986).

Segundo Matos (2005), na psicose a tarefa do psicanalista é bastante difícil. Isso se dá por três razões que serão descritas a seguir. Primeiramente porque nesta estrutura há o predomínio da clivagem do ego, que tem como consequências um grande empobrecimento da vida mental e o desconhecimento da realidade interna e externa, com ameaça de despersonalização; na relação analítica, o clivado pode aparecer à sombra da reação analítica negativa, em *acting-out* transferencial e sob a forma de contra-identificação projetiva. A segunda razão levantada diz respeito ao fato de que, na psicose, a contratransferência é geralmente negativa ou agressiva. Isso se deve à identificação projetiva, sendo que o objeto não é investido como *se fosse* o original, mas é *confundido* com o original e assim o objeto interno é “alucinado” no analista (MATOS, 2005).

Finalmente, o autor afirma que, dada a precocidade do trauma ou relação patogênica, a retomada do desenvolvimento suspenso começa no nível de uma relação de confiança básica e que o processo de crescimento do analisando no “interior psíquico” do analista é longo e lento. Ele demanda constância, bem como acessibilidade, receptividade, empatia e sensibilidade por parte do analista. Ultrapassada essa etapa inicial, o par analítico entra num estado de “simbiose terapêutica”, que consiste num período de intensas trocas intersubjetivas, de harmoniosa reciprocidade, afinação afetiva e espaço para o sonho e projetos (MATOS, 2005).

Sobre as reações contratransferenciais do analista frente à psicose, Winnicott, no artigo “O Ódio na Contratransferência”, afirma que: “(...) a análise de um psicótico é irritante, se a compararmos com a de um neurótico, e que isto lhe é inerente” (WINNICOTT, 1947/2000, p. 277). Isso se dá, pois o psicótico se encontra num estado de amor e ódio coincidentes e, do seu ponto de vista, se o analista demonstrar amor, ele certamente matará o paciente no mesmo instante. Cabe ao analista tolerar ficar neste

lugar e não negar o ódio que existe dentro de si. O autor recomenda que quem se propõe a analisar um psicótico esteja profundamente consciente de sua contratransferência, uma vez que, em vários momentos da análise, ela pode se tornar o elemento central (WINNICOTT, 1947/2000).

2. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Pode-se afirmar que a vivência do estágio se faz marcante na formação do futuro profissional, quer venha o estudante seguir pelas áreas clínica e da saúde mental, quer não, uma vez que esta é uma experiência de contato com aquilo que há de mais humano e tangível em todos nós e que é o que nos constitui. Somos muito mais semelhantes do que diferentes de nossos pacientes, já que o funcionamento psicopatológico se constitui como ampliações ou distorções dos mecanismos envolvidos no funcionamento normal de todos os indivíduos.

Os primeiros contatos com pacientes severamente comprometidos, no início da formação, são geralmente muito significativos para o estudante. Tais pacientes marcam de maneira afetiva sua memória com seus aspectos característicos e seu jeito singular. São primeiras experiências que serão levadas para a formação profissional, fornecendo suporte para ele lidar com outros pacientes mais tarde. Ora, se o profissional de Psicologia, independente da área que escolha seguir o seu percurso de formação, é um ser que lida essencialmente com pessoas e com as relações intra e interpessoais por elas estabelecidas, é de extrema importância que ele desenvolva uma escuta qualificada para a diferença e também para aquilo que ressoa dentro dele (por acessar os seus próprios conteúdos mais primitivos), criando instrumentos de manejo destas relações.

No que concerne à formação acadêmica, vale acrescentar que atualmente, no contexto da Reforma Psiquiátrica, têm-se ampliado as possibilidades de atuação e as vagas de emprego nos campos da saúde mental e da saúde pública. Esta nova realidade demanda da universidade uma revisão da grade curricular, no sentido de formar profissionais preparados para desempenhar adequadamente um trabalho alinhado com o modelo psicossocial.

O aluno de Psicologia estudado nesta pesquisa se situa no início de seu percurso acadêmico e, portanto, ainda possui poucos conhecimentos teóricos formais sobre psicopatologia, psicanálise e saúde mental; também ainda não desenvolveu uma prática clínica. Ele traz consigo sua própria história de vida e é colocado na posição de “aprendiz de psicólogo”, na qual se espera que ele mantenha uma postura de escuta clínica da subjetividade alheia, com o auxílio do monitor do estágio. É possível notar

que a interação de fatores como: *carregar uma história de vida pessoal, estar na posição de fazer escuta clínica e o contato com o paciente psicótico*, podem desencadear uma série de afetos, que são investigados com maior profundidade neste trabalho.

Estudar a experiência emocional envolvida no contato com o paciente psicótico a partir da experiência de estágio – um fenômeno vivo e pulsante – abre a possibilidade para compreender esta experiência do ponto de vista de seus atores, ou seja, de como os próprios alunos a vivenciaram. Mais do que isso, permite observar a natureza dos afetos despertados por eles no contato com a psicose e com o modelo de atenção onde o tratamento se insere, o que fornece elementos para qualificar esta experiência e refletir sobre o ensino da psicopatologia e a formação do futuro psicólogo.

Acreditamos que a aprendizagem não seja um processo linear e meramente intelectual, mas ela deve promover certos desconfortos, desconcaixes, de maneira que permita a modificação de linhas de conduta. Em relação ao ensino de psicopatologia esta questão se torna ainda mais premente: como conceber a aprendizagem efetiva de conteúdos tão humanos e sensíveis de forma apenas racional e teórica? E por que desconsiderar a experiência emocional do estudante uma vez que ela constitui matéria viva do encontro com a loucura e com o acontecer clínico?

Assim, esta pesquisa objetiva compreender e refletir acerca da experiência de estágio na disciplina: “Psicopatologia: Aspectos Teóricos e Prática Clínica”, realizada pelos alunos do curso de Psicologia, com ênfase na experiência emocional vivenciada no contato com pacientes psicóticos. Almeja-se, em última instância, oferecer ferramentas para a qualificação da experiência de estágio e a melhoria da formação do futuro profissional.

3. RECURSOS METODOLÓGICOS

3.1. ABORDAGEM

Para a realização da pesquisa foi utilizado o enfoque qualitativo, que permite investigar os significados que estão ocultos por trás dos eventos estudados. Neste sentido, Turato (2005, p. 509) afirma que:

No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender o seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. O *significado* tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde.

Este enfoque, em detrimento do método quantitativo, visa criar um modelo de entendimento profundo de elementos entre si, que não são visíveis ao olhar comum, e se detém sobre os *processos* envolvidos na manifestação do objeto de estudo – no caso desta pesquisa, os aspectos emocionais de estudantes do curso de psicologia frente à psicose. Ele permite compreender *como* o objeto de estudo acontece e se manifesta e não apenas o *produto* (matematicamente descrito) desta manifestação, revelando, assim, os significados atribuídos pelos sujeitos ao evento experienciado (TURATO, 2005).

A abordagem utilizada para a compreensão da subjetividade humana foi a psicanálise, com especial atenção para autores como Freud, Winnicott, Klein e Bion. Sabe-se que a psicanálise, desde as suas origens, surge não apenas como terapêutica, mas também como método investigativo, inicialmente bastante subordinado ao projeto científico. Segundo Safra (2001),

[...]o método psicanalítico é posicionado não na busca de um objetivo determinado ou de algo a ser concluído, mas como um procedimento processual. Trata-se de uma característica do processo psicanalítico diretamente relacionada às peculiaridades da subjetividade humana: a *contínua abertura para o devir*.

Nessa mesma direção, Castro (1999, p. 6) afirma que “pesquisar e produzir conhecimento não é colocar um ponto final na discussão, mas sim abrir um leque quase infinito de possibilidades, análises e discussões”.

3.2. PARTICIPANTES

Foram entrevistados cinco alunos de graduação do curso de psicologia do IPUSP que cursavam a disciplina Psicopatologia: Aspectos Teóricos e Prática Clínica, nesse ano sob a responsabilidade da Professora Associada Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. Todos os participantes desta pesquisa haviam ingressado no curso de Psicologia do IPUSP e se encontravam no segundo ano da graduação (quarto semestre) no período em que realizaram a disciplina em questão.

Dos cinco alunos, três eram do sexo masculino e duas do sexo feminino. Tinham idades entre dezenove e vinte e dois anos. Já haviam realizado a disciplina obrigatória Introdução à Psicopatologia¹¹ no semestre anterior, sendo a conclusão desta pré-requisito para a matrícula em Psicopatologia: Aspectos Teóricos e Prática Clínica. Vale ressaltar que a adesão a esta disciplina é eletiva, ou seja, depende do interesse e do desejo dos alunos.

Com relação à escolha dos participantes, definiram-se alguns critérios para a inclusão na pesquisa, pensados de maneira a selecionar da melhor forma possível a população a ser investigada neste estudo. Assim, os critérios de inclusão consistiram em ser aluno da graduação do curso de psicologia do IPUSP, ter se matriculado e estar cursando a disciplina de Psicopatologia: Aspectos Teóricos e Prática Clínica.

A respeito dos critérios de exclusão, elencaram-se situações que poderiam comprometer a percepção ‘ingênua’ dos participantes acerca da psicose. Esta preocupação se faz necessária neste estudo, uma vez que a ideia é observar a experiência emocional que se dá anteriormente à existência de um arcabouço teórico ou vivencial que forneça elementos para a compreensão em nível mais intelectualizado da

¹¹O currículo teórico da disciplina obrigatória consistia de introdução ao conhecimento da psicopatologia psicanalítica e fenomenológica, em comparação com a abordagem psiquiátrica; também visava capacitar o aluno a identificar a sintomatologia psicopatológica, bem como iniciá-lo no manejo teórico e prático. Neste ano, a experiência de estágio consistiu em visita ao IPq-HCFMUSP, na qual os estudantes conheceram as dependências do ambulatório e acompanharam entrevista a um paciente, conduzida pela equipe da instituição.

vivência do estágio e do contato com a psicose. Não se considerou que a experiência prévia na disciplina de Introdução à Psicopatologia pudesse comprometer a ‘ingenuidade’ pretendida, uma vez que nesta situação os alunos não haviam estabelecido um contato próximo e prolongado com os pacientes.

Desta forma, foram considerados critérios de exclusão ter participado da disciplina de Psicopatologia: Aspectos Teóricos e Prática Clínica e do estágio supervisionado anteriormente, bem como ter trabalhado ou estagiado em serviço de saúde mental, previamente. Além disso, buscou-se excluir participantes que tivessem recebido em algum momento da vida diagnóstico de doença psiquiátrica ou que tivessem parentes em primeiro grau nesta situação. Julgou-se adequado utilizar este critério de exclusão, pois a presença de doença mental grave pode afetar a forma como o indivíduo percebe o ambiente, se relaciona e erige defesas, conforme explicitado anteriormente. Considerou-se a resposta dos estudantes a estas questões suficientes para determinar a inclusão ou exclusão da pesquisa.

A adesão dos participantes à pesquisa se deu em dois momentos. Primeiramente, os alunos escolheram, em sala de aula, qual modalidade de atendimento queriam acompanhar, dentre: participação nas oficinas já existentes do CAPS Adulto II de Jandira, conduzidas pela equipe do serviço; no desenvolvimento de uma nova oficina pelos alunos, de acordo com a demanda desta instituição; ou na participação em atendimentos conduzidos pelos monitores e inspirados nas consultas terapêuticas de Winnicott, a serem realizados também neste CAPS.

Eles foram informados, já neste momento, que quem optasse por participar desta terceira modalidade de estágio poderia também participar desta pesquisa de mestrado, se preenchesse os critérios de inclusão e consentisse para tal. Os alunos tiveram a oportunidade de escolher em qual modalidade cada um deles decidiria participar, de acordo com o seu desejo e também com a sua disponibilidade de horários.

Num segundo momento, os onze estudantes que manifestaram interesse pelos atendimentos inspirados nas consultas terapêuticas foram divididos em dois grupos, um deles seria coordenado por mim e o outro por outra monitora da disciplina. A ideia era formar grupos com um número não muito grande de alunos –sendo que cada grupo acompanharia um usuário do serviço – para não comprometer a qualidade do contato com o paciente, favorecendo o encontro terapêutico e a interação entre eles. Pensou-se na criação de grupos com a participação de cinco a seis alunos – o que já vinha sendo

praticado anteriormente na disciplina – como um número viável. Verificou-se quais alunos preenchiam os critérios de inclusão e exclusão na pesquisa e estes foram convidados a formar um grupo que realizaria os atendimentos junto comigo. Entende-se que, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, este é um número suficiente para obter-se um material relevante sobre a experiência emocional dos estudantes no contato com a psicose.

3.3.PROCEDIMENTOS

3.3.1. FASES DO TRABALHO DE CAMPO

Neste ano a experiência de estágio consistiu na inserção dos alunos em oficinas e consultas realizadas no CAPS Adulto II de Jandira, a partir de parceria desta instituição com o laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do IPUSP. Antes do início das atividades com os estudantes, foi possível conversar com a coordenadora do programa de saúde mental do município, que àquela época também estava encarregada da gerência deste CAPS, para informá-la sobre os propósitos da pesquisa e pactuar sobre a escolha de um usuário do serviço que pudesse se beneficiar da proposta de atendimento em consultas terapêuticas e que, ao mesmo tempo, tivesse o diagnóstico de esquizofrenia.

A observação dos alunos em um CAPS se mostrou conveniente para esta pesquisa, uma vez que neste dispositivo tornava-se possível um contato mais próximo com as questões cotidianas de um paciente psicótico, já que, durante o tratamento, diferentemente do que ocorre num hospital psiquiátrico, o usuário se mantém inserido no contexto familiar e social. Além disso, os estudantes tiveram a oportunidade de conhecer um pouco do funcionamento de um modelo assistencial fundamental dentro da rede de atenção à saúde mental e que traduz mais efetivamente o momento no qual nos localizamos historicamente em termos do olhar e do cuidado dado à loucura.

A experiência de estágio se deu a partir da construção inicialmente de dois grupos, um com três e outro com dois alunos, que, sob minha condução e supervisão como monitora da disciplina, acompanhariam dois pacientes com o diagnóstico de

esquizofrenia – diagnóstico este efetuado pelo CAPS. Os grupos iriam ao CAPS no mesmo dia, um na sequência do outro. Mas aconteceram algumas intercorrências no decorrer do processo (que serão descritas com maiores detalhes no item 4.1.Narrativa da Experiência de Estágio)e foi necessário manter apenas um grupo de cinco alunos que acompanhou uma usuária do serviço. Foram realizadas sete visitas à instituição, das quais cinco ocorreram encontros com usuários, inspirados no modelo de consultas terapêuticas proposto por Winnicott. Os atendimentos tinham a duração aproximada de cinquenta minutos e após a saída da paciente abria-se um espaço de supervisão com o grupo de alunos, de aproximadamente trinta minutos, para acolher os sentimentos e impressões suscitados, bem como para buscar compreender teoricamente, ainda que de forma simplificada, os conteúdos despertados pela paciente naquela sessão.

A coleta de dados se deu em três momentos: antes da vivência do estágio, durante e também depois da mesma. Para tanto, no princípio e ao final do estágio foram realizadas por mim entrevistas semi-dirigidas, tendo como base um roteiro de perguntas norteadoras desenvolvido para esta pesquisa (Anexo II). As entrevistas foram orientadas por questões feitas aos estudantes somente se estes não tocassem no assunto desejado, já que a ideia era que os entrevistados pudessem discorrer sobre a experiência de estágio da maneira mais “livre” possível.

O intuito da entrevista prévia era colher as impressões relativas ao *senso comum* dos estudantes acerca da loucura, com base no conceito de *representação social* de Moscovici (2003). Além de permitir compreender qual era a experiência prévia dos alunos com o tema da loucura e quais as suas fantasias e expectativas a respeito da doença mental e do psicótico, as entrevistas iniciais possibilitaram verificar se eles já haviam começado a delimitar áreas de interesse dentro da Psicologia. Estas informações são relevantes para esta pesquisa, à medida que indicam se já existia uma orientação dos participantes em termos de escolha profissional.

Durante o estágio, os estudantes deveriam realizar diários de campo semanais, após cada uma das seis consultas com a usuária do CAPS, o que é uma exigência da disciplina. Estes diários também foram utilizados como material para a análise da experiência e nos forneceram uma visão mais abrangente do processo. Os alunos foram orientados a discorrer de forma livre sobre o estágio e também a considerar os sentimentos que foram despertados em cada encontro.

Após a experiência de estágio foi realizada nova entrevista, visando colher os significados construídos por eles, bem como identificar e nomear os sentimentos suscitados no contato com a psicose. Foram inquiridos as impressões e os aspectos emocionais percebidos pelos alunos durante e após os seis encontros de visita monitorada ao CAPS (vide roteiro de entrevista no Anexo II).

A coleta de dados desta pesquisa foi efetuada nas dependências da clínica psicológica do IPUSP. As entrevistas foram realizadas em sala adequada, que permitia a privacidade necessária. Os procedimentos foram gravados para posterior transcrição e análise.

3.3.2. FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

A técnica de tratamento dos dados utilizada foi a *análise de conteúdo*, proposta por Bardin (1977). Segundo a autora, trata-se de um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados, oscilando entre o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade. Visa à ultrapassagem da incerteza e ao enriquecimento da leitura; carrega uma função heurística e também de administração das provas, ou seja, de verificação de hipóteses (BARDIN, 1977).

A intenção com este tipo de análise é a inferência, ou dedução de maneira lógica, de conhecimentos relativos às condições de produção de um determinado conteúdo. Este modelo possibilita diferentes escolhas da técnica e do tratamento das informações, além de permitir a compreensão de seus elementos mais particulares e viabilizar o entendimento de sua dinâmica interna, o que se mostra proveitoso para a análise dos resultados desta pesquisa. A técnica consiste em: uma pré-análise através da leitura flutuante do material para impregnação do pesquisador em relação a seus conteúdos, definindo-se os conceitos teóricos e técnicos que orientarão a análise; a exploração do material, com finalidade de atingir o núcleo de compreensão do conteúdo; e, finalmente, o tratamento dos dados obtidos e a interpretação de acordo com o referencial adotado (BARDIN, 1977).

Optou-se nesta pesquisa pela *análise categorial ou temática*, que consiste na descoberta de *núcleos de sentido*, ou temas, que se apresentam a partir do material analisado. Um tema é compreendido como uma *unidade de significação* que emerge do texto analisado a partir de certos critérios do referencial teórico adotado.

O material coletado nas duas entrevistas semi-dirigidas (antes e depois da vivência do estágio) e nos diários de campo semanais produzidos pelos alunos durante a experiência de estágio foi transcrito por mim, com o objetivo de favorecer um maior contato e familiaridade com o conteúdo das entrevistas, para posterior tratamento sob o método da *análise de conteúdo*. Após a transcrição, foram criadas as categorias de análise de acordo com os conteúdos relatados mais frequentes e significativos.

3.3.3. CONSIDERAÇÃO DOS ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização desta pesquisa foram observadas, respeitadas e cumpridas as normas éticas dispostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, já que a pesquisa envolve seres humanos. Para tanto, a pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IPUSP¹².

Vale frisar que a pesquisa foi realizada somente após a concordância, por escrito, dos entrevistados, de acordo com os itens dispostos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (modelo inserido no anexo I). Havendo qualquer tipo de recusa por parte do pesquisado, independente do momento em que a pesquisa estivesse se efetuando – no convite para a participação ou durante as entrevistas –, esta seria respeitada, qualquer fosse o motivo. Foram também garantidos o sigilo e a confidencialidade das informações obtidas por esta pesquisa em relação aos dados pessoais dos entrevistados.

Ressalta-se, também, a ciência das responsabilidades jurídicas e éticas que a aplicação da pesquisa poderia suscitar. Os alunos pesquisados foram devidamente informados sobre os potenciais riscos do estudo e se necessitassem de apoio psicológico seriam orientados sobre o serviço de atendimento com profissionais formados cadastrados na clínica psicológica do IPUSP.

¹²Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 33855114.5.0000.5561.

4. RESULTADOS

4.1. NARRATIVA DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO

Prólogo

O contato com os alunos se deu inicialmente em sala de aula, a partir de minha participação como monitora da disciplina. No primeiro dia do período letivo tivemos a oportunidade de apresentar as possibilidades de estágio e os alunos puderam escolher a modalidade que iriam participar, a partir do próprio desejo. Agendamos um horário com aqueles que manifestaram interesse nos atendimentos inspirados nas *consultas terapêuticas* para conversarmos sobre suas dúvidas e temores, de maneira a prepará-los para a experiência prática. Formou-se um grupo de cinco alunos que concordaram em participar da atividade por mim conduzida e da pesquisa.

Nesta ocasião, surgiram questões sobre como se portar frente ao paciente, o que vestir, o que e quando falar e a preocupação em não se atrasar. Eles também referiram que não conheciam um CAPS e que não haviam tido contato prévio com pacientes psicóticos, o que era motivo de apreensão e curiosidade. Combinamos de nos encontrarmos na USP na data marcada para o início do estágio para irmos juntos ao CAPS.

Antes da ida dos alunos, realizei contato com a coordenadora de saúde mental do município de Jandira e gerente interina do CAPS para que esta mobilizasse a equipe do serviço para a escolha de usuários que consentissem e que preenchessem os critérios de inclusão da pesquisa (ter diagnóstico de esquizofrenia e poder se beneficiar da experiência de consultas terapêuticas em grupo). A princípio decidi distribuir os cinco participantes em dois grupos, um de dois e outro de três alunos, que atenderiam dois casos distintos.

Primeiro encontro

A primeira visita consistiu em um reconhecimento do espaço físico e no contato com o modo de funcionamento do CAPS, uma vez que nesta data ainda não havia sido

agendada a ida de pacientes para o início dos atendimentos. A ideia era a de ampliar a experiência de estágio não apenas para a vivência das consultas, mas também para a compreensão do modelo de atenção aonde elas iriam acontecer. Fomos recebidos pela coordenadora de saúde mental, que apresentou aos alunos as dependências do CAPS, que estava sediado em uma casa ampla, com uma bela área externa. Ela informou que esta casa havia pertencido a um antigo prefeito da cidade, que a cedeu para a instalação deste serviço.

Nesta primeira visita, a coordenadora de saúde mental explicou aos alunos um pouco sobre o funcionamento do CAPS e sobre as políticas de saúde mental daquele território, que envolviam a organização recente em torno de uma RAPS, que incluía serviços de saúde mental de Jandira e de outros municípios vizinhos. Ela também trouxe os prontuários de três usuários para definirmos conjuntamente dois deles para iniciarmos os atendimentos. Foram escolhidos um homem e uma mulher, para o iniciarmos os atendimentos na semana seguinte. Os estudantes permaneceram numa posição predominantemente de observação e escuta, fazendo poucas perguntas, tanto sobre as questões institucionais, quanto sobre os pacientes.

Segundo encontro

Esta era a data marcada para o início dos atendimentos. Ficou combinado com os alunos que um grupo viria às 14h00 e o outro às 15h30. Quando cheguei ao CAPS com os três alunos do primeiro grupo, lá encontramos, nos aguardando, a *Lúcia*¹³. A equipe do CAPS nos ofereceu uma sala de atendimento, onde nos acomodamos e, em seguida, chamamos a usuária. Iniciei o contato me apresentando e estimulando os alunos a fazerem o mesmo. Expliquei que estávamos ali para conhecê-la e para conversarmos sobre o que ela tivesse vontade.

Lúcia começou a falar um pouco de si, mas pôde-se perceber que ela estava bastante angustiada, não conseguindo ficar no espaço da sala de atendimento por muito tempo, saindo constantemente para fumar cigarros e depois retornando. Quando, em uma dessas saídas, ela demorou mais tempo para voltar, fui atrás dela na área externa da casa, onde conversamos por alguns minutos a sós. Pude perceber que sua fala era

¹³O nome é fictício a fim de preservar a identidade da usuária.

consideravelmente desorganizada e que ela estava bastante agitada. Ela me contou que a equipe do CAPS a havia buscado em casa e que ela não sabia da consulta comigo e com os alunos. Ela não conseguiu mais voltar para o atendimento e pediu para ir embora do CAPS. Quando retornei para a sala onde os alunos estavam, notei que o grupo permanecia em um silêncio profundo e cortante e que um clima de tensão pairava no ar.

Neste mesmo dia, fui informada pela equipe do CAPS que o outro usuário que seria atendido pelo segundo grupo, não poderia vir naquela data. Telefonei para avisar os dois alunos que participariam deste atendimento e ambos já estavam a caminho do CAPS. Um deles resolveu retornar para a USP e o outro, que já estava próximo do CAPS, veio e se juntou ao primeiro grupo que havia atendido a Lúcia, para o momento de supervisão¹⁴. O grupo recorreu a explicações baseadas na teoria para tentar compreender o comportamento de Lúcia.

Finda a supervisão, a equipe do CAPS foi colocada a par do que havia se passado na consulta com Lúcia. Sugeri que conversassem com ela para verificar se havia o desejo por parte dela de continuar o processo ou não. Num primeiro momento, ela se mostrou ambígua, mas decidiu, com o auxílio da equipe do CAPS, não continuar. Outra usuária seria então convidada a participar do estágio. Com relação ao outro usuário que não compareceu, ficou combinado de que ele viria na semana seguinte.

Terceiro encontro

Ao chegarmos ao CAPS, eu e o primeiro grupo encontramos *Bruna*¹⁵ nos esperando. Assim como Lúcia, ela também parecia ansiosa pelo o que viria, mas demonstrava interesse e vontade de conversar com os alunos. Novamente fomos para a sala de atendimento designada para tal e iniciamos o atendimento nos apresentando e explicando que nos veríamos no CAPS semanalmente em quatro sessões de aproximadamente uma hora. Informei que o intuito das visitas era nos conhecermos e conversarmos e que, se a qualquer momento ela desejasse não vir mais, poderia fazê-lo sem prejuízo algum. Bruna logo começou a falar de si, dizendo que se sentia sozinha e

¹⁴ Sempre após as consultas, havia um horário reservado para escutar os alunos sobre as impressões despertadas pela experiência e para refletir sobre o caso (o que depois era formalizado por eles na forma de um *diário de campo*).

¹⁵ O nome é fictício a fim de preservar a identidade da usuária.

que às vezes tinha uma angústia que só passava quando ela gritava bem alto. Seu discurso alternava conteúdos delirantes a outros mais coerentes e organizados.

Após falar um pouco de si, o “assunto” pareceu se esgotar e ela demonstrou certa aflição e impaciência. Sugerir que ela nos mostrasse os espaços do CAPS e ela nos guiou pela casa, explicando o que era cada lugar, quais eram as atividades e quem eram os usuários frequentadores. Ao final do tempo acordado, despedimo-nos e combinamos novo encontro na próxima semana. Durante esta consulta, os alunos permaneceram mais uma vez em uma posição predominantemente de observadores, apenas reagindo de modo mais passivo e sucinto ao contato que Bruna lhes interpunha.

Neste dia, no espaço da supervisão, resolvemos olhar o prontuário de Bruna, visando compreender o seu percurso naquela instituição e colher um pouco de sua história de vida. Ela era uma usuária antiga deste CAPS, seu prontuário era espesso e possuía um histórico de ao menos três internações em hospitais psiquiátricos e muitos episódios de agressividade contra familiares, funcionários e outros usuários do CAPS. Morava sozinha em uma casa anexa à casa do pai, no mesmo terreno, mas seus familiares não eram muito assíduos nas reuniões de família do CAPS.

Com relação ao paciente que seria atendido pelo segundo grupo, mais uma vez ele não compareceu e fui informada pela equipe do CAPS que ele havia desistido de participar. Telefonei para os dois alunos que já estavam a caminho e desta vez ambos desistiram de vir para o CAPS. Frente a estas questões –o não comparecimento de um usuário e a desistência de outra – que se entende derivarem da própria clínica da psicose, optou-se por manter apenas um grupo de cinco estudantes para realizar o atendimento de Bruna.

Quarto encontro

A consulta seguinte, que já contava com o grupo de cinco estudantes, foi interessante. Encontramos com Bruna e fomos para a sala de atendimento, onde apresentamos os alunos que não estavam presentes na semana anterior e iniciamos um contato, ou melhor, uma tentativa de contato. Ela trouxe novamente conteúdos delirantes e os estudantes se mantiveram, como vinham fazendo até então, em uma

postura de observação, com raros momentos de interação com ela, deixando a condução da consulta a meu cargo.

Em dado momento do atendimento, Bruna afirmou que não tinha mais o que conversar e saiu da sala de atendimento aparentemente contrariada. Notou-se que o grupo ficou bastante tenso neste momento, pois parece ter revivido uma sensação semelhante àquela experimentada com Lúcia, quando ela saiu da sala de atendimento no primeiro encontro. Porém, após poucos minutos fora da sala, Bruna retornou e sugeriu que nós fôssemos para outra sala onde aconteciam as oficinas, um espaço coberto na área externa da casa. Ela assumiu o papel de condutora do grupo e propôs que confeccionássemos papéis de carta, utilizando material gráfico e revistas para recortar.

A solução encontrada por Bruna – caracterizada pela introdução de um elemento mediador do contato (espaço transicional), representado pela atividade manual – pareceu ter aliviado o ambiente de tensão dentro do grupo e permitiu que todos ali envolvidos se sentissem mais confortáveis para interagir. Os estudantes passaram a, gradualmente, ter uma postura mais ativa no grupo. Os dois encontros seguintes aconteceram o tempo todo naquele espaço e as atividades foram novamente propostas por Bruna.

Quinto encontro

O trabalho manual serviu como pano de fundo para a constituição de um contato agora mais espontâneo, em que Bruna pôde revelar conteúdos mais íntimos. Assim, no terceiro encontro com ela, dada a proximidade da época de Natal, ela sugeriu que desenhassemos um Papai Noel, o que todos fizemos. A partir desta atividade, abriu-se espaço para que ela falasse da relação com seu pai, de como ela se sentia invadida por ele e como ele não a deixava fazer nada por conta própria. Ao mesmo tempo, referiu que se sentia excluída da família e que não era convidada para participar de eventos com seus familiares.

A participação dos estudantes agora se mostrava mais fluida e espontânea. Eles passaram a interagir com a usuária, fazendo-lhe perguntas e respondendo às perguntas que ela lhes fazia. Além disso, a comunicação também se dava através do desenho, por meio do qual todos ali podiam se expressar de maneira não hierarquizada. O momento

da supervisão também revelou esta maior “leveza” da experiência e eles levantaram a questão da criação de um vínculo como algo mais significativo naquele contexto do que a interpretação de conteúdos inconscientes da paciente.

Sexto encontro

O que seria o último encontro com esta usuária ocorreu de um modo um pouco mais “fragmentado” do que o encontro anterior. A princípio ela sugeriu a seguinte atividade: nós seríamos de uma empresa que contrataria pessoas para novelas (o tema das novelas era recorrente em seu discurso) e devíamos procurar imagens nas revistas que nos representassem. Após fazermos isso, ela propôs que criássemos um *slogan* para a imagem. O *slogan* dela era “abuse e use” (trocadilho que ela já havia feito anteriormente com o nome de uma novela veiculada àquela época, que se chamava “Boogie Oogie”). Bruna começou a propor outras atividades e, antes que o grupo pudesse terminar uma tarefa, ela já sugeria outra, não havendo espaço para a continuidade ou término. Surgiram alguns conteúdos relacionados à loucura.

Ao final da semana anterior, o grupo de estudantes havia solicitado se poderíamos propor mais um encontro com Bruna, uma vez que a ideia inicial era de se realizarem cinco consultas com um mesmo usuário, o que não havia acontecido devido aos acontecimentos no início do estágio. A este respeito, é possível considerar a hipótese de que o término do estágio estivesse suscitando ansiedades, tanto em Bruna quanto nos alunos, e que a postergação do fim seria uma forma de *acting-out* para a busca de alívio destas ansiedades. De qualquer forma, levamos esta ideia a ela ao final do sexto encontro (quarto com Bruna) e ela aceitou.

Sétimo encontro

Na data acordada para o último encontro, chegamos ao CAPS e esperamos, mas Bruna não compareceu. Os alunos se mostraram desapontados. Na volta para a USP, um deles comentou que naquela data teve que desmarcar outro compromisso para estar ali, pois julgava que o estágio era mais importante, mas que agora se sentia desanimado, apesar de não sentir arrependimento. Este mesmo aluno se lembrou de uma música

interpretada pela cantora Amy Winehouse, mais especificamente de um verso da música que diz: “*We only said goodbye with words*” (algo como “Nós apenas nos despedimos com palavras”).

Ele afirmou que saía com a sensação de que não havia ocorrido uma despedida como a esperada, sentimento que pareceu ter sido compartilhado por seus colegas dessa vivência. Eles se questionavam se a experiência teria ou não deixado marcas em Bruna e se ela se lembraria deles como eles dela. Também ficaram preocupados com o fato de os encontros talvez não terem surtido algum poder transformador sobre a usuária. Não havia certezas, mas muitas dúvidas pairavam no ar.

Epílogo

Terminado o estágio no CAPS de Jandira, agendou-se uma conversa dos profissionais desta instituição com os alunos da disciplina, que aconteceu no IPUSP, no horário da aula. A ideia era a de proporcionar uma troca dos alunos com os profissionais, de modo que os primeiros pudessem relatar a experiência e o que havia sido trabalhado durante as consultas e os últimos pudessem trazer mais elementos sobre os pacientes acompanhados, bem como contar um pouco sobre como é o trabalho num CAPS.

Este momento consistiu em uma discussão muito enriquecedora, tanto para os alunos, quanto para os profissionais do CAPS, uma vez que os estudantes apresentaram um lado mais humano e afetivo de Bruna, que carregava dentro da instituição certo estigma associado aos episódios de heteroagressividade. Os trabalhadores do CAPS trouxeram informações que os alunos desconheciam sobre a história de vida e as relações estabelecidas por Bruna, o que ajudou a ampliar a compreensão do caso. Também falaram um pouco sobre os impasses do trabalho em uma instituição de saúde mental naquele território. Chamou a atenção dos alunos (o que foi mencionado posteriormente nas entrevistas finais), o fato de não haver ali instituído um espaço de supervisão clínica ou institucional.

4.2. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS E DIÁRIOS DE CAMPO

A análise do material coletado está fundamentada, como mencionado, na *análise de conteúdo temática*. A categorização escolhida baseia-se no critério de *relevância*. Assim, foi dado destaque a pontos relevantes, que de algum modo, chamam a atenção por estarem diretamente relacionados à experiência emocional dos alunos no contato com pacientes psíquicos. Valorizaram-se também as expectativas acerca do estágio e as fantasias e ideias preconcebidas que os alunos possuíam a respeito da psicose.

São apresentadas as categorias que foram trabalhadas no desenvolvimento da presente pesquisa, nas diversas fases do estudo: entrevista inicial, diário de campo e entrevista final.

ENTREVISTA INICIAL:

As expectativas com relação à disciplina Psicopatologia: Aspectos Teóricos e Prática Clínica
<p><i>Categoria:</i> Aprofundamento teórico-prático</p> <p><i>Subcategorias:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Interesse em psicopatologia e pela psicose; b) Receber conteúdo teórico que propicie a reflexão; c) Busca da experiência prática (estágio).

As representações sociais da psicose
<p><i>Categoria:</i> Representações baseadas no senso comum x Representações baseadas na teoria/etiologia</p> <p><i>Categoria:</i> Representações baseadas no modelo asilar x Representações baseadas no modelo psicossocial</p>

DIÁRIO DE CAMPO:

O processo do estágio
<i>Categoria:</i> Considerações acerca do modelo de atenção (asilar x psicossocial)
<i>Categoria:</i> Questionamentos quanto ao potencial terapêutico das consultas e ao lugar do psicólogo
<i>Categoria:</i> Sentimentos despertados no contato com a psicose
<i>Subcategorias:</i>
<ul style="list-style-type: none"> a) Sentimentos derivados do instinto de morte; b) Sentimentos derivados do conflito; c) Sentimentos derivados do instinto de vida.

ENTREVISTA FINAL:

Balanco da experiência
<i>Categoria:</i> Expectativas x realidade
<i>Subcategorias:</i>
<ul style="list-style-type: none"> a) Quanto ao doente mental e à psicose; b) Quanto ao cuidado/manejo.
<i>Categoria:</i> Como o estudante sai desta experiência

4.2.1. ENTREVISTA INICIAL

O intuito principal da entrevista inicial era o de compreender como os estudantes chegavam para a experiência de estágio que estava prestes a se desenrolar. Desta forma, eles foram estimulados a falar sobre o motivo da escolha da disciplina (pelo fato dela ser optativa), seus conhecimentos prévios sobre a doença mental, bem como sobre suas expectativas e fantasias acerca do estágio e da psicose.

As expectativas com relação à disciplina Psicopatologia: Aspectos Teóricos e Prática Clínica

Categoria: Aprofundamento teórico-prático

Pôde-se notar, através das entrevistas iniciais, que os alunos carregavam muitas expectativas em relação à disciplina de Psicopatologia: Aspectos Teóricos e Prática Clínica e todos mencionaram o desejo de desenvolver um aprofundamento teórico e prático (através do estágio curricular), tanto por um interesse anterior pelo tema da psicopatologia, quanto pela vontade de dar continuidade aos conhecimentos adquiridos na disciplina obrigatória de Introdução à Psicopatologia. Alguns deles haviam conversado com alunos de anos anteriores (que relataram a experiência do estágio) e isso lhes despertou a curiosidade. Além do anseio de aprofundar conhecimentos e de entrar em contato real com casos graves, manifestaram o desejo de conhecer um equipamento de saúde nos moldes da reforma psiquiátrica e também de verificar, pela possibilidade da prática clínica, se eram capazes de estar na posição de terapeutas de pacientes graves.

Subcategorias:

a) Interesse em psicopatologia e pela psicose

Todos os alunos manifestaram interesse pelo tema da psicopatologia, o que é facilmente explicável pelo fato desta disciplina ser eletiva. O desejo de querer saber mais sobre os quadros clínicos, diagnósticos e estruturas de personalidade, bem como estar em contato com casos de graves patologias foi referido por alguns como antigo, anterior à entrada na universidade. Para outros, este desejo foi despertado na disciplina obrigatória de psicopatologia, como se pode perceber nos relatos a seguir:

“A primeira coisa que me impulsionou foi, assim, até antes de entrar na faculdade eu já tinha meio que uns interesses em psicopatologia; então, às vezes uma psicopatologia assim mais, como eu posso dizer, uma psicopatologia assim mais típica (...) e aí, não sei, eu sempre tive essa vontade de estar em contato com esses casos mais graves, sabe?”

“Eu sempre me interessei bastante pela mente humana, o que leva uma pessoa a ficar louca, digamos assim, né? Surto psicóticos, o que

leva uma pessoa a pensar diferente da outra, a cometer, sei lá, um crime, a assassinar alguém ou a não ter sentimentos por alguém.”

Silvia: *“Por que você resolveu fazer a disciplina?”*

B: *“Justamente por ter gostado do estágio e da matéria de psicopatologia e porque eu queria me aprofundar também”*

Além disso, alguns alunos manifestaram como motivação para a busca da disciplina a possibilidade de um maior contato com a área clínica e com a clínica das psicoses, de modo a poder checar se realmente há o desejo e a aptidão para se profissionalizar neste campo.

“Eu tenho uma crença em mim, pelo menos de que eu tenho muito interesse e algum ideal de talento para este tipo de coisa, que eu possa fazer alguma coisa, acredito que eu possa fazer alguma coisa.”

“Eu tenho bastante interesse na área de psicopatologia e eu estou me identificando com a matéria. Não sei se é aquilo que eu vou realmente seguir carreira, mas por enquanto eu estou gostando e estou querendo ir mais a fundo.”

“[...]da disciplina eu espero exatamente isso, né? De me dar mais uma orientação e me apresentar essas outras formas aqui dentro desse campo. E do estágio exatamente aquela minha vontade de estar em contato com esses casos mais graves, né? E, além de conhecer isso, assim, ter uma visão de mim, sabe? No sentido de ‘eu dou conta de cuidar disso?’ Porque às vezes eu posso não dar. Porque às vezes pode ser um sofrimento tão grande que eu não consiga abarcar.”

b) Receber conteúdo teórico que propicie a reflexão

Os estudantes relataram que a escolha pela disciplina optativa Psicopatologia: Aspectos Teóricos e Prática Clínica tinha como objetivo dar continuidade aos conhecimentos adquiridos na matéria obrigatória, bem como receber mais informações que não haviam sido transmitidas anteriormente, como as noções de estruturas clínicas, diagnóstico diferencial, manuais descritivos (como o DSM-IV e o CID-10) e a organização dos modelos de atenção na saúde pública. A busca de ampliação destes conhecimentos se explica devido ao interesse manifesto de alguns alunos de virem a trabalhar futuramente nos campos da saúde mental e da saúde pública. Os relatos a seguir ilustram esta procura:

“Eu não tenho muita noção de estruturas clínicas e essas coisas e eu fiquei meio perdida ainda. Aí eu queria aprender mais ou menos isso assim.”

“Eu falei: ‘Vou procurar em ‘Psicopato 2’¹⁶, às vezes caminhos que me permitam conhecer mais isso, conhecer os modelos que são usados hoje, que estão na, sei lá, como política pública mesmo”. Então, que eu estou me interessando bastante por essa parte de política pública, saúde pública. Então, aí eu falei assim: ‘Acho que é um caminho, assim, para me orientar, para eu estudar isso.’”

“E a questão dos diagnósticos também, que é preciso ter alguma referência. E pela própria discussão também do âmbito da loucura, da saúde mental. Todos esses atravessam e se somam no meu interesse.”

“Assim, por exemplo, a classificação, os manuais, são muito criticados, mas é o que se usa; eu tenho que conhecer isso se eu quiser trabalhar numa instituição dessa. Porque é isso que eles usam como base. Não posso chegar lá crua, sem saber disso, porque eles não vão me levar em consideração mesmo. E aí fica o papel do psicólogo que às vezes não sabe.”

c) Busca da experiência prática (estágio)

Os estudantes manifestaram grande interesse e expectativa em relação ao estágio curricular, sendo que para a maioria esta foi a maior motivação para se matricular na disciplina. Como justificativa, mencionaram a importância do contato com a experiência concreta e a possibilidade de alargamento do repertório sobre o tema que a vivência parece propiciar.

“Justamente quando eu vi que tinha estágio, né? Esse semestre eu pensei: ‘Ah, eu vou fazer estágio’, porque eu sinto falta mesmo desse contato real e palpável com esse tipo de experiência. Então falei: ‘Ah, vou atrás disso’.”

A experiência prática aparece como possibilidade de ampliação e verificação da teoria e também de humanização da loucura, como se observa no trecho retirado de uma entrevista:

“Eu acho que no fundo eu quero, eu estou muito nessa de embater com a teoria. Eu já li bastante sobre o tema, vamos ver o que acontece de fato entre ‘mim’ (sic) e aquela pessoa, porque é uma pessoa, a gente não pode dizer que não é uma pessoa, é uma pessoa. Tem um diagnóstico, a gente fala que não, mas por que não? Acho que eu estou muito nesse embate primeiro de prática e teoria, que é uma coisa minha.”

¹⁶Os alunos se referiram à disciplina obrigatória de Introdução à Psicopatologia como “Psicopatologia 1” e à disciplina optativa Psicopatologia: Aspectos Teóricos e Prática Clínica como “Psicopatologia 2”. No passado as disciplinas obrigatória e optativa tinham essas denominações e as novas nomenclaturas ainda não haviam sido totalmente incorporadas por eles.

Além do embate com a teoria, o estágio também parece possibilitar ao aluno o confronto com as próprias ideias preconcebidas sobre a loucura e a construção de um novo saber baseado na experiência:

“Então eu tenho essa impressão inicial, mas eu quero ver o que disso difere, entendeu? Ou o que aparece ali. É, eu estou num estágio que eu não sei mesmo, eu estou só com um interesse ‘master’ de saber, mas acho que, quanto menos eu souber, melhor.”

“Mas é exatamente isso, eu quero entrar em contato com essa realidade e ver se tinha alguns preconceitos escondidos dentro de mim, que deve ter, até pelo o que é posto na nossa sociedade, e tentar resolver, tentar pensar formas de entender aquilo também, sabe? Então, essa é a minha expectativa maior.”

Notou-se também neste momento certa apreensão em relação a que postura adotar no contexto dos encontros que estavam por vir. Assim, alguns deles questionaram o que era esperado deles nas consultas, se seria uma postura mais ativa ou mais passiva. Quando descreveram o que imaginavam dos atendimentos, colocaram-se predominantemente como observadores do processo, conduzido pelo monitor.

“Agora, a minha primeira imagem é bem segura, de você conversando e eu parado olhando, tendo a experiência. Mas, eu não sei o que vai acontecer, mas essa é a primeira impressão que eu tenho.”

As representações sociais da psicose

Com relação às representações sociais dos estudantes acerca da loucura, notou-se que em alguns momentos eles procuraram recorrer a constructos teóricos – ainda que incipientes – para descrevê-la e em outros momentos puderam discorrer mais livremente sobre suas percepções baseadas no senso comum. Também se percebeu que as concepções de loucura ora se apoiavam em uma noção histórica fundamentada no modelo asilar – de reclusão e isolamento –, ora consideravam o louco como detentor de cidadania e como alguém que pode circular socialmente, o que condiz com o modelo psicossocial.

Categoria: Representações baseadas no senso comum x Representações baseadas na teoria/etiologia

Devido ao contexto em que os estudantes se inseriam, de início da vida acadêmica, notou-se a predominância do uso de explicações baseadas no senso comum para abarcar o conceito de psicose. Assim, repetiu-se a concepção do louco como alguém que não se inclui em uma realidade compartilhada. Há também as ideias de quebra ou ausência de interação e/oucomunicação, de divisão da mente e de perda da essência.

“[...]eu imagino sempre uma pessoa fora da realidade, assim, que não interage muito, que fica falando umas coisas meio doidas. Essa é a imagem que eu tenho, de uma pessoa mais distante. É que eu realmente nunca tive um contato mais próximo para saber.”

“Como eu imagino ser um psicótico? Tem essa noção um pouco do senso comum, que é difícil de a gente fugir, né? Mas, não sei, eu penso numa pessoa... por exemplo, esquizofrenia, digamos que é uma pessoa que tem a mente dividida, assim, que ela não tem controle sobre ela mesma. Realmente eu não sei muita coisa sobre psicose mesmo, desculpa!”

“Acho que tem uma noção de essência de alguma maneira e se a pessoa desvia muito disso por uma experiência fortíssima, não sei o que acontece. E aí ela psicotiza de alguma maneira, ela se perde de si.”

Além disso, o psicótico também é descrito como perigoso (psicopata ou *serial killer*), absurdo e encantador, como se pode verificar a seguir:

“Então, espero, de repente desde um caso mais brando, que não preocupe tanto a pessoa, que não cause tanto prejuízo para a vida dela, quanto, sei lá, um serial killer de repente! Mas acho que aí já seria um pouco mais exagerado e provavelmente ele não estaria no CAPS se fosse um serial killer. Mas não sei, uma pessoa que cometeu alguma coisa que para a gente seria algo inimaginável assim, que seria algo absurdo.”

“É alguém que eu acho que vai falar uma coisa muito legal de se ouvir, de se analisar e de se pensar em cima.”

“Então, essa coisa dos pacientes psicóticos é uma... essa coisa da psicose e da loucura é para mim uma coisa que me atrai muito, me encanta muito, principalmente porque eu tenho um interesse por arte.”

Observou-se nos alunos também uma tendência de utilizar conceitos teóricos e baseados na etiologia para explicar a doença mental, de acordo com a bagagem que vinham acumulando até o momento em que se deu a entrevista inicial. Assim, classificaram o psicótico, em oposição ao neurótico, como alguém que não se inscreve

no mundo da linguagem e fizeram referência a constructos como *aforclusão*¹⁷. Além disso, também recorreram a explicações biologizantes, como fatores neurológicos, para dar conta do fenômeno da psicose. Mas se nota que estas explanações são incipientes e vacilantes, uma vez que os alunos não parecem estar ainda bem apropriados delas.

“[...]tem aquela impressão clássica de neurótico e psicótico. Psicótico com uma personalidade que não tem linguagem e aquelas coisas que a gente ouve falar, né?”

“É uma pessoa que não tem muito contato com a realidade, também, que tem aquele esquema da forclusão, que cria um pouco o próprio mundo dela; ou então a pessoa que não consegue ter sentimentos pelos outros, embora isso seja complicado também, porque pode ter em outros quadros neuróticos que podem ter esse sintoma também, outras doenças, mas eu parto um pouco por essa linha. É que já tem um pouco aquele conflito também do que é a psicopatia, né? Tem a visão psicanalítica, tem a visão neurológica, então a gente fica meio assim, né? Pode ser uma pessoa que tem um defeito no cérebro, uma conexão que não funcione direito também, tem uma área desativada ou ativada demais, vai por esse lado.”

“Não sei, do que acontece na história daquela pessoa, não de um nascimento estritamente biológico ou de um problema no cérebro, que tem casos que acontece, que tem disfunções, enfim. Mas no que aconteceu na história daquela pessoa, eu penso muito na história. Não tem como pensar de outro jeito, por enquanto. Do que aconteceu na história daquela pessoa para que ela enlouquecesse, que ela desviasse tanto de si a ponto de enlouquecer de alguma maneira.”

Categoria: Representações baseadas no modelo asilar x Representações baseadas no modelo psicossocial

Pôde-se perceber a existência concomitante de discursos alicerçados no modelo asilar com outros mais alinhados com o modelo psicossocial. Isso provavelmente se deve ao fato de nos encontrarmos em um momento de transição de paradigma entre os dois modelos. A título de ilustração, quando questionado sobre como imaginava ser um psicótico, um dos alunos entrevistados respondeu o seguinte:

“Sinceramente a primeira imagem que vem para mim é das grandes internações, da galera louca mesmo, gritando.”

¹⁷Conceito desenvolvido por Lacan para designar um mecanismo específico da psicose, através do qual se produz a rejeição de um significante para fora do universo do sujeito. O significante Nome-do-Pai foracluído não é integrado no inconsciente e retorna sob a forma alucinatória no registro do real do sujeito (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Assim, apesar do manicômionão constituir mais a realidade preponderante do cuidado oferecido ao doente mental atualmente, ele ainda está presente no imaginário do estudante de Psicologia. Mas, ao mesmo tempo, há a concepção do louco e da atenção a ele prestada associada à circulação social (em oposição à reclusão) e à cidadania, em maior consonância com o modelo psicossocial.

“[...] essas pessoas ocupam lugares sociais mesmo, elas não necessariamente estão internadas em um lugar, elas têm capacidades cognitivas, às vezes muito superiores aos “normais”, dentre outras. E essas pessoas, assim, se elas tiverem um tratamento, um cuidado, um acompanhamento, um apoio da família, enfim, um acolhimento social também, elas conseguem conviver, entende?”

“Deve ter uns casos muito chocantes, mas, de um modo geral eu acho que não é nada que, se não tivessem uns esforços mais coletivos talvez, não se conseguisse pôr aqui junto com a gente, sabe? Porque às vezes parece que é isso, você não conhece porque essas pessoas são muito isoladas, muito marginalizadas, né?”

4.2.2. DIÁRIO DE CAMPO

Os diários de campo consistiam em produções dos alunos de forma livre, ou seja, sem um direcionamento prévio da professora ou dos monitores quanto à forma e ao conteúdo dos textos redigidos. A única instrução era a de que eles deveriam confeccionar um relato pessoal da vivência. Devido ao fato de serem realizados semanalmente, após cada ida ao CAPS, este material serviu como instrumento para a análise do processo das visitas. A leitura destes diários permitiu observar que a experiência mobilizou tanto questões relativas ao contato com os pacientes psíquicos, quanto com o modelo de atenção no qual os atendimentos estavam inseridos. Isso gerou também questionamentos sobre a função terapêutica dos encontros e sobre a presença do psicólogo dentro deste modelo.

O processo do estágio

Categoria: Considerações acerca do modelo de atenção (asilar x psicossocial)

A primeira categoria que se revelou com relação a este material corresponde ao impacto do contato inicial, tanto com a estrutura física do CAPS, quanto com os usuários do serviço. Todos se surpreenderam com o fato de o CAPS ser uma casa bonita

e não o local sombrio e institucionalizado que parecia povoar seu imaginário. Isso fica claro na fala dos alunos, como se pode perceber a seguir:

“Achei interessante o fato de ser uma casa, já que antes de conhecer tinha a ideia de que o CAPS seria um lugar mais institucionalizado, mais parecido com um hospital psiquiátrico. O local tinha vários quartos, uma cozinha externa, um quintal grande, jardim com espaço para horta etc. Achei o ambiente bastante aconchegante.”

“[...]chegou a administradora do local e, depois dos cumprimentos, explicou que o CAPS tinha sido organizado onde antes era a casa do antigo prefeito da cidade. Essa informação me deixou um tanto estarecido: até então, eu não tinha percebido que estávamos em uma “casa”. Talvez eu estivesse tão imerso na categoria tradicional de instituição de saúde (como hospitais e clínicas médicas) que não tinha percebido que a estrutura do lugar era bastante diferente do que eu imaginei que seria. E esse, talvez, tenha sido o primeiro passo para que eu comesse a entender melhor qual era o tipo de cuidado que ali se oferecia aos pacientes.

Além disso, após a conversa que tivemos com a coordenadora de saúde mental de Jandira, começaram a compreender melhor os impasses e desafios do funcionamento do serviço e da RAPS, o que contribuiu para desmitificar a ideia de um modelo psicossocial ideal.

“Foi um diálogo extenso e difícil sobre os CAPS, seus feixes de relações na relação, as dificuldades de uma rede integrada com as diversas demandas locais, as abismais faltas de verbas e incentivos, a pequena equipe (1 psiquiatra, 3 psicólogos, 1 enfermeira e 2 assistentes) para uma faixa de 100 usuários, a luta constante antipsiquiátrica por uma humanização da loucura, as relações dum CAPS com o restante da população – o diálogo entre as instituições e as pessoas - , a ausência de um CAPS infantil ou álcool e drogas na região etc”.

“Comecei a associar as discrepâncias de ferramentas entre os dispositivos macropolíticos e à micropolítica do cuidado, exercida pelos funcionários. Os últimos haviam de sustentar a ausência do primeiro com nada além que eles mesmos. A vida na área da Saúde é cabeluda quando contraposta a como nos acostumamos a pensar em termos de doenças, diagnósticos, nomes.”

Ainda assim, ao longo da experiência, os alunos tiveram a oportunidade de entrar em contato e avaliar a proposta de tratamento do CAPS, tendo produzido interessantes reflexões a respeito. A partir da observação sensível, eles levantaram alguns dos objetivos primordiais do CAPS, como o resgate da cidadania, a desconstrução do estigma da loucura e a possibilidade de construção subjetiva não

normatizante, o olhar para a singularidade, a criação de um espaço de acolhimento e a ampliação do repertório social e cultural. A seguir alguns trechos dos diários de campo:

“Pensar o sujeito em cena é dá-lo a possibilidade de construir cidadania, realizar seu direito de participação e influência da sociedade. Propiciar uma situação em forma de brincadeira, flutuação, cena de maneira que este sujeito, encarnando elementos, se (vi)endo em novas dinâmicas, possa recriar-se, libertar-se, quem sabe, das formalizações e lógicas que adotamos como reais e que se fecham em nossa vida como destino, fim do caminho. É assim que imagino o trabalho por lá, pois o psicólogo é parte fundamental do imaginário social na sustentação de identidades.”

“Cumprimentei as pessoas que estavam lá na hora e, nesse grupo, me chamou a atenção um senhor, que primeiramente julguei ser um funcionário do próprio CAPS, mas depois fiquei meio em dúvida, porque vi que após as saudações ele me olhava de forma estranha, com um olhar de lado, um pouco tenso. Aí fiquei em dúvida se ele seria um funcionário ou um paciente. Ou vai saber se ele ficou com a mesma dúvida sobre mim [...]Na verdade foi bacana eu ter essa dúvida. Até o momento eu pouco havia entrado em contato com pacientes psicóticos e, na minha primeira intuição sobre a pessoa, julgá-la “normal” (mesmo sendo ela psicótica ou não) mostra que efetivamente não há tamanhas diferenças entre eu e o outro.”

“Mas para um modelo de tratamento de saúde mental que visava substituir o molde hospitalocêntrico, talvez o ideal mesmo fosse uma experiência que levasse mais em conta a singularidade da pessoa, um tratamento mais individual. E foi exatamente essa a impressão que fiquei.”

Categoria: Questionamentos quanto ao potencial terapêutico das consultas e ao lugar do psicólogo

Em relação ao desenrolar dos atendimentos, houve a percepção gradual de que importava mais a escuta e o acolhimento do que a interpretação. Isso lhes possibilitou ir, aos poucos, adotando uma postura mais ativa nos atendimentos, uma vez que ainda não pareciam se sentir aptos a interpretar (pois ainda não possuíam referencial teórico e técnico para tal), mas já pareciam reconhecer em si a capacidade de acolher. A ideia de *cura* como remissão dos sintomas também foi dando lugar a uma concepção de *cuidado* que leva em conta a empatia e aceitação da diferença.

“E hospitalidade era a única coisa que eu realmente me sentia capaz de oferecer.”

“Aos poucos ela ia se colocando mais na posição de terapeuta do que nós mesmos, e ali eu aprendia minha primeira lição. A mim não cabia

salvar ninguém: as pessoas tinham suas próprias respostas, e minha função, se alguma, era as ajudar a encontra-las nelas mesmas. Mesmo que eu ainda tivesse um longo caminho pela frente para aprender a fazer isso. Só o tempo me ensinaria. Então que viessem os próximos encontros!”

“De qualquer modo, achei muito legal ela ter se aberto mais com a gente. No último encontro, achei-a muito redutível à doença: ela não tinha mais nada para falar. Mas nessa última conversa, mudei a minha opinião. Ela tinha muito mais a falar, só não tinha quem estivesse disposto a escutar o seu discurso e talvez tenha ido falar com a gente imaginando uma conversa nos moldes de uma consulta médica, onde seríamos apenas mais um grupo de pessoas que a julgaria uma “louca”. Mas ela foi vendo que era diferente. E foi se soltando.”

“Difícil falar exatamente sobre tudo o que aconteceu nesse dia. Mas no final me prevaleceu uma sensação de interesse crescente. Nela, no fenômeno da psicose e em como ajudá-la. Ainda que pouco, só o fato da gente ter se disposto a parar e ouvi-la, já foi muito significativo para ela. Essa me pareceu sua maior demanda.”

“Eu mesmo interagi bem mais com ela, a ponto de arrancar sorrisos, o que me deixou bem feliz. No momento, éramos como amigos, unidos na consecução de uma atividade. Não havia hierarquia, não estávamos lá com o intuito de usá-la unicamente como objeto de estudo.”

Durante o processo dos encontros terapêuticos, e principalmente com a aproximação do fim, os alunos levantaram questionamentos quanto ao efeito terapêutico das consultas que eles estavam realizando e também se perguntaram quanto ao papel do psicólogo dentro da instituição e em serviços de saúde.

“O que me marcou muito é que parece que temos uma necessidade muito grande de acreditarmos que esse encontro significou alguma coisa, ou que ajudou Bruna em algum sentido. Mesmo problematizando essa sensação e colocando-a em cheque, tendo a crer que todo esse processo não foi em vão; não é à toa, afinal, que Bruna estava muito mais aberta nas últimas sessões do que no começo. Se há algo pra que consigo apontar e dizer que fomos vitoriosos foi todo o âmbito de hospitalidade que conseguimos constituir em nossos encontros.”

“Na discussão posterior, questionamos muito sobre o que significaria aquele fim do acompanhamento. Nesse momento, pelo menos para mim, ficava muito marcada, mesmo que silenciosamente, a pergunta: “em que/se esses encontros ajudaram Bruna?”. Talvez essa seja a grande pergunta que eu queira trazer para esse relatório, e eu não sei se há alguma condição de eu conseguir responde-la.”

“De qualquer modo, o balanço de tudo não é positivo só pra paciente. Aprendi muito com esse estágio. Mais do que respostas, sinto que todas essas experiências me deram condições de elaborar melhor as questões que vão me conduzir pelo resto da graduação.”

Com relação à atuação do psicólogo na clínica das psicoses e em instituições de saúde mental, os estudantes puderam entrar em contato com as dificuldades institucionais que foram relatadas pela coordenadora de saúde mental do território e pelos profissionais do CAPS, discorrendo sobre as faltas políticas e estruturais. Além disso, formularam suas próprias questões com base nos atendimentos realizados. Novamente, eles colocaram em xeque a ideia de um tratamento que vise à cura da psicose, rumo à neurose e também questionaram o papel da graduação de Psicologia na formação para a clínica da saúde mental.

“Em relação, porém, ao que estava diretamente ao alcance dos profissionais ali presentes, o que ficou, pra mim, foi a expressão “redução de danos”. Mais do que um alcance etiológico de todo o sofrimento ali presente e de uma mudança profunda o suficiente para chegar a ser estrutural (tanto individual quanto socialmente) no trato da psicose, a postura que parecia permear toda e qualquer ação seria a da redução do sofrimento psíquico, mesmo que paliativamente.”

“Acho que a maior impressão que ficou em mim durante e depois da sessão, como eu disse, foi a sensação de impotência. Assim como discutimos depois, eu não sei até que ponto a formação de psicólogo nos dá a habilidade de contribuir em alguma coisa num caso tão grave. É como se nós não aprendêssemos nada na teoria que nos ajude, e o que o acolhimento que essas pessoas precisam nós só conseguiremos dar após a prática. Pra mim é bastante angustiante não saber direito o que poder fazer pra melhorar a vida dessa pessoa.”

Categoria: Sentimentos despertados no contato com a psicose

O contato dos alunos – na posição de aprendizes de terapeuta – com as pacientes psicóticas atendidas despertou uma série de afetos de diferentes ordens, que foram relatados por eles nos diários de campo. Estes sentimentos foram categorizados didaticamente para esta pesquisa segundo proposta de Tardivo (1985), a partir da obra de Trinca (1976), em sentimentos derivados do instinto de vida, sentimentos derivados do instinto de morte e sentimentos derivados do conflito¹⁸ (TARDIVO, 2008).

A inspiração para esta divisão está fundamentada na teoria kleiniana da polaridade inata dos instintos e das posições, que pressupõe uma organização da

¹⁸ Esta categorização foi desenvolvida por Tardivo em estudos sobre o Desenho-Estória (D-E), de Trinca, para a análise de conteúdo dos Sentimentos Expressos, que é uma dentre as dez categorias avaliadas no procedimento, sendo as outras: Atitude Básica, Figuras Significativas, Tendências e Desejos, Impulsos, Ansiedades, Mecanismos de Defesa, Sintomas Expressos, Simbolismos Apresentados e Outras Áreas de Experiência.

personalidade na posição esquizo-paranóide, na posição depressiva e nas possibilidades de passagem de uma a outra. Assim, os sentimentos derivados do instinto de vida, associados à posição depressiva, são aqueles do tipo construtivo, como a alegria, o amor, a empatia e a energia instintiva e sexual; os sentimentos derivados do instinto de morte, aqueles do tipo destrutivo (relativos à posição esquizo-paranóide), como o ódio, a raiva, a inveja e o ciúme persecutório; e os sentimentos derivados do conflito, que surgem da luta entre o instinto de vida e o instinto de morte, são a culpa, o medo de perda, do abandono, solidão, tristeza, desproteção e ciúme depressivo, dentre outros (TARDIVO, 2008). Vejamos agora como estes sentimentos foram expressos pelos alunos de graduação que participaram deste trabalho.

Subcategorias:

a) Sentimentos derivados do instinto de morte

Em relação aos sentimentos destrutivos, notou-se que a ocorrência destes nos diários de campo não foi tão frequente quanto os outros sentimentos, o que não significa necessariamente que eles não tenham sido despertados. O sentimento primordial descrito é o de raiva, nunca dirigido diretamente aos pacientes, mas a situações mais genéricas em que eles estavam envolvidos.

“Primeiramente, fiquei bastante irritado por ter feito toda a viagem até Jandira e estar ali perdido à toa, mas logo em seguida a sensação que mais tomava conta de mim era um desapontamento.”

“Confesso que apesar do momento estar bacana, odiei a tarefa. Não tenho habilidades artísticas, e foi muito dificultoso para mim. Na verdade, me remontou a períodos escolares, nos quais eu sofria com esse tipo de atividade.”

Há relatos em que há a menção a afetos negativos voltados para a paciente, mas eles se dissipam no que se assemelha a uma espécie de denegação. Nesse mesmo sentido, o recurso utilizado para lidar com a frustração é uma justificativa racional, aonde parece não haver, no âmbito de uma postura profissional, espaço para o ressentimento.

“Não cheguei a ficar irritado ou decepcionado, sei que isso é comum na prática clínica e que devemos estar preparados, mas rolou uma certa chateação, não pelo paciente ou por “ter ido lá à toa”, mas sim porque a expectativa é dupla: A gente, como clínicos de primeira viagem, também cria uma expectativa e se prepara para esse

encontro, tentando conceber como será essa relação, como o paciente irá nos receber, se se estabelecerá uma boa relação, etc.”

b) Sentimentos derivados do conflito

Observou-se uma considerável predominância de sentimentos derivados do conflito na narrativa contida nos diários de campo, que foram despertados no contato com os pacientes psíquicos. Assim, há uma enxurrada de menções a sentimentos como tensão, ansiedade, apreensão, medo, impotência, culpa e tristeza. Os sentimentos que apareceram nos primeiros encontros estão mais vinculados à tensão, ansiedade, apreensão, frustração e medo de errar, o que pode dar pistas de como os estudantes chegaram para a experiência e que foi, de alguma forma, reforçado por experiências conflituosas no início dos atendimentos. Provavelmente havia ainda uma expectativa, por parte deles, de que uma fala ou interpretação (partindo deles ou de mim) pudesse magicamente amainar ou fazer desaparecer o sofrimento da usuária.

“Pois bem, a primeira impressão do primeiro momento do primeiro encontro é uma grande tensão. Um silêncio cobrindo o medo de errar, uma escuta dada a só registrar. A cada palavra de Bruna, vinha um novo encanto e uma grande aflição.”

“Eu me senti meio “sem reação”, sem saber o que dizer ou como acolher a fala daquela pessoa que me parecia tão confusa e cheia de problemas. Durante um bom tempo, ela olhou fixamente e em silêncio para um de meus colegas. Fiquei bastante tensa, me perguntando sobre o que ela pensava sobre nós, e ao mesmo tempo percebendo uma angústia profunda.”

“Senti todo mundo muito tenso, o que na minha opinião se justifica, após terem entrado em contato com um caso de psicose. A discussão se resumia mais em comentar aspectos sobre a paciente, sempre intercalados por um longo espaçamento em silêncio.”

“Nessa hora não me deu medo, mas eu apenas fiquei meio embaraçado, mais por não saber o que fazer mesmo. Mantive o contato de olhar e tentei sorrir, na esperança de que ela retribuísse, mas não. Então desviei.”

“Voltei com o pensamento meio preocupado se em algum momento demos uma impressão errada do porquê estávamos lá, mesmo tentando explicar os reais motivos, se ela iria voltar, se isso atrapalharia as suas outras atividades lá, enfim. Voltei frustrada e preocupada como ela teria enxergado toda essa situação, bem como ansiosa e apreensiva se ela voltará na próxima semana ou não. Espero que sim.”

Ao longo do processo, conforme o vínculo foi sendo construído, aumentou a menção a sentimentos de impotência, culpa e tristeza, que pareciam indicar a preocupação em desempenhar a função de terapeutas adequadamente, como se nota a seguir:

“Acho que o maior sentimento que tive ao longo dessa sessão incompleta foi de impotência. Ter contato com um caso aparentemente tão grave de psicose me fez me questionar se um dia serei capaz de, de alguma forma, acolher e ajudar pessoas assim. É como se toda a teoria que aprendemos na faculdade não valesse de nada na prática.”

“Certa sensação de impotência permaneceu em mim por praticamente toda a sessão, talvez justamente por ver uma pessoa tão fora da realidade.”

“Mesmo não sendo diretamente pra mim, aquele olhar me penetrou, fiquei “aliviada” que não fora direcionada pra mim, mas ao mesmo tempo culpada por talvez não ter passado conforto suficiente para ela ter me confiado ele.”

“Difícil falar o que veio em minha mente nesses momentos. O que era certo receio se transformou em certa angústia. A paciente não era tão inacessível como eu imaginava; tampouco agressiva. Mas a situação dela me deixou comovido e triste, enquanto tentava entender o que se passava com ela. Rolou um pouco daquela insegurança de não saber como agir. Minha vontade era fazer algumas perguntas, sobre ela, sobre a vida dela, sobre o que ela gosta e o que ela queria. Mas fiquei com medo de ser invasivo demais e botar tudo a perder na relação.”

O término dos encontros também foi mobilizador de sentimentos ambivalentes, como culpa e medo do abandono:

“A questão de semana que vem ser o último encontro teve um efeito sobre nós, como seria difícil simplesmente parar de acompanhar Bruna.”

“O fato é que me apeguei e parece um pouco de abandono simplesmente deixar de ir lá, principalmente porque vejo esse espaço como importante para a Bruna.”

“Se há algum caráter conclusivo, é o de que começo a me entender entre alguns temas recorrentes - o peso, o controle, o saber, os livros, a ansiedade, a culpa - que, nos encontros com essas duas pessoas, pareceram se encaixar de maneira sincrônica e se evidenciarem a mim.”

c) Sentimentos derivados do instinto de vida

Os sentimentos deste tipo foram observados de forma crescente, conforme a proximidade com a paciente se estreitava. O temor inicial do contato foi dando lugar à empatia e isso possibilitou a emergência de afetos construtivos, como a curiosidade de conhecer melhor a usuária, a preocupação com o seu bem-estar, a possibilidade de se emocionar com a sua história de vida e com o vínculo que se estabelecia, a felicidade com a aproximação e a gratidão. As vinhetas a seguir ilustram estes sentimentos da maneira como foram relatados pelos próprios alunos:

“De qualquer jeito, todas essas dúvidas e ponderações só aumentaram ainda mais minha curiosidade sobre o assunto e me ajudaram a desenvolver uma postura que eu percebia um pouco mais disposta ao cuidado, à escuta e ao respeito pelo outro enquanto sujeito em sofrimento, e não apenas como detentor de um delírio encantador ou poético.”

“Fui para Jandira com a curiosidade de saber como seria um segundo encontro com a Bruna. Fiquei imaginando se ela lembraria como foi na semana passada e se estaria com a mesma receptividade.”

“Fiquei bastante emocionada nesse momento, muito tocada com o vínculo de confiança que percebi que tinha se estabelecido.”

“De um modo geral, fiquei muito feliz de ver como a nossa relação com ela tinha evoluído, coisa que antes não achava que aconteceria.”

“Eu mesmo interagi bem mais com ela, a ponto de arrancar sorrisos, o que me deixou bem feliz. No momento, éramos como amigos, unidos na consecução de uma atividade.”

“Gostaria de revê-la em alguma oportunidade. E saber como ela está.”

“Da bagagem que levei a esta viagem - cada um desce do bonde como pode -, do choque dela com novos ambientes que a desconstruíam e das algumas conclusões possíveis, gratidão, leveza e início de aprendizado são sentidas em mim neste fim que não terminou.”

4.2.3. ENTREVISTA FINAL

Este momento teve como finalidade colher as impressões dos alunos sobre o estágio como um todo, com especial atenção para a experiência emocional que ali se desenrolou. Foi possibilitado a eles realizarem um balanço da vivência, quando compararam suas expectativas prévias quanto ao estágio com aquilo que encontraram ao

longo dos encontros. Além disso, falaram sobre como estavam saindo da experiência e trouxeram questionamentos sobre o futuro profissional. Notou-se, em primeiro lugar, que o contato real serviu para desmistificar, tanto o equipamento de saúde, quanto o paciente psiquiátrico. Este passou de ser bizarro ou até encantador do início da experiência, a pessoa com a qual é possível se identificar em alguns aspectos. A experiência deu a sensação aos alunos de que a teoria faz falta para compreender melhor o que se passa com o paciente e saber manejar a situação, mas ao mesmo tempo o vínculo construído foi valorizado como parte importante do cuidado oferecido.

Balanço da experiência

Categoria: Expectativas x realidade

Os estudantes referiram como a experiência impactou a forma com a qual eles concebiam o doente mental e também a sua visão do cuidado a ele oferecido. A vivência parece ter sido essencial para transformar e desmistificar suas concepções sobre estes dois aspectos, o que será exemplificado com as falas dos próprios alunos a seguir.

Subcategorias:

a) Quanto ao doente mental e à psicose

Percebeu-se que alguns conteúdos se mantiveram, mas muitos se alteraram na concepção dos alunos sobre quem é o doente mental e o que é a psicose. O recurso a explicações etiológicas, relacionadas à história de vida, e de cunho racionalizante para a loucura permaneceu:

“Eu ainda mantive aquela ideia que eu falei no começo, de histórias de vida, de temas que iam aparecendo. Principalmente quando ela falou que foi professora da Pedagogia, eu fiquei pensando como foram construídos – inclusive esse é um trabalho que eu pretendo fazer por aí – como foram construídos os delírios, de algum jeito, não sei. O que aconteceu, que eu acho que é uma tendência de tentar encontrar o marco zero, o que aconteceu ali para ela se apresentar daquele jeito.”

“[...] no caso da Bruna uma coisa que sempre me pegou foi a questão de que a todo momento e, depois da nossa reunião agora ficou um pouco mais claro, a questão que eu tinha que ela não nasceu assim desorganizada. Ela teve uma vida “normal”, entre aspas, por um tempo e ela fala muito bem e ela tem umas experiências que parece

que são bem vívidas e não são delírio e, tipo, aula e essa coisa, entendeu? [...] Então, aí vem uma coisa racional mesmo, de tentar entender o momento, um elemento que seja, que possa ter desencadeado isso, que tenha sido muito importante para ela ter se desorganizado dessa forma. E não que ir atrás desse elemento vá fazer ela se reorganizar, mas talvez seja um caminho para entender e talvez, não sei, direcionar e se aproximar mais e, não sei.”

Paralelamente, o que mais se observou foi o inverso, ou seja, que o contato com a usuária gerou uma surpreendente identificação e humanização da loucura, ainda que os momentos de desorganização da paciente marcassem uma diferenciação. Isso fica claro nos trechos a seguir:

“[...]a gente começa a ver que o paciente tem muito mais em comum com a gente do que diferente, né? A gente tem muito preconceito com ele, mas você vai tendo convívio com ele e você vai tendo um pouco de solidariedade com ele e tal, né? Você vê que essa pessoa tem queixas, essa pessoa tem desejos, tem demandas, que nem eu, sabe? Pode ser que ela esteja alucinando um pouco nisso ou em algumas coisas, mas tirando isso ela é tão humana quanto eu, sabe? Ela tem uma vida tão normal quanto eu, dentro do limite do possível.”

“[...]talvez eu estivesse com uma postura muito deslumbrada e desumanizante da loucura. No sentido de que os delírios são muito malucos e legais e interessantes e apaixonantes e não sei o que; mas e o sofrimento que está ali, sabe? E aquela pessoa que está sendo atravessada por isso, que está completamente desorganizada. Eu acho que a dimensão de ter alguém na minha frente, sofrendo, vulnerável, pedindo cuidado, mesmo que às vezes tentando negar ele, como a Bruna fazia, não sei, fez esse questionamento para mim, me colocou em xeque.”

“É que eu não sei exatamente o que eu imaginava que seria. Eu tinha um grande ponto de interrogação. Mas eu acho que talvez eu esperasse coisas mais absurdas, talvez eu esperasse ver gente rolando no chão, sei lá, mas ela tinha momentos de organização em que você podia conversar com ela. Sabe, eu acho que é isso: uma coisa que o estágio fez foi humanizar a loucura. Um louco não é um louco que está toda hora fazendo coisas absurdas. Tem uma pessoa ali. Eu acho que é isso, assim. Eu gostei muito!”

Aparentemente, a conexão com a usuária era menor quando os alunos não conseguiam se identificar com ela, como nos momentos em que o discurso delirante tomava conta da cena.

“[...]então tinha dias que eu estava extremamente cansada e aí eu chegava – e eu até contei isso nos meus relatos – e aí parecia que eu estava ouvindo ela, mas eu não estava, às vezes porque ela mesma estava delirando, assim, falando outras coisas, não estava falando nada muito sólido, muito próximo de mim e não me pegava. Aí, numa frase que ela falou parece que eu despertei e aí mudou totalmente a minha atenção durante todo o resto do processo.”

“Ah, é uma coisa que não é o que você espera do ideal, eu acho. Então dá uma quebra de expectativa, da pessoa do nada sair. Eu acho que aí entram também esses sentimentos de impotência, você fica: “Eu estou fazendo aqui o que?”. Mais nesse sentido assim.”

Mas se a paciente trazia questões ou afetos mais familiares a eles, a atenção e a conexão cresciam:

“[...] normalmente era quando ela falava algum tipo de coisa mais emocional, principalmente. Uma coisa que pegou muito em mim foi quando ela falou aquela coisa de: “Eles não me olham, eles não me cumprimentam”, sabe? Até acho que por umas áreas de investigação que eu gosto que é sobre humilhação social.”

“Acho que os sentimentos que me ajudaram é isso, de me sentir emocionada com a história dela e de compartilhar um pouco aquilo que ela sente.”

“Eu acho que eu me identifiquei algumas vezes com ela, não da mesma forma, porque a gente teve vidas diferentes, mas muitas vezes eu me identifiquei. Por exemplo, a questão do pai para ela, para mim é uma questão muito cara também. E quando ela propôs isso – eu até pus no relato – eu mesma não sabia desenhar, porque para mim é uma questão que me toca, é uma coisa minha. Então, eu não sei se o que ela trouxe ali me ajudou com questões minhas, mas me aproximou pelo menos.”

“Eu acho que, o que mais me ajudou a estar lá, foi aquela hora que ela propôs de a gente descer e desenhar. Eu acho que aquela hora eu falei: “Tá, eu estou muito confortável!”. Eu acho que eu consigo delinear vários motivos do porquê disso. Um deles é a minha ligação com a arte o outro é de a gente estar ali menos apoiado no discurso, que nela era, se eu posso falar, um instrumento muito precário, que muitas vezes.”

b) Quanto ao cuidado/manejo

Observou-se uma mudança na concepção de tratamento da doença mental, que se manifestou pelo deslocamento de uma noção de interpretação, que lhes era mais familiar até então (mais característica na clínica das neuroses), para uma noção de escuta e acolhimento do sofrimento. Principalmente no início dos atendimentos, os alunos referiram certa aflição relacionada ao despreparo – contraposto a uma exigência interna de ter que agir perante aquela situação. Também mencionaram angústia perante a impossibilidade de transpor literalmente o que aprenderam nos livros para a prática clínica, tendo que lidar com o imprevisível que se apresenta na clínica das psicoses. Esta condição inicial mobilizou sentimentos de conflito, como tensão e culpa.

“[...] eu dei o nome de crise das ideias, porque foi bem necessário. Se eu tenho esse interesse pela clínica, eu tenho que estar lá, implicado, e o processo ali vai além de qualquer pensamento, qualquer organização que você traz para lá. É muito rápido, você tem que estar lá, e eu tinha uma ideia muito segura de... fiquei bem quieto no começo, de não... precisaria falar? Fiquei bem quieto esperando a outra pessoa falar e ali não, ali é uma atividade completa de holding, de o tempo inteiro estar ali com aquela pessoa, aguentando aquilo, sustentando aquilo, por mais difícil que pareça para que algo ali se faça, se construa.”

“Além do interesse pela clínica, que eu não entendia muito bem porque e ele condensava muitas coisas e essa noção de ter que fazer alguma coisa, de saber fazer alguma coisa, ficou muito forte e eu acho que os encontros aos poucos foram me ajudando a dissolver.”

“Então, é lógico, tem o despreparo também, eu estava lá no meio, jogado, tinha você conduzindo, tinha outras pessoas, mas é o susto, né? É normal. Ela foi falando rápido várias coisas e: “Não é isso? Você não acha isso?”. Aí ela sai da sala e depois volta e você fala: “Caramba, o que eu faço agora, o que eu respondo?”. Acho que é normal o despreparo. No começo eu fiquei... acho que entrou no ciclo de culpa, de que eu deveria saber, devia saber fazer, devia fazer alguma coisa, daí depois eu fui entendendo que a própria condição de não fazer e ir com ela ali fazer já entenderia e ajudaria muito mais do que ter algo preparado para responder e conduzir.”

“[...]antes eu estava mais defendido, eu estava mais antecipando algumas coisas, mas ali eu estava sem nada ali. Ela estava falando e eu não podia pegar o livro, abrir e falar: “Está aqui”, ou pôr na frente e ler, sabe? Não tinha essa, não tinha.”

“É... não sei, por fora eu ficava muito calmo assim, aparentemente estava tudo bem, mas muito ansioso por dentro mesmo, de: ‘E agora, o que é que eu faço, o que eu leio’... o que eu leio principalmente. Nossa, os livros sempre presentes: ‘O que eu leio, o que eu preparo para a próxima’. Um jeito de antecipar, uma ansiedade antecipatória, “O que é que vai ser feito, o que eu faço para não ficar perdido de novo?”.”

A ideia de um tratamento que remetesse à cura como remissão dos sintomas também foi sendo transformada ao longo dos encontros – e conforme o vínculo com a paciente se estabelecia – por uma noção de que o contato afetivo e a escuta qualificadatêm em si efeito terapêutico e transformador. Os estudantes revelaram que antes carregavam consigo imagens dos atendimentos ligadas a uma relação hierárquica e de neutralidade por parte do analista.

“[...]eu tinha a impressão muito de uma relação mais de hierarquia, do tipo: “Ah, eu estou lá como psicólogo e ele é o meu paciente e ele vai me contar tudo e eu não posso falar nada da minha vida pessoal e eu não posso me deixar”. Eu tinha muito isso na cabeça, de não me deixar afetar por isso, porque vai ser ruim para a minha saúde

emocional, sabe? Mas no fundo eu acho que eu percebi ao longo dos encontros que, pelo contrário, eu tenho que me deixar levar um pouco pelos meus sentimentos para me deixar envolver e para ajudar a pessoa. E, enfim, para criar esse vínculo, não tem como eu não me envolver um pouco também.”

“E eu imaginava uma coisa mais neutra da nossa parte e também não imaginava que o contato com ela fosse me afetar tanto. De me sentir bem tocada mesmo pela pessoa que estava lá. Eu achava que seria uma coisa mais distante, sabe? E isso eu vejo assim como uma coisa boa.”

“A gente é psicólogo, eu acho que ser frio, eu acho que deve ter momento que até cabe, mas eu acho que essa coisa da empatia eu fico pensando que se eu estivesse no lugar dela eu não gostaria que uma pessoa só me tratasse como uma doente e ponto, sabe?”

Na vivência, depararam-se com formas de cuidado diferentes de suas expectativas, como uma maior abertura para o acontecer clínico e a mediação do contato pela atividade de desenho, da qual todos participaram de maneira mais horizontalizada. Reconheceram em suas observações e na evolução do vínculo com a paciente o potencial terapêutico deste tipo de abordagem.

“Foi interessante ver um outro tipo de abordagem um pouco mais esperando a pessoa falar, a pessoa ter um momento dela e tal. E foi interessante também o elemento que a Bruna trouxe na questão da arte, de fazer o desenho, porque eu também ficava curiosa, quando passaram os estágios, de fazer a oficina e, de um certo modo, a gente acabou tendo os dois. Eu acho que foi muito bom.”

“Acho que uma coisa que... parece que esclareceu para mim mais as coisas. Assim, por exemplo, aquela coisa do desenho que a gente fez. E eu não tinha muita ideia, eu sempre pensava: “Mas como que só um desenho, como que isso pode ajudar alguma coisa?” E de ver como que alterou o comportamento da Bruna eu achei muito legal, este tipo de coisa, assim, eu achei bem legal.”

“[...]eu achei bem legal, eu não imaginava que, justamente isso, essas atividades de arte, eu não imaginava que era uma coisa tão... como eu posso dizer, tão significativa para as pessoas lá e para a gente mesmo, e o vínculo que a gente acabou criando, sabe? Isso eu não imaginava que fosse acontecer.”

“E nisso a gente vai se identificando um pouco com o paciente e vai tranquilizando a gente, conforme a gente vai se situando dentro do caso do paciente, a gente vai ficando mais inteiro, tanto dentro do próprio consultório mesmo. E isso ajuda bastante na hora de se inteirar sobre o caso, na hora de perguntar alguma coisa, na hora de interagir e na hora de compreender mesmo ele.”

“No entanto que eu acho que foi uma experiência legal, não só para mim, mas para a paciente mesmo. Deu para ver que parecia ser um momento importante para ela. Por mais que uma semana ou outra ela

estivesse um pouco diferente, eu acho que foi uma coisa bacana para ela e foi um momento importante.”

Categoria: Como o estudante sai desta experiência

Os alunos relataram que a experiência do estágio foi fundamental, pois proporcionou um primeiro contato com a prática clínica, a partir de uma auto-observação no lugar de terapeutas, o que permitiu levantar questionamentos sobre o futuro profissional. A posição de estagiários da disciplina mostrou necessária para que eles pudessem se colocar no lugar, de uma maneira um pouco mais protegida, do psicólogo clínico, e deixassem vir à tona seus medos e anseios a este respeito. Revelou-se uma sensação de incipiência, no âmbito da graduação, de espaços que possibilitem este tipo de vivência.

“Acho que mais de agradecer mesmo a oportunidade, acho que é fundamental na graduação. Essa experiência que eu tenho aqui, que junta com essas histórias minhas. E para quem quer ir para a clínica tem o que? ‘Psicopato 1’ e ‘Psicopato 2’, né? É pouco recurso, né? É pouco para começar a atender mesmo, né? Então é fundamental ter esse amparo e esse encaminhamento de quem já está lá de alguma maneira. Vão te jogar lá solto e vai ser pior ainda, porque você vai ter que passar por mil coisas que você já poderia de alguma maneira ter trabalhado, as suas questões próprias, as da matéria e tudo.”

O contato com a loucura provocou reflexões sobre o desejo e a vocação deles para o trabalho com casos graves, como a psicose. Alguns estudantes ficaram com dúvidas se tinham capacidade para lidar com o sofrimento intenso, devido ao impacto da experiência sobre si; outros comentaram que o estágio os motivou ainda mais para vir a trabalhar futuramente nos campos da saúde mental e da saúde pública. Assim, a vivência permitiu checar se o interesse inicial que todos carregavam desde o início e que havia motivado a matrícula na disciplina teria potencial para se transformar em uma escolha profissional futura.

“Foi uma questão que ficou eu acho para mim também, se eu tenho estrutura, sabe, para lidar com isso. Porque eu fico pensando, poxa, a gente atendeu uma pessoa, uma vez por semana, imagino ver o tempo todo, estar o tempo todo em contato. Eu não sei se eu trabalharia com isso no futuro, mas eu achei legal.”

“Então o estágio me deu a certeza de que eu quero ficar, eu quero trabalhar em equipamentos públicos de saúde mental, pode ser de saúde como um todo, mas de saúde mental seria bem interessante.”

“O estágio foi muito bom, eu gostei muito. Eu estou estudando um pouco da área de neurose e psicose e estou gostando bastante. É uma área que eu pretendo continuar estudando e seguir e eu acho que como primeira experiência foi muito válido, muito válido esse estágio.”

Eles também vislumbraram questões mais gerais da prática clínica, como ter que lidar com a imprevisibilidade e a própria frustração. Consideraram que o estágio ‘abriu portas’ ao promover uma amostra do que é ser psicólogo.

“[...]o que eu posso falar que mudou talvez, acho que foi mais um amadurecimento no sentido de viver os atendimentos. Então como se dá isso, o processo, lidar com essas faltas, tipo hoje, tipo com a questão da Lúcia, que foi bem no início, que foi bem impactante para mim. Eu particularmente sou uma pessoa muito organizada e com alguns rituais diários, então lidar com uma falta sem justificativa, assim, aleatória, eu acho que trouxe para mim uma experiência bem importante, ainda mais nesse campo, mas não só nele. Eu acho que na profissão de psicólogo como um todo a gente, assim como em várias profissões, a gente tem que estar preparado para essas questões que não estão previstas e eu acho que trabalhando com pacientes mais graves acho que mais ainda. Então, eu acho que foi mais nisso que me ajudou a entender. Além da dinâmica também, porque eu nunca tinha feito um atendimento, não dessa forma.”

“[...]para mim foi muito rico e às vezes eu conseguia falar. Então acho que essa experiência marca no sentido de que foi uma porta, sabe? Eu sinto que se eu for atender outra pessoa agora eu já tenho outra mentalidade, outra cabeça, porque essa experiência me acrescentou, entende? [...]Então no sentido de saber lidar, de dar o espaço, por exemplo nessa questão da arte, que para eles parece muito importante, talvez eu não tivesse tido essa ideia e ela teve, foi uma sacada dela incrível e deu certo. Então talvez numa outra oportunidade eu possa explorar isso também, por que não? Então, foi isso.”

5. DISCUSSÃO

Pudemos perceber, através da análise das entrevistas e dos diários de campo, que a vivência do estágio curricular em psicopatologia mobilizou nos alunos incontáveis questões e afetos. A experiência emocional envolveu conteúdos que foram despertados no contato concreto com a psicose e, de forma mais ampla, provocou uma série de reflexões acerca da formação profissional.

Inicialmente, em suas expectativas de entrar em contato com a loucura, os estudantes situavam o doente mental como um estranho a ser desvendado, como alguém distante, com o qual julgavam ter muito pouco em comum. Caracterizaram-no como alguém que não se inscreve no mundo compartilhado da linguagem e cuja essência se perdeu. Frente a esta ideia de não familiaridade e de falta, uma das maneiras utilizadas para definir o louco foi o uso do senso comum. Moscovici (2003), afirma que a aceitação de alguns fatos sem discussão, pelo fato deles se relacionarem a definições partilhadas pelos membros de uma comunidade, é uma das formas encontradas de responder a perguntas, utilizando aquilo que está visível e que faz parte de nosso sistema perceptivo e cognitivo. Caracteriza-se, portanto, por ser um contato mais superficial com o objeto de investigação.

Outra forma por eles encontrada foi o uso de representações sociais baseadas em um discurso intelectualizado, teórico. Este recurso indica certo afastamento da questão da loucura, para possibilitar um contato ‘controlado’. Faz supor uma forma de proteção contra aquilo que ela provoca no estudante, que seria a ameaça de um mergulho nas agonias impensáveis. Segundo Aiello-Vaisberg (1999), a simples lembrança da possibilidade de perda do contato com a realidade já é algo assustador; pensar nisso como uma situação persistente é aterrorizante. A tendência é a de se querer esquecer que isso pode acontecer. Uma forma de fazê-lo é adotar uma postura defensiva e considerar o enlouquecimento como algo alheio, que pode ser tomado como um objeto de estudo como qualquer outro.

A autora ainda afirma que existem duas formas de vinculação com a atividade representacional. A primeira delas é um modo dissociado, uma defesa desequilibrada, que, ao proteger o sujeito, promove um afastamento daquilo que é vivo e humano; a

outra forma, mais solta e flexível, corresponde ao uso da representação enquanto objeto, no sentido winnicottiano do termo, e consiste na aceitação da impossibilidade de um acesso imediato ao real, sem uma dissociação do pensamento, sentimento e vida (AIELLO-VAISBERG, 1999).

Notamos, portanto, que antes da realização do estágio havia o predomínio do primeiro tipo de vinculação com a atividade representacional como única forma possível de contato com a loucura. No final da vivência, este mecanismo defensivo ainda se manteve, através de um discurso que ainda buscava os ‘porquês’ da doença mental e também através da sensação de que a teoria fez falta para compreender e manejar o fenômeno. Mas a vivência abriu espaço para o surgimento de outras possibilidades representacionais acerca da loucura, que em geral estiveram associadas a uma maior identificação do aluno com o doente mental e ao desenvolvimento de um senso crítico mais apurado.

Também foram utilizadas por eles representações sociais relacionadas tanto ao modelo asilar quanto ao modelo psicossocial. Ambas serviram para eles explicarem sua concepção da doença mental e do equipamento de saúde onde os atendimentos aconteceriam. Em relação ao modelo asilar, praticamente todos os alunos se surpreenderam com o fato do CAPS ser sediado em uma casa e mencionaram isso em seus diários de campo como algo notável. Percebe-se, portanto, que ainda é muito forte a influência deste modelo – construída ao longo de séculos de história – no imaginário estudantil. Este é também um indicativo de certo desconhecimento em geral acerca das políticas públicas atuais de saúde mental e de sua lógica territorial.

Mas não se pode ignorar a existência de elementos do modelo psicossocial no discurso dos estudantes. Ele apareceu de maneira mais tímida nas entrevistas iniciais (manifestou-se principalmente na fala de uma aluna que realizava estágio em UBS na mesma época em que se deu a pesquisa) e foi crescendo à medida que o contato com o CAPS e com as pacientes se intensificava. Observou-se que o que foi se construindo não era mais um discurso superficial, de reprodução, a partir de falas esvaziadas e prontas. Contrariamente, seu conteúdo refletia agora a constatação de novos sentidos que se revelavam para eles: a possibilidade de um contato humanizado, que enxerga o sujeito para além da doença, que busca desmitificar estigmas. Estas proposições dos

alunos estão em total consonância com as colocações de Devera e Costa-rosa (2007) sobre o modelo psicossocial.

Foi bela a narrativa do estudante que, certo dia, ao cumprimentar um homem no CAPS, não conseguia distinguir se ele era um usuário ou trabalhador do serviço. Por um instante teve a sensação de que o homem tivera a mesma dúvida sobre ele. A conclusão que tirou foi a de que não havia diferenças marcantes entre ele e os frequentadores do serviço de saúde mental. A riqueza deste relato está no fato da aprendizagem ter se dado pela vivência concreta – e não por uma experiência meramente intelectual descritiva –, através da possibilidade do aluno, por alguns instantes, ‘vestir a pele’ de uma pessoa com transtornos mentais.

Os alunos puderam, assim, se aproximar daquilo que fundamenta a loucura de um modo mais efetivo, não enfatizando mais apenas aquilo que supostamente distancia as psicoses de outras estruturas clínicas. Parece que, após a experiência de estágio, as questões essenciais a qualquer sujeito, independentemente de seu diagnóstico clínico, começaram a emergir na fala e escrita dos alunos de maneira mais evidente, aproximando vários aspectos da psicopatologia das psicoses da suposta “normalidade”. É incomparável o valor de um aprendizado deste tipo em relação àquele que se extrai dos livros (ainda que este tenha inquestionável valor).

Neste sentido, Aiello-Vaisberg (1999) coloca que o ponto mais importante da aprendizagem da psicopatologia não consiste na aquisição de construções discursivo-conceituais organizadas, mas sim na transformação das representações sociais sobre a loucura. Ela acrescenta que se estas últimas não forem objeto de consideração, tanto no sentido de sua identificação, quanto no da captação de sua lógica emocional, o trabalho didático não ultrapassará uma elaboração meramente intelectualizada, de utilidade clínica duvidosa (AIELLO-VAISBERG, 1999).

O contato com o CAPS revelou não apenas as potencialidades do modelo psicossocial, mas também suas vicissitudes. Em relação ao serviço, os alunos levantaram problemas como a falta de alguns recursos básicos (equipe reduzida e ausência de um espaço de supervisão clínica e institucional); sobre a rede de atenção, foram impactados pela escassez de equipamentos na região e pelas questões micro e macropolíticas envolvidas na gestão. Isso lhes deu uma dimensão não idealizada – e também não intelectualizada –, mais abrangente, sobre o modo de funcionamento do

dispositivo, o que contribui para uma futura escolha profissional mais consciente. De um modo geral, parece haver um longo caminho a percorrer para que o modelo psicossocial se consolide integralmente como política pública em sua prática. Seja pelo conflito ainda existente entre este modelo e o asilar e médico-centrado, defendido por boa parte dos profissionais da rede; seja pelo sub-financiamento do SUS e do modelo psicossocial.

Ainda assim, a experiência do estágio parece ter estimulado nos estudantes a elaboração de propostas, de modo mais ativo e crítico, de mudanças no serviço; gerou um sentimento de protagonismo em relação à RAPS, no sentido de fazer do louco um cidadão e de buscar inseri-lo no laço social. As críticas e reflexões tecidas pelos alunos colocam-nos na posição de potenciais futuros agentes da efetivação do modelo psicossocial.

No princípio dos atendimentos, o choque de realidade do contato com a psicose acarretou emergência de sentimentos derivados do instinto de morte (principalmente a raiva) e do conflito. Com relação aos primeiros, considerou-se que sua baixa ocorrência no discurso dos alunos não significa que não tenham sido despertados, pois como vimos anteriormente no capítulo sobre a psicose, pacientes com este quadro psicopatológico apresentam ansiedades e mecanismos de defesa muito primitivos, como o *splitting* e a identificação projetiva, sendo praticamente impossível não ser afetado de alguma forma pelo contato com eles. Não à toa, Winnicott (1947/2000), no célebre artigo ‘O Ódio na Contratransferência’ afirma que: “O manejo de um psicótico é inevitavelmente irritante” (p.277).

Assim, podemos depreender que essa espécie de ‘subnotificação’ (e aqui se pede a licença poética para o uso do termo, mais utilizado na saúde pública) dos sentimentos derivados do instinto de morte pode estar relacionada com o caráter primitivo destes afetos, que têm sua emergência através da comunicação inconsciente e não verbal estabelecida entre o aluno e a paciente. Este contato desperta no estudante seus aspectos também primitivos e pré-verbais, que são sentidos inicialmente num registro não intelectual. O desconhecimento do fenômeno da contratransferência pode fazer com que estes sentimentos passem despercebidos pelo aluno e não sejam compreendidos como elemento do encontro terapêutico, mas apenas como incômodos seus. Soma-se a

isso uma provável dificuldade de assumir a ocorrência de afetos negativos, pois eles são tidos como pouco nobres e não profissionais.

Sobre os aspectos contratransferenciais do vínculo, os estudantes relataram que nos momentos em que a paciente trazia conteúdos muito desorganizados ou com os quais eles não conseguiam (ou não podiam) se identificar, sua atenção lhes escapava e eles ‘viajavam’ para outros lugares. Era, portanto, difícil sustentar o contato em situações em que a loucura – e a ameaça de desagregação que ela trazia junto consigo – aproximava-se demais. O recurso encontrado para lidar com esta angústia foi, novamente, o distanciamento.

Inversamente, quando ela fazia coisas ou expressava afetos que remetiam às histórias de vida deles com os quais eles empatizavam de alguma maneira, seu interesse por ela aumentava. Normalmente, estes afetos que atraíam a sua atenção estavam relacionados a verbalizações mais objetivas da paciente sobre a sua condição e aos seus momentos de maior organização. Essas situações pareciam causar alívio e representavam uma espécie de ‘oásis’, um refúgio para o aconchego e para a emergência da espontaneidade e da criatividade. Também eram esses os momentos nos quais a esperança no potencial terapêutico dos atendimentos se fortalecia.

Em relação aos sentimentos derivados do conflito despertados, como a tensão e o medo, estes vinham acompanhados por sensações de incapacidade e impotência. Através de algumas falas dos alunos, podemos supor que, até então, seu referencial de manejo era a psicanálise tradicional, que se presta principalmente ao tratamento das neuroses e é centrada em conceitos como a associação livre, a atenção flutuante e a interpretação de conteúdos reprimidos. Uma vez que os alunos não se sentiam aptos a aplicar esta técnica e, além disso, ela não parecia aplacar tamanha desorganização da paciente, o que lhes restava era sentir angústia. Angústia por entrar em contato com sentimentos tão primitivos e caóticos, que remetiam às suas próprias mazelas; e angústia por, colocados em uma situação de aprendizes de psicólogo, não conseguirem encontrar ferramentas para lidar com aquela situação como imaginavam ser deles esperado.

Com o desenrolar dos atendimentos – os encontros inspirados nas consultas terapêuticas –, os estudantes tiveram acesso a uma nova modalidade de intervenção. O jogo do rabisco, ferramenta criada por Winnicott e utilizada no manejo com seus

pacientes, ajuda a ilustrar a forma como qual esta nova possibilidade lhes foi apresentada. Vejamos as instruções deste jogo, segundo o próprio autor:

“Vamos jogar alguma coisa. Sei o que gostaria de jogar e vou lhe mostrar.” Há uma mesa entre a criança e eu, com papel e dois lápis. Primeiro apanho um pouco de papel e rasgo as folhas ao meio, dando a impressão de que o que estamos fazendo não é freneticamente importante, e então começo a explicar. Digo: “Este jogo que gosto de jogar não tem regras. Pego apenas o meu lápis e faço assim...” e provavelmente aperto os olhos e faço um rabisco às cegas. Prossigo com a explicação e digo: Mostre-me se se parece com alguma coisa a você ou se pode transformá-lo em algo; depois faça o mesmo comigo e verei se posso fazer algo com o seu rabisco (WINNICOTT, 1968/1994, p. 232).

Este foi o tom das consultas: a ideia era ‘jogar um jogo’ com a paciente, no qual a única proposta, o “sei o que gostaria de jogar”, era que nos disporíamos a estar ali, semanalmente, durante um tempo determinado, para conhecê-la e escutá-la. O que dali deviria, dependeria do intercâmbio que este jogo nos interpusesse. A flexibilidade contida nessa modalidade permitiu que jogássemos de acordo com as necessidades de Bruna e abriu entre nós um espaço transicional, onde coube a ela propor seus próprios rabiscos. Estes foram a saída da sala de atendimento tradicional para a oficina na área externa da casa e as atividades de desenho que ela criou para fazermos juntos.

Esta proposta fez com que os alunos ocupassem um novo lugar nos atendimentos que, diferentemente do que eles imaginavam previamente, não era hierarquizado e nem envolvia neutralidade. O estabelecimento de um contato mais espontâneo de ambos os lados foi aos poucos trazendo a noção de que o processo terapêutico envolvia, mais do que a interpretação, o acolhimento e a escuta. E isso eles já se sentiam capacitados a oferecer, o que aliviou a sensação de impotência e de frustração. Hospitalidade foi uma palavra utilizada por eles para descrever o ambiente (suficientemente bom) criado por eles para receber a usuária.

Neste contexto, sentimentos mais primitivos, como os derivados do instinto de morte e do conflito, foram cedendo lugar a sentimentos decorrentes de um maior amadurecimento pessoal, derivados do instinto de vida, como a curiosidade de conhecer melhor a usuária, a preocupação com o seu bem-estar, a possibilidade de se emocionar com a sua história de vida e com o vínculo que se estabelecia, a felicidade com a aproximação e a gratidão. Paralelamente, os estudantes sentiam-se cada vez mais confiantes e se tornavam mais participativos no processo das consultas.

A experiência de atendimento e construção de vínculo com uma paciente psicótica foi crucial para que eles conseguissem se projetar no futuro e vislumbrassem caminhos profissionais. O estágio, mesmo que não os isentasse do surgimento de ansiedades, possibilitou este ensaio do papel de psicólogo, que aconteceu em uma cena protegida pela figura do monitor e da própria posição de estagiários da disciplina. Os alunos puderam, como em um jogo de 'faz-de-conta', brincar com a ideia de serem psicólogos que trabalham em uma instituição de saúde mental, colocando-se no lugar de terapeutas para depois voltarem à posição de estudantes. E este trânsito de um papel ao outro fez com que conseguissem sobrepor suas fantasias e desejos à realidade encontrada na experiência. Não à toa, todos referiram ser esta vivência muito marcante em suas vidas, de forma que servirá de substrato para uma futura escolha profissional.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As transformações conquistadas com a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial refletiram em uma ampliação dos serviços de saúde de base territorial, o que gerou maiores oportunidades de atuação para profissionais de saúde mental, estando o psicólogo aí incluído. Este dado parece se refletir num crescente interesse dos estudantes de graduação pelos campos da saúde mental e da saúde pública. Esta nova realidade demanda das universidades uma revisão da grade curricular e também a atualização quanto ao modelo didático oferecido na disciplina de psicopatologia que, conforme vimos, ainda carrega resquícios de uma concepção médico-descritiva.

Neste sentido, o APOIAR (IPUSP) vem empenhando esforços para a efetivação de uma formação acadêmica que valorize os processos subjetivos envolvidos no ensino da psicopatologia, em consonância com o pensamento de Aiello-Vaisberg (1999); Tardivo, Salles e Gabriel Filho (2013); Serpa Junior et al. (2007); Fernandes et al. (2015); Cardoso (2004); e Bleger (1984). Entende-se que é necessário superar a primazia do modelo médico-centrado, uma vez que ele em nada contribui com a prática profissional futura.

O estágio curricular é compreendido como lugar privilegiado para a concretização deste olhar que toma a subjetividade como peça central do processo de ensino-aprendizagem. A vivência permite que o aluno estabeleça um primeiro contato, de maneira protegida, com a clínica das psicoses, no qual ele tocará em e será tocado por diversas questões. Considera-se que a atividade deve levar em conta não apenas a subjetividade do paciente atendido –ou seria ele tomado como mero objeto de estudo – mas também a experiência emocional do aluno, compreendido como um dos agentes do processo.

O percurso traçado neste trabalho permite concluir que a vivência do estágio na disciplina de psicopatologia deixa marcas profundas nos estudantes de graduação, constituindo uma experiência emocional impactante, que servirá como substrato para a escolha profissional. O atendimento de casos de graves patologias, no contexto do estágio supervisionado, possibilita ao aluno se transportar para o passado e entrar

contato com seus próprios afetos e ansiedades primitivos; e, ao mesmo tempo, projetar-se para o futuro (não tão distante assim), no qual ele pode começar a visualizar caminhos profissionais. Isso só é possível através de um encontro presente e real do aluno com o paciente acompanhado e com o modelo de atenção que o cerca.

Como pudemos observar através dos relatos, inúmeras questões foram despertadas a partir desta experiência de contato, que fornecem um material valioso sobre o que é assimilado pelos estudantes e sobre quais reflexões e associações eles conseguem produzir. Se há concordância de que o ensino tem muito a ganhar se não se restringir a um caráter meramente descritivo dos processos psicopatológicos, não podemos desconsiderar o enorme valor do estágio curricular como importante ferramenta de transmissão de conhecimentos voltados para a construção de representações humanizantes da loucura. Ignorar os impactos sobre o estudante seria desperdiçar um material valioso, que pode ser utilizado para potencializar o processo de ensino-aprendizagem.

Além disso, como pudemos observar através dos relatos contidos nas entrevistas e diários de campo, o estágio desencadeia uma série de questionamentos quanto à futura prática profissional, que acabam não encontrando um continente, ou seja, um destino para onde estes temas possam ser endereçados, no âmbito acadêmico. Sugere-se que a sala de aula e a supervisão clínica dos atendimentos funcionem como espaços de escuta e reflexão destes conteúdos, de maneira a favorecer a construção de conhecimentos pautados na experiência e que criem novos sentidos para os estudantes.

REFERÊNCIAS

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. *Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia*. 1999. Tese (Livre Docência). Universidade de São Paulo, São Paulo.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J.; LOUSADA-MACHADO, M.C. Transicionalidade e ensino de psicopatologia: pensando aulas práticas com Winnicott. *Passages de Paris*, Paris, v. 1, p.176-185, 2005.

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas. In: *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. AMARANTE, P. (org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, 202p.

AMARANTE, P. (Coord.). *Loucos Pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 136p.

ASSUMPÇÃO JR., F (Coord.). *Psicopatologia: aspectos clínicos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, 150p.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed. 70, 1977.

BIRMAN, J.; COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. AMARANTE, P. (org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, 202p.

BLEGER, J. *Psico-higiene e Psicologia Institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984, 138 p.

BRASIL. Resolução nº 8, de 7 de maio de 2004, Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia. Diário Oficial da União. Brasília: Conselho Nacional de Educação. Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/rces004_08.pdf. Acesso em 04 jun. 2015.

BRASIL. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GMnº 154, Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, de 24 de janeiro de 2008. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf> Acesso em 01 mai. 2015.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. *Institui as 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 no. 5, de 15 de março de 2011. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12991>. Acesso em 26 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, 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), de 23 de dezembro de 2011. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em 10 mai. 2015.

BRASIL. Conheça a RAPS: Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Portal da Saúde. Brasília. 2016. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/>>. Acesso em 20 fev. 2016.

CARDOSO, M.A. Ensino-aprendizagem de psicopatologia: um projeto coletivo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, 153p.

COCIUFFO, T. *Encontro marcado com a loucura: ensinando e aprendendo psicopatologia*. São Paulo: LUC, 2007, 103p.

COCIUFFO, T. O ensino de Psicopatologia no cotidiano das ruas de São Paulo: um relato de experiência. *Psicologia Revista*, São Paulo, vol. 22, n.2, p. 251-260, 2013.

CROWCROFT, A. *O psicótico – compreensão da loucura*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971, 227 p.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, vol. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, São Paulo, vol. 6, n. 1, p.60-79, 2007.

DIAS, E.O. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003, 344p.

FERNANDES, M.A.; ZERBINATI, J.P.; CANTARES, T.S.; GERMANO, G.S. 138 Monitoria no ensino das paixões: acolhimento ao aluno no primeiro contato com a psicopatologia. *Analytica*: São João Del-Rei, v. 4, n. 6, p. 138-150, jan.-jun. 2015.

FIGUEIREDO, E.N. *A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão, 2012. 12 p.

FISHER, P.H.; NOLAN, S.A.; GALAZYN, M. *Abnormal psychology*. Oxford: Oxford, 2015.

FREITAS, D.C.; CAUTELLA JR, W.; TARDIVO, L.S.L.P.C. Encontros terapêuticos em hospital psiquiátrico: relato de experiências. In: TARDIVO, L.S.P.C.; GIL, C.A. (Org.), *Novas Propostas em Psicologia Clínica*. São Paulo: Sarvier, 2008, p. 333-346.

FREUD, S. (1894) As neuroses de defesa. In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1911) Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides). In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1919) Sobre o ensino da Psicanálise nas Universidades. In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1924) Neurose e psicose. In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____ (1924) A perda da realidade na neurose e na psicose. In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

FRIEDMAN, S.H; HALL, R. C.W. Using Star Wars' supporting characters to teach about psychopathology. *Australasian Psychiatry*. v. 23, n. 4, p. 432-434, 2015.

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

GEETS, C. *Melanie Klein*. São Paulo: Melhoramentos, Ed. da Universidade de São Paulo, 1977, 140 p.

GIL, C.; TARDIVO, L.S.P.C. Concepção de doença mental em estudantes de graduação em Psicologia: um estudo compreensivo por meio de desenhos temáticos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*. v. 15, n. 2, p. 114-120, jul.-dez. 2007.

HANKIR, A. ET AL. Cinematherapy and film as an educational tool in undergraduate psychiatry teaching: A case report and review of the literature. *Psychiatria Danubina*, Croácia v. 27, n. 1, p. 136-142, 2015.

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Disciplina: PSC5122 - Introdução à Psicopatologia. Disponível em <<https://uspdigital.usp.br/jupiterweb/obterDisciplina?sgldis=PSC5122&verdis=1>> Acesso em 05 de mai. 2015.

JORNADA APOIAR, 12, 2014. São Paulo. *A Clínica Social – Propostas, Pesquisas e Intervenções*. São Paulo, IP/USP, 2014. 872 p.

KLEIN, M. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. In: *Inveja e Gratidão*. Rio de Janeiro: Imago, 1991, p. 17-43.

LABATE, C.G., Oficinas psicoterapêuticas com pacientes psiquiátricos. In: TARDIVO, L.S.P.C.; GIL, C.A. (Org.), *Novas Propostas em Psicologia Clínica*. São Paulo: Sarvier, 2008, p. 354-365.

LESCOVAR, G.Z. As consultas terapêuticas e a psicanálise de D. W. Winnicott. *Estud. psicol. (Campinas)*, Campinas, v. 21, n. 2, p. 43-61, Ago. 2004.

LUZ, M.T. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental. In: *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. AMARANTE, P. (org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, 202p.

MACEDO, J.P.; DIMENSTEIN, M. Formação do psicólogo para a saúde mental: a psicologia piauiense em análise. *Interface*, Botucatu, vol. 15, n. 39, p. 1145-1158, 2011.

MATOS, A.C. Transferência e Nova Relação na Psicose. *Psilogos*, Lisboa, v. 2, n. 1, p. 83-90, jul. 2005.

MAZZOLINI, B.P.M. Rabiscando para ser: do si mesmo para o papel. *Imaginario*, São Paulo, v. 13, n. 14, jun. 2007.

MELO, S.L. *Psicologia e Profissão em São Paulo*. Ática: São Paulo, 1983, 152 p.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais – investigação em psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 2003, 404p.

PAULO, M.S.L.L., TURNA, W.T., TARDIVO, L.S.L.P.C. Consultas terapêuticas como possibilidade de abordagem clínica no hospital psiquiátrico. In: TARDIVO, L.S.P.C.; GIL, C.A. (Org.), *Novas Propostas em Psicologia Clínica*. São Paulo: Sarvier, 2008, p. 317-332.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Estratégia Saúde da Família – ESF. Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/esf/>. Acesso em 01 mai. 2015.

RAHMAN, R.O.; ZEGLIN, R.J. Holy psychopathology Batman: The pedagogical use of comic books in the teaching of abnormal psychology. *Psychology Teaching Review*, v. 20, n.1, p. 61-67, 2014.

RAMCHANDANI, D. The downside of Teaching Psychopathology with film. *Academic Psychiatry*, v. 36, n. 2, p. 155-156, mar.-abr. 2012.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, 874 p.

SER E FAZER, Enquadres Clínicos Diferenciados. São Paulo. Disponível em: <<http://serefazer.psc.br/about/>>. Acesso em 20 fev. 2016.

SERPA JUNIOR, O. D. et al. A inclusão da subjetividade no ensino da Psicopatologia. *Interface*, Botucatu, vol.11, n. 11, p. 207-222, 2007.

SILVA FILHO, J.F. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, S.A.; COSTA, N.R. (Orgs.). *Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 75-102.

SIMON, R. *Introdução à psicanálise: Melanie Klein*. São Paulo: EPU, 1986, 135 p.

STRUCHINER, M.; RAMOS, P.; SERPA JUNIOR, O.D. Desenvolvimento e implementação de um ambiente virtual de aprendizagem na área da saúde: uma experiência de pesquisa baseada em design. *Interface*, Botucatu, Epub Fev. 23, 2016. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0676>

TARDIVO, L.S.P.C. Psicodiagnóstico interventivo: uma proposta de ensino em Atendimento Clínico. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, São Paulo, v.15, n.2, p. 128-134, jul.-dez., 2007.

_____ 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*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008, p.287-305.

_____ O projeto APOIAR e o Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social: relato de uma trajetória. In: TARDIVO, L.S.P.C.; GIL, C.A. (Org.), *Novas Propostas em Psicologia Clínica*. São Paulo: Sarvier, 2008, p. 1-8.

TARDIVO, L.S.P.C.; GIL, C.A. (Org.). APOIAR: *Novas Propostas em Psicologia Clínica*. São Paulo: Sarvier, 2008.

TARDIVO, L.S.P.C.; SALLES, R.J.; GABRIEL FILHO, L. Uma proposta de formação do psicólogo em saúde mental: ensino, pesquisa e intervenção. *Educação, Sociedade e Culturas*. Porto, n. 39, p. 79-99, 2013.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde*. Rio de Janeiro, vol.9, n.1, p. 25-59, 2002.

TOBIA ET AL. The Horror!: A Creative Framework for Teaching Psychopathology Via Metaphorical Analyses of Horror Films. *Academic Psychiatry*, v. 37, n. 2, p. 131-136, mar.-abr.2013.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, Instituto de Psicologia, Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social. São Paulo, 2016. Disponível em: http://www.ip.usp.br/psiclin/index.php?option=com_content&view=article&id=2496%3Alaboratorio-de-saude-mental-e-psicologia-clinica-social&catid=379&lang=pt. Acesso em 03 mar. 2016.

VALENTE, J.Y.; SANTOS, M.R.; GALVANI, T. Experiências contratransferenciais de estudantes. In: ZASLAVSKY, J.; SANTOS, M.J.P. (Org.). *Contratransferência: teoria e prática clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2006, 336 p.

VANDENBOS, G.R.; MEIDENBAUER, E.; FRANCK-MCNEIL, J. *The Psychotherapy Teaching Guide*. Estados Unidos: American Psychological Association (APA), 2016, 108 p.

WINNICOTT, D.W. (1947). O Ódio na Contratransferência. In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 277-287.

_____ (1952). Psicose e cuidados Maternos. In: *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 305-315.

_____ (1960). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 38-54.

_____ (1963). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983, p. 79-87.

_____ (1963) O medo do Colapso (Breakdown). In: *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 1994, 460 p.

_____ (1968). O jogo do rabisco. In: Winnicott, Claire. Et al. (Org.) *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1994.

_____ *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990, 222 p.

ZAPPITELLI, M.C; GONÇALVES, E.C.; MOSCA, I. Panorama da Saúde Mental no Estado de São Paulo: leitos psiquiátricos e assistência extra-hospitalar. *Revista de administração em saúde*, São Paulo, v. 8, n. 31, p.71-78, 2006.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da Pesquisa “*Sentimentos contratransferenciais dos alunos de psicologia frente à psicose*”, a qual será desenvolvida sob a responsabilidade da pesquisadora Silvia Teresa Collakis, sob a orientação da Profª Associada Dra. Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. Esta pesquisa pretende compreender e refletir acerca da experiência de estágio na disciplina de Psicopatologia realizada pelos alunos do curso de Psicologia, com ênfase na contratransferência vivenciada no contato com pacientes psicóticos. Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevistas semi-dirigidas e da produção de relatórios acerca da vivência no estágio curricular.

Os riscos envolvidos nesta pesquisa são mínimos e relacionam-se ao possível sofrimento suscitado no seu contato com os pacientes psicóticos, pois a experiência – e o posterior relato acerca da mesma – pode mobilizar conteúdos emocionais primitivos desencadeadores de angústia. Caso isso ocorra, você será orientado (a) sobre o serviço de atendimento psicológico com profissionais formados cadastrados na clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP). Se aceitar participar, você estará contribuindo para a melhor compreensão e utilização prática da contratransferência enquanto ferramenta de manejo clínico de quadros psicopatológicos graves, bem como para a potencialização da própria experiência de estágio, dada a possibilidade de melhor descrevê-la e qualificá-la.

Se depois de consentir em sua participação você desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. A desistência da participação na pesquisa também não acarretará em nenhuma consequência na avaliação do estágio e da disciplina que você está cursando. A participação no estudo não implicará em custos para você e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira adicional. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, será possível entrar em contato com a pesquisadora no endereço Av. Professor Mello Moraes, 1721- Butantã, CEP: 05508-030, São Paulo, pelo telefone (11) (98123-7999) ou através do e-mail sil_collakis@usp.br. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através do endereço Av. Professor Mello Moraes, 1721 – Bloco G, 2º andar, sala 27, CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP, pelo e-mail ceph.ip@usp.br ou telefone (11) 3091-4182.

Este termo foi elaborado em duas vias, as quais serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas na última página pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador, devendo cada parte ficar de posse de uma via.

Eu. _____, do
sexo _____, nascido (a) em _____, RG
_____, CPF _____, fui informado (a)
dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei
que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se
assim o desejar. A pesquisa é concedida no Instituto de Psicologia da Universidade de São
Paulo, apenas para fins científicos, ficando claro que meus dados pessoais serão mantidos em
sigilo, sendo meus direitos garantidos pela ética profissional mantendo-se o anonimato na
utilização do material.

Estou ciente ainda de que o uso desse material tem caráter acadêmico e científico e será
conduzido pela equipe e colaboradores sob a supervisão e responsabilidade da Profa. Associada
Dra. Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo e da pesquisadora Silvia Teresa Collakis.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de
consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas
dúvidas.

Telefone para contato: (11) 3091-4173. (Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo)

E-mails para contato: tardivo@usp.br e sil_collakis@usp.br

Endereço: Av. Professor Mello Moraes, 1721. Butantã, CEP: 05.508-030, São Paulo.

Para eventuais dúvidas, esclarecimentos ou reclamações sobre os aspectos éticos desta pesquisa,
o contato do Comitê de Ética em Pesquisa é o seguinte: Av. Professor Mello Moraes, 1721 –
Bloco G, 2º andar, sala 27 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP, e-mail
ceph.ip@usp.br e telefone (11) 3091-4182.

Assinatura do participante da pesquisa ou responsável

Pesquisadora Responsável – Coordenadora do APOIAR

Professora Associada Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

ANEXO B- ROTEIRO DE ENTREVISTAS

1. Antes da experiência de estágio

Questões norteadoras:

- Você já participou de algum estágio ou trabalho em serviços de saúde mental?
- Você ou alguém da sua família faz ou fez algum tratamento em saúde mental? Quem? Qual tratamento?
- Por que você resolveu fazer a disciplina de psicopatologia? O que você espera da disciplina como um todo?
- O que você espera da experiência de estágio? Você já ouviu falar alguma coisa sobre este estágio? O que? O que isso suscitou em você?
- Você já teve algum contato com a psicose? Como foi?
- Se não à pergunta anterior: Como você imagina ser um psicótico? O que você já ouviu falar a respeito?
- O que você entende por psicose?
- Você faz ou já fez psicoterapia?

2. Depois da experiência de estágio

Questões norteadoras:

- Como foi a experiência?
- Suas expectativas com relação à psicose foram confirmadas ou você se surpreendeu? Com o que você se surpreendeu?
- Quais sentimentos você teve nos encontros com o paciente?
- Em que momentos estes sentimentos apareceram?
- Como você se relacionou com estes sentimentos durante os atendimentos? O que você fez com eles?
- Você acha que estes sentimentos te ajudaram, atrapalharam ou não tiveram efeito algum durante o atendimento?