



1969 - 2009

SERVIÇO DE ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO: 40 anos de história

1969 - 2009



JULIANA OLIVEIRA BRESCHIGLIARI
MARIA CRISTINA ROCHA

(Organização)

Serviço de Aconselhamento Psicológico: 40 Anos de História

CCP-PSA/IPUSP – Comissão
Coordenadora do Programa de Pós-
Graduação, Departamento de Psicologia
da Aprendizagem, do Desenvolvimento
e da Personalidade, Instituto de
Psicologia, Universidade de São Paulo

São Paulo
2009



Direitos de publicação reservados ao Instituto de Psicologia da USP.
Av. Prof. Mello de Moraes, 1721, bloco D. Cid. Universitária, 05508-030, São Paulo, SP.
Telefone: (11) 3091-4172.

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

SAP – Serviço de Aconselhamento Psicológico: 40 anos de história
/ organização de Juliana Oliveira Breschigliari e Maria Cristina
Rocha. – São Paulo : CCP-PSA/IPUSP. 2009

186 p.

ISBN : 978-85-86736-37-7

1. Aconselhamento 2. Plantão psicológico 3. Saúde mental
4. Formação do psicólogo 5. Fenomenologia

BF637.C6

Projeto Gráfico: Gerson da Silva Mercês, Serviço de Aconselhamento Psicológico

Editoração eletrônica: Gerson da Silva Mercês

Capa: Liana Cardoso Soares



SAP - Serviço de Aconselhamento Psicológico

40 Anos de História

IPUSP

São Paulo, 2009

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Reitora: Profa. Dra. Suely Vilela

Vice-Reitor: Prof. Dr. Franco M. Lajolo

Pró-Reitoria de Graduação: Profa. Dra. Selma Garrido Pimenta

Pró-Reitoria de Pós-Graduação: Prof. Dr. Armando Corbani Ferraz

Pró-Reitoria de Pesquisa: Profa. Dra. Mayana Zatz

Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária: Prof. Dr. Ruy Alberto Corrêa Altafim

INSITUTO DE PSICOLOGIA DA USP

Diretora: Profa. Dra. Emma Otta

Vice-diretor: Prof. Dr. Yves de La Taille

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA ESCOLAR E DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Chefia: Prof. Dr. Luís Fernando Lomônaco

SERVIÇO DE ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO

Coordenação: Maria Luisa Sandoval Schmidt

Equipe: Maria Cristina Rocha, Juliana Breschigliari, Maria Gertrudes Vasconcellos Eisenlohr, Maria Júlia Kovács

Organizadoras: Juliana Breschigliari, Maria Cristina Rocha

Autores do livro: Alberto Salvador Segrera Miranda, Dulce Mara Critelli, Fernando Milton de Almeida, Henriette T. P. Morato, Ida Elizabeth Elizabeth Cardinalli, Juliana Breschigliari, Maria Cristina Rocha, Maria Gertrudes Vasconcellos Eisenlohr, Maria Júlia Kovács, Maria Luisa Sandoval Schmidt, Rui Carlos Stockinger, Ticiane Paiva de Vasconcelos, Vera Engler Cury

Autores do CD-ROM: Carlos Marconi, Henriette T. P. Morato, Maria do Céu L. Battaglia, Maria Júlia Kovács, Marísia Oliveira, Maria Luisa Sandoval Schmidt, Patrícia Tirico, Vera Lúcia Pereira Alves

Esta publicação, composta de um livro e um CD-ROM, elaborada pelo SAP, reúne um conjunto de reflexões realizadas no evento “Serviço de Aconselhamento Psicológico: 40 Anos de História”, realizado em setembro de 2009.

ORGANIZAÇÃO DO EVENTO

Serviço de Aconselhamento Psicológico

COMISSÃO ORGANIZADORA

Juliana Breschigliari, Leandro Salebian, Livia Rivka Rego, Maria Cristina Rocha e Mariana Rebello

COLABORADORES

Henriette T. P. Morato, Maria Gertrudes Vasconcellos Eisenlohr, Maria Júlia Kovács e Maria Luisa Sandoval Schmidt

APOIO AO EVENTO

Associação Paulista da Abordagem Centrada na Pessoa - APACP

Comissão Coordenadora do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - CCP-PSA-IPUSP

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo - CRP-SP

Editora Martins Fontes

Editora Vozes

Grupo Editorial Summus

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da Universidade de São Paulo

Pró-Reitoria de Graduação da Universidade de São Paulo

Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade de São Paulo

FINANCIAMENTO DA PUBLICAÇÃO

Comissão Coordenadora do Programa de Pós-Graduação do

Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo - CCP-PSA-IPUSP

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo - CRP-SP

Sobre os autores:

Alberto Salvador Segrera Miranda – Professor Emérito da Universidad Iberoamericana (México). Fundador, diretor e pesquisador dos Arquivos Internacionais da Abordagem Centrada na Pessoa. Sócio fundador e Membro do Comitê Gestor da Associação Ibero-americana da Abordagem Centrada na Pessoa.

Carlos Marconi – Doutor em Psicologia Social pela UERJ, psicoterapeuta, membro do Centro de Psicologia da Pessoa (RJ).

Dulce Mara Critelli - Profa Titular do Departamento de Filosofia Da PUCSP, coordenadora do Existencia - Centro de Orientação e Estudos da Condição Humana e articulista da Folha Equilíbrio do jornal Folha de São Paulo. Autora do livro “Analítica do Sentido - Uma Aproximação e Interpretação do Real de Orientação Fenomenológica”.

Fernando Milton de Almeida - Médico Psiquiatra e Psicoterapeuta. Mestre em Filosofia pela PUC/SP e Doutor em Psicologia pela USP. Membro do Existência – Centro de Orientação e Estudos da Condição Humana e do Laboratório do Imaginário do IPUSP.

Henriette T. P. Morato – Professora Doutora do Instituto de Psicologia da USP com pós doutorado na Universidade Paris 7, coordenadora do Laboratório de Estudos e Prática em Psicologia Fenomenológica e Existencial (LEFE), coordena os projetos de pesquisa “Prática Psicológica em Instituições” e “Aprendizagem Significativa na formação de profissionais de saúde e educação”. Organizou o livro “Aconselhamento Psicológico Centrado Na Pessoa: Novos Desafios”.

Ida Elizabeth Cardinalli - Professora assistente mestre da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Supervisora de estágios de cursos de aprimoramento da Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic (PUCSP). Chefe do Departamento de Psicodinâmica da Faculdade de Psicologia da PUCSP. Autora do livro “Daseinsanalyse e esquizofrenia: um estudo na obra de Medard Boss”.

João Augusto Pompéia – psicoterapeuta, membro da Associação Brasileira de Dasensanalyse.

Juliana Oliveira Breschigliari – psicóloga e supervisora de estágio do Serviço de Aconselhamento Psicológico do IPUSP, mestranda em Psicologia do Desenvolvimento Humano.

Maria Cristina Rocha - Mestre em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo. Psicóloga e supervisora de estágio em Plantão Psicológico do Serviço de Aconselhamento Psicológico IPUSP. Colaboradora do Centro de Estudos e Pesquisa em Educação, Cultura e Ação Comunitária. Membro da Associação Paulista da Abordagem Centrada na Pessoa.

Maria do Ceu L Battaglia – Mestre em psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mediadora de conflitos, perita em Varas de Família, professora e supervisora dos Cursos de pós-graduação em “Formação de Psicoterapeutas”, “Terapia de Família” e “Orientação Vocacional” do Centro de Psicologia da Pessoa, membro do corpo de mediadores do Mediare e membro da Associação de Terapia de Família do Rio de Janeiro.

Maria Gertrudes Vasconcellos Eisenlohr – Mestre em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano (IPUSP), psicóloga e supervisora de estágio em plantão e acompanhamento psicológico para alunos do quarto ano no Serviço de Aconselhamento Psicológico. Supervisora em estágio supervisionado para alunos do quinto ano (IPUSP). Facilitadora do grupo “Um Serviço a serviço de alunos de psicologia” formado por alunos do quinto ano do IPUSP.

Maria Júlia Kovács - Professora livre docente do Serviço de Aconselhamento Psicológico do IPUSP. Coordena o Laboratório de Estudos sobre a Morte do Instituto de Psicologia da USP. Seus temas de estudo e pesquisa são: morte, luto, bioética, formação de profissionais de saúde e educação. Autora do livro “Educação para a Morte: Desafios na Formação de Profissionais de Saúde e Educação”.

Marísia Oliveira - Professora Assistente III do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba, supervisiona estágios em psicologia clínica e atenção básica, seguindo as orientações teórico-metodológicas da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) e da Educação Popular. Tem experiência nas áreas de Educação e Psicologia, com ênfase em Programas de Atendimento Comunitário. Desenvolve ações em promoção da saúde, educação popular em saúde, escuta psicológica; grupos de encontro; oficinas de criatividade com crianças.

Maria Luisa Sandoval Schmidt - Professora associada da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Psicologia, atuando principalmente nos seguintes temas: pesquisa qualitativa (participante e interventiva), políticas públicas de saúde, metodologia com relatos orais. Coordenadora do Serviço de Aconselhamento Psicológico do IPUSP. Coordena pesquisas sobre políticas públicas de saúde.

Miguel Mahfoud – Professor Doutor da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais com Pós-Doutorado na Pontifícia Università Lateranense (Itália). É editor da revista “Memorandum: memória e história em psicologia” e coordenador do Laboratório de Análise de Processos em Subjetividade (LAPS). Atua nas linhas de pesquisa “Psicologia Social: memória coletiva, memória e história, cultura popular” e “Aconselhamento Psicológico”, dentre outras. Organizador do livro “Plantão Psicológico: novos horizontes”.

Patrícia Passarelli Tirico - psicóloga formada pela Universidade de São Paulo, mestre pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e membro da equipe do Programa Orientação e Assistência à Paciente com Transtornos Alimentares (Proata - UNIFESP/EPM)

Rui Stockinger – psicólogo, coordenador de saúde mental do município de Petrópolis, RJ, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde em NY-USA como a 2º Melhor Gestão em Saúde Mental do Brasil, implantou os primeiros CAPS (Centros de Atenção Psicossociais) Adulto e Infanto-Juvenil em Saúde Mental da Região Serrana Fluminense, organizou e desenvolveu o PROMAD (Programa Municipal Anti Drogas) e implantou o primeiro CAPS para Álcool e Drogas da Região, membro do colegiado nacional de saúde mental desde 2004, autor do livro “Reforma Psiquiátrica: perspectivas humanistas e existenciais”.

Ticiano Paiva de Vasconcelos – psicóloga, docente do curso de Psicologia da UNIFOR, co-coordenadora do Projeto Florescer (projeto de extensão de práticas clínicas, vinculado ao NAMI/SUS/UNIFOR). Membro da RELUS (Rede Lusófona de Estudos da Felicidade), com formação em Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) e estudos na área da formação de psicoterapeutas, escuta sensível, método heurístico e etnografia. Desenvolve pesquisa de mestrado sobre a atitude clínica do psicoterapeuta centrado na pessoa que atua no serviço de Plantão Psicológico. Membro efetivo da ceArACP - Confraria de Estudos Avançados de Rogers e da Abordagem Centrada na Pessoa.

Vera Engler Cury - Pró Reitora de Pesquisa e Pós Graduação, docente permanente do Programa de Pós Graduação em Psicologia e titular da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Líder do Grupo de Pesquisa: “Atenção Psicológica Clínica em Instituições: prevenção e intervenção” e do Laboratório de Pesquisa: Psicologia Clínica Social.

Vera Lúcia Pereira Alves – Mestre em psicologia clínica pela PUCCampinas e doutora em Educação pela Unicamp. Professora no curso de pós-graduação em nível de especialização em psicologia clínica humanista na UNOESC. Ministra cursos de extensão e formação em psicologia clínica centrada na pessoa. Membro da Associação Paulista da Abordagem Centrada na Pessoa desde 2006 e membro de sua diretoria para a gestão de 2009.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

PSICOLOGIA E FENOMENOLOGIA

19 *Psicologia e Fenomenologia (Filosofia e Terapia)*
Dulce Mara Critelli

29 *Plantão Psicológico: De um resgate histórico a uma abordagem biográfica*
Fernando Milton de Almeida

PRÁTICAS PSICOLÓGICAS EM SAÚDE MENTAL

43 *A noção de cuidado como base para uma visão de totalidade do humano na perspectiva da saúde*
Rui Carlos Stockinger

57 *A saúde e a doença mental segundo a fenomenologia existencial*
Ida Elizabeth Elizabeth Cardinalli

69 *Saúde Mental e Práticas Psicológicas: Especialidade, Especificidade e Multiprofissionalidade*
Maria Luisa Sandoval Schmidt

PLANTÃO PSICOLÓGICO

87 *Prática de Plantão Psicológico em Instituições: questionamentos e reflexões*
Henriette T. P. Morato

103 *Plantão Psicológico: desafios e potencialidades*
Maria Cristina Rocha

CLÍNICA-ESCOLA E FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO

121

O plantão psicológico como interface na atualização das práticas e teorias da abordagem centrada na pessoa: apontamentos acerca da formação de terapeutas formativos

Ticiania Paiva de Vasconcelos

133

Plantão Psicológico em Clínica Escola: prática e pesquisa

Vera Engler Cury

143

Aconselhamento Psicológico e Formação Profissional

Juliana Oliveira Breschigliari

PERSPECTIVAS DO SERVIÇO DE ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO E DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

159

Tribus o Énfasis: la riqueza de la diversidad teórica del enfoque centrado en las personas

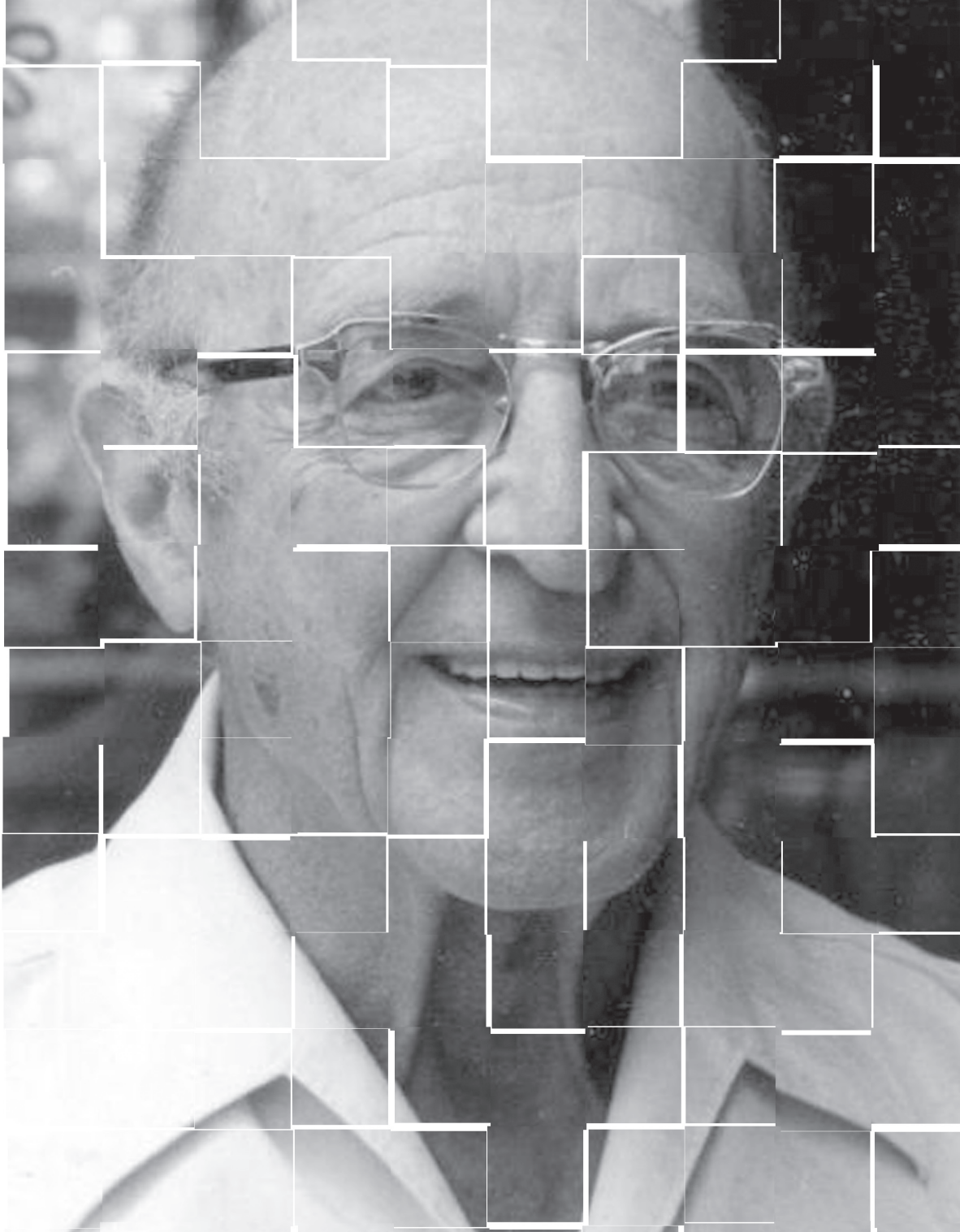
Alberto Salvador Segrera Miranda

179

Perspectivas do aconselhamento psicológico e da abordagem centrada na pessoa

Maria Júlia Kovács

PSICOLOGIA
E
FENOMENOLOGIA



Carl Rogers

Conhecido como o principal nome da Abordagem Centrada na Pessoa, foi um dos fundadores da Psicologia Humanista e o primeiro psicólogo a dirigir um departamento de psiquiatria de uma grande universidade (Universidade de Wisconsin, EUA). Destacou-se como pioneiro nos movimentos de grupos de encontro e em 1987 foi indicado ao Prêmio Nobel da Paz, aos 85 anos de idade, ainda ativo, escrevendo, realizando conferências e cuidando de seu jardim, ao lado de colegas mais jovens, filhos e netos.

Fonte: <http://www.encontroacp.psc.br>

PSICOLOGIA E FENOMENOLOGIA (Filosofia e Terapia)

Dulce Critelli

O tema proposto para esta mesa é o da relação entre Psicologia e Fenomenologia, mas vou tratá-lo pensando-o numa derivação - a relação entre Filosofia e Terapia. Não só porque minha área de atuação é o da filosofia, mas também, porque desenvolvo um trabalho terapêutico, para o qual recorro à filosofia (mais precisamente, à fenomenologia e à filosofia da existência) como seu instrumento e seu fundamento teórico básicos.

Minha proposta, aqui, é dupla: redesenhar uma interpretação do termo 'terapia' e demarcar a força hermenêutica que pode se desprender da filosofia como ponto de ligação entre a filosofia e o processo terapêutico, através de uma referência à Terapia Existencial. Para este segundo propósito, o relevo será dado à fenomenologia desenvolvida por Hannah Arendt, secundada pelo pensamento de Martin Heidegger.

I.

A origem da expressão terapia é bastante antiga e antecede toda a discriminação e a classificação que, sobretudo desde a modernidade, vem organizando os saberes em regiões ontológicas, portanto, demarcando as ciências e estabelecendo a distinção entre as ciências e a filosofia, a teologia, a arte...

Do grego *therapéia*, terapia é um termo que nasceu para distinguir os cuidados espirituais dos cuidados do corpo, *iatriké*, realizados pela medicina.¹ Segundo Jean-Yves Leloup estes cuidados espirituais eram a atividade dos terapeutas do deserto, como Fílon de Alexandria os chamava, e implicava em cuidar, velar ou zelar pelo ser.

Para Fílon, os terapeutas do deserto eram intérpretes das escrituras sagradas, eram hermeneutas, cuja principal intenção era o da identificação do sentido de tudo o que é. Intérpretes das escrituras, que acabaram por ser, também, os intérpretes das dores do espírito, da alma, as dores de ser.

Para Leloup, esta interpretação de Fílon de Alexandria nos forneceu o mito fundador dos terapeutas, assim como o conhecemos hoje. Mas, na mesma época, outras interpretações sobre os terapeutas eram vigentes:

... o terapeuta é um tecelão, um cozinheiro; cuida do corpo, cuida também das imagens que habitam em sua alma, cuida dos deuses e dos logoi (palavras) que os deuses dizem à sua alma (...). O terapeuta cuida também de sua ética, isto é, vigia sobre seu desejo a fim de se ajustar ao fim que fixou para si; este cuidado 'ético' pode fazer dele um ser feliz, 'são' e simples (não dois, não dividido em si mesmo), isto é, um sábio (...) o terapeuta não cura, ele cuida.²

O objeto da terapia é, então, primariamente, diverso. Mesmo retomando a interpretação de Fílon, o que cabe na alma e o que cabe no ser, seus alvos originários, é indelimitável. Cabem as angústias, as idiossincrasias, as loucuras, a ética, os desejos, a felicidade, imagens, pensamentos, palavras... O objeto da terapia nasce quase indefinido, distinguindo-as apenas, então, dos cuidados do corpo. Nela, o que é mais preciso é a natureza mesma da atividade: cuidar, velar.

¹ LELOUP, Jean-Yves *Cuidar do Ser*: Fílon e os terapeutas de Alexandria, Petrópolis, RJ, Ed. Vozes, 1966, rad. Regina Fittipaldi e outros.

² Idem ibdem, pg 25.

Nenhuma prática ou ciência, assim, detêm a propriedade da terapia.

Chama nossa atenção na interpretação de Fílon de Alexandria o fato do terapeuta ter por propósito a compreensão clara do ser, a interpretação do seu sentido, isto é, empreender uma hermenêutica do ser. O curioso desta abordagem é que, historicamente, o ato de pensamento, ou seja, a área do saber que nasce com este mesmo interesse compreensivo, é aquele que conhecemos por filosofia.

Estes primeiros terapeutas e os primeiros filósofos têm em comum uma mesma intenção. Seria, portanto, tentador requerer para a filosofia uma prioridade em relação à terapia. Mas, fuja desta tentação ingênua. Basta ficarmos com esta compreensão de que o que aproxima filosofia e terapia é esta atenção hermenêutica em relação ao ser.

Aproximando-nos mais da própria filosofia, em sua história e desdobramentos, é na fenomenologia, especificamente, que esta tendência hermenêutica se desenha e consolida com mais propriedade. Particularmente, na fenomenologia que começa com Husserl e se desenvolve através de Merleau-Ponty, Ricoeur, Jaspers, Heidegger, Hannah Arendt...³

É, portanto, a partir destas primeiras orientações de terapia e de fenomenologia, que nossas considerações encontram seu apoio.

II.

Alinhar a relação entre filosofia e terapia é, também, tentar responder à objeção muito comum sobre a inadequação desta relação. O argumento mais corriqueiro é o de que a filosofia se desenvolveu, historicamente, como um saber que se distancia da realidade. Entende-se que a filosofia consiste num pensar o pensamento ou, ainda, que pensar, em si mesma, é uma atividade que abstrai o vivido e prescinde dele.⁴

Também eu aprendi, enquanto aluna de filosofia, que ela é um saber abstrato e nada prático. De fato, Heidegger nos diz, no capítulo I da **Introdução**

³ A fenomenologia como método, embasando-se em Martin Heidegger e Hannah Arendt está desenvolvida em CRITELLI, Dulce Mara, *Análítica do Sentido*, São Paulo, Ed. Brasiliense, SP, 2006, 2ª. ed.

⁴ Cf. ARENDT, Hannah, *Filosofia e Política*, *In A dignidade da Política*, Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1993, org. Antonio Abranches, trad. Helena Martins e outros.

à **Metafísica**⁵, mais ou menos o seguinte: “a filosofia não é útil nem prática e com ela nada poderemos fazer...” No entanto, ele mesmo completa esta idéia, “... não será ela que faz alguma coisa conosco?”

É também Heidegger que no início do seu artigo **A Época da Imagem do Mundo**⁶, afirma: “Filosofia é reflexão. E reflexão é a coragem de tornar o axioma de nossas verdades e o âmbito de nossos fins em coisas que, sobretudo, são dignas de serem chamadas em questão.”

É assim que a filosofia age. Ela nos faz rever nossas verdades, nossas crenças, nossos preconceitos, nossos valores, projetos... isto é, ela nos faz pensar e nos ensina a pensar. Quando pensamos, estamos a um passo de transformar nossas crenças e, conseqüentemente, transformar nosso jeito de viver.

Era já este o objetivo principal de Sócrates, quando se dirigia aos jovens de Atenas. Através da constante repetição de que “sei que nada sei”, o filósofo acreditava que só o pensar seria capaz de nos manter abertos à verdade, disponíveis para sua procura incessante e para a abnegação da ilusão das verdades prontas, convictos da nossa própria *doxa* (do ponto e da luz em que as coisas aparecem para mim) e, portanto, integrados com nossas mais pessoais convicções.

É certo que esta posição de Sócrates frente à filosofia foi rapidamente suplantada por Platão, que acreditava que a função da filosofia é a de nos oferecer *metron*, isto é, a de nos oferecer padrões comuns para o entendimento, a de nos colocar em contato com as verdades unas e eternas. Mas, mesmo esta mudança de foco do pessoal para o coletivo ou impessoal na busca da verdade, não destruiu a vocação original da filosofia que é a de uma interpretação do ser.

Todavia, desde Platão, a filosofia começa a se separar da vida cotidiana porque o *metron* está fora da caverna, longe da experiência dos homens comuns. Ele está no céu das idéias, num lugar ao qual só o filósofo pode ter acesso e, mesmo assim, plenamente, só após sua morte.

Aristóteles participa desta percepção platônica de que o pensar filosófico é uma atividade do espírito, do *nous*. Sua finalidade é a compreensão do Ser, das causas primeiras e últimas de tudo o que existe. O espírito é uma faculdade

⁵ HEIDEGGER, Martin, *Introdução à Metafísica*, Ed. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1969, intr., trad. E notas Emmanuel Carneiro Leão, 2ª. Ed.

⁶ HEIDEGGER, Martin, *A época da Imagem do Mundo* in: *Sendas Perdidas*, Ed. Losada, Buenos Aires, 1960, trad José Rovira Armengol, 3ª. Ed.

invisível que lida com invisíveis – as idéias. Daí que ela nem pode ser útil, nem prática.

A intangibilidade e a inaparência do pensar e de seus produtos foram razões sobre as quais se forjou a crença de que o pensar é inativo e improdutivo. Pensar é não agir.

Hannah Arendt, em artigos como **Compreensão e Política, Filosofia e Política**⁷ e no livro **A Vida do Espírito**⁸, refaz a discussão sobre o pensar. Para ela, esta faculdade do espírito humano se desenvolve através de atos diferentes entre si porque têm diferentes finalidades. São atos do pensamento, o pensar propriamente dito (que coincide com a filosofia), a compreensão (que coincide com a política), o conhecimento (que coincide com a ciência), a contemplação (base de todos os atos do pensar e que principia com o espanto).

Para nossa reflexão, interessa focar a diferença entre os atos do pensar e da compreensão. Enquanto a filosofia (o pensar) quer entender, por exemplo, o que é a felicidade, ou a morte, ou a verdade..., de modo geral, a compreensão quer entender o que me faz feliz, qual o significado que minha morte tem para mim, que verdade eu estou vivendo?...

A filosofia, assim, é um pensar profundo na busca de significados últimos e sem pressa. E a compreensão é um ato de pensar que também busca o significado dos acontecimentos, mas não de forma genérica. A compreensão emerge e responde às urgências da vida, partindo da concretude da existência e retornando a ela. Segundo Arendt, a compreensão se põe em movimento quando algum evento nos faz “perder nosso lugar no mundo” e, enquanto não compreendermos suas razões e seu sentido, não conseguimos nos reconciliar com o curso da vida e nos reinstalar no mundo.

Todavia, pensamento e compreensão, embora distintos, não são atos excludentes do pensar. Ao contrário, o diálogo entre pensar e compreender pode ser extremamente fértil. A reflexão, por exemplo, sobre a liberdade pode ser fundamental para a minha própria experiência de liberdade. Um pensar sobre a morte pode me colocar diante do meu próprio morrer...

⁷ Cf. Hannah Arendt, in **A dignidade da Política**, Relume-Dumará, RJ, 1993, org. Antonio Abranches, trad. Helena Martins e outros.

⁸ Hannah Arendt, **A Vida do Espírito**, Civilização Brasileira, RJ, 2009, trad. César Augusto de Almeida e outros.

Dar aulas de filosofia, particularmente de filosofia da existência, me mostrou o quanto entrar no debate que ali se propõe, é, em verdade, expor-se e, por vezes, aceitar um convite que a filosofia nos faz: pensar sobre nosso próprio existir.

Temos aqui desenhada uma conexão possível entre filosofia e terapia: a filosofia (da existência, a fenomenologia) pode subsidiar a compreensão do existir que, por sua vez, conduz à transformação concreta de um jeito de viver.

A fertilização da ação através do pensamento e, simultaneamente, a possibilidade do pensamento através da ação são as interações principais entre filosofia e terapia. Especificamente, elas são a base da Terapia Existencial.

III.

A Terapia Existencial usa essa aliança entre pensamento e compreensão, sua capacidade hermenêutica, para municiar as pessoas no entendimento e na ação diante das suas grandes questões pelas quais todos nós, criaturas humanas, somos tocados durante toda nossa existência, a saber: *qual o sentido da vida e que sentido cada um de nós faz nela.*

Para Arendt, inquietações como estas emergem da nossa própria e concreta existência quando, como mencionamos acima, de alguma forma perdemos nosso lugar no mundo. Enquanto não compreendermos os eventos que provocaram esta perda, não conseguiremos nos reconciliar com a realidade. Nossa vida cotidiana ficaria, numa certa medida, paralisada.

Porque cada ser humano é um indivíduo único e singular, estas questões emergentes se constituem e se talham na exata medida de cada ser humano. Mas, também, porque os homens existem num mundo em meio a outros homens, estes problemas pessoais são, igualmente, talhados na exata medida do mundo e do tempo em que cada homem existe.

Cada época, cada momento histórico nos oferece um leque de sentidos, (de rumos ou direções) para a vida. Nossos dilemas mais particulares estão sempre íntima e inexoravelmente em correspondência com esses sentidos. São, enfim, as épocas históricas que detalham o contexto, o perfil, o teor, a matéria, a importância de nossos problemas pessoais. Por exemplo, a insatisfação que, hoje, a grande maioria das pessoas sente em relação a si mesmas está determinada pelos tipos de sobrevalorização que nossa época confere ao enriquecimento pessoal, à

celebridade, ao sucesso profissional. Deste modelo retiramos os critérios para a compreensão de nosso fracasso ou sucesso, daquilo que prometemos e devemos a nós mesmos, dos nossos projetos, dos nossos limites, de nossa auto-estima...

Participamos de uma infinita rede de relações humanas, nas palavras de Arendt, sem possibilidade de nos isolarmos dela. Algo próximo ao que Heidegger, por exemplo, identificava como sendo o impessoal, ou ao que Hegel compreendia como o espírito do mundo. O “eu” e o “nós” estão intimamente relacionados, inexoravelmente associados. Somos criaturas para quem tanto a expressão “eu”, quanto a expressão “nós” são capazes de evocar a pessoa que cada um de nós é. Os problemas do “nós” são problemas do “eu” e vive-versa.

A vida é dada aos homens em conjunto. Uma vez que são os homens, jamais o Homem enquanto criatura individual, que habitam a Terra, cada homem é ‘si mesmo’, apenas e na medida de sua pluralidade. Cada homem é exclusivo, único, mas a sua singularidade é construída e identificada em meio aos outros.

Os homens agem e falam e ‘quem’ eles são se revela no modo como agem e falam, assim como nos resultados de seus atos e palavras. Um gesto só se completa quando atinge outros homens e tem consequências. Só depois delas é que podemos, de fato, afirmar o que fizemos e dissemos, portanto, quem fomos.

A singularidade dos indivíduos se apóia na condição humana que Arendt chama de natalidade, quer dizer, no dom de agir, de instaurar o novo. O homem é um iniciador. Retomando Santo Agostinho, Arendt nos recoloca diante deste fundamento humano essencial: “O homem foi criado para que o mundo tivesse um começo”.

Cada homem é, ele mesmo, uma novidade lançada no mundo através do nascimento. Ser novidade e inovar são uma e mesma condição de existência. Daí que, consciente ou inconscientemente, por decisão, ou espontaneamente, os homens estão sempre reiniciando uma cadeia de fatos, interferindo na teia de relações humanas.

Os gestos e as palavras dos indivíduos alcançam os outros, que os recebem a partir da sua própria singularidade e, por seu próprio dom de iniciar, completam e dão acabamento àquilo que alguém começou.

Assim, cada um de nós é o que faz e diz. Intenções e propósitos podem explicar o que fizemos ou o que pretendíamos fazer, mas são totalmente secundários e inócuos diante do próprio acontecimento do ato e do discurso.

Quem somos, portanto, e qual o sentido de nossa existência, está em acontecimento, enquanto vivermos, como resultado de nossos atos e palavras. Nosso eu e o sentido da nossa vida está espalhado ao longo de nossa história, se expressa na nossa biografia. Só podemos dizer, nos lembra Arendt, quem um homem foi, jamais quem um homem é.

Tendo estes pressupostos como guia, a Terapia Existencial prioriza a construção narrativa da biografia pessoal (ou existencial). Através desta narrativa tomamos conhecimento de quem somos, fomos e ainda poderemos ser. Na biografia realizada, se inscrevem e se mostram as iniciativas que tivemos diante dos eventos de nossa própria existência - as novidades nela introduzidas por nós. Este entendimento possibilita a compreensão de nosso dom de iniciar, de mudar, de instaurar o novo, portanto, nossa liberdade. Sendo iniciadores, podemos modificar nossa biografia.

Porém, apenas uma narrativa de natureza hermenêutica e compreensiva pode revelar a vida vivida, as maneiras de tê-la vivido, os nexos e significados com que fomos armando e orientando nossos atos e palavras, nossos rumos e destinos. A narrativa compreensiva pode liberar o personagem que se tem sido, mesmo sem querer (e, principalmente, sem querer). Ela põe em evidência os fios de sentido que amarraram e arrumaram a vida vivida, os acordos que fizemos com os outros e que serviram de pauta para nossas ações e escolhas. Ela nos espelha enquanto resultantes de nós mesmos, de nossos atos e das consequências destes últimos.

Uma tal narrativa compreensiva pode nos remeter a novos acordos (com os outros e conosco mesmos) e a refazer nossas escolhas. Não se trata de um movimento de apropriação de si mesmo diante de si mesmo, mas de uma renovação da vida acordada com os outros, e em nome da vida com os outros.

Neste aspecto, parece que Arendt se distancia de Heidegger. A questão da apropriação não é identificada, por ela, como uma possibilidade ontológica, nem como uma meta que os homens tenham em sua existência. A questão da apropriação, para Heidegger, advém do fato de que a coexistência convoca o 'eu mesmo' a perder-se de si mesmo nos outros, na submissão a eles. Arendt entende que os outros não são aqueles no meio dos quais o indivíduo se dissolve, mas se afirma. Os outros o afirmam e testemunham. Os outros confirmam os indivíduos em sua existência e singularidade. Os outros não são agentes da perdição do eu, mas de sua instauração, tanto por seu testemunho, quanto por sua interrelação.

Quem somos e o sentido da vida são duas questões que estão determinadas pela vida ser dada ao homem em conjunto. O sentido da vida está dado pelo alcance e consequências dos atos e palavras proferidos e omitidos. O sentido que fazemos na vida, também.

Talvez por isso, querer saber de si, quem se foi e se tem sido, o sentido que nossa presença deu ao mundo, se complete por uma outra inquietação: fiz o bem ou o mal?

Esta pergunta não emerge da moralidade vigente, mas é um questionamento ético, no seu sentido mais essencial. Só um homem privado da capacidade de reflexão e de julgamento, não se faria esta pergunta. Um homem pode sofrer diante de uma vida sem grandes coloridos, ou por não ter sido o herói, ou o mártir, ou a celebridade que sonhou ser, mas só a consciência do mal realizado pode torturá-lo em limites extremos, a ponto, por exemplo, de levá-lo ao suicídio, ou a busca da punição pública (como é o caso da personagem central de “Crime e Castigo” de Dostoievski).

A compreensão dos próprios atos e suas consequências, necessariamente, se desenvolve como compreensão ético-moral. A estupefação que Arendt sentiu diante de Eichmann, o torturador nazista de quem acompanhou o processo de julgamento, estava justamente em perceber que aquele homem que era capaz de fazer o mal, uma vez que era o responsável pelo transporte dos judeus para a “solução final”, para as câmaras de morte, não olhava para seus atos perguntando sobre o que ele fazia e fizera. Eichmann não tinha o que se pode chamar de estupidez, nem era incapaz de pensar. Era incapaz de julgar-se a si mesmo. Fazendo o que competia à sua patente, jamais olhou para a extensão e a consequência de suas ações, jamais se interrogou sobre o significado e o sentido de suas ações. Incapaz de refletir e julgar-se a si mesmo, foi mero ator sem nenhuma autoria.

A interpretação hermenêutica, compreensiva, que se realiza durante um processo terapêutico, não pode se distrair da reflexão e do julgamento dos seus próprios atos que acompanha os indivíduos. Através do auto-julgamento os agentes dos atos tornam-se pessoas inteiras e integradas em si mesmas, no mundo em que existem e com os outros com os quais convivem.

Mesmo a sós consigo mesmo, um homem está na companhia de si mesmo. A sós, o indivíduo se duplica e se refere a si mesmo como um outro. Está sempre na presença de um outro, que o acompanha e testemunha o que ele faz,

pensa, quer. Por isso, Sócrates afirmava que a principal razão porque um homem não praticava um assassinato era porque teria que viver, até a morte, na companhia de um assassino, o que lhe seria insuportável, uma vez que a consciência é, originariamente, também moral.

A mesma razão que o levou a afirmar que “sendo um, é melhor estar em desacordo com todos os outros, mas em acordo consigo mesmo”.

A menção ao julgamento (ético-moral) dos atos pode estranhar porque ha algum tempo a produção do conhecimento se divorciou do problema do mal. Ela o suprimiu, reforçando a crença de que ciência e ética são atividades diferentes. De fato, não cabe ao cientista parar de pesquisar porque sua descoberta poderá ser mal usada. Mas isto não o exime de, paralelamente à pesquisa realizada, julgar seus atos. Mesmo que, no caso, a produção de um cientista qualquer tenha sido usada para a destruição, ainda que ele não tenha participado intencionalmente do ato, ele é seu cúmplice.

Outra vez temos, aqui, a indicação de que nossas intenções pouco qualificam nossos atos e palavras e de que nossos atos são, jamais, apenas individuais, mas conjuntos.

A filosofia pode se debruçar sobre a questão do mal e a compreensão pode levar os indivíduos singulares a entenderem seus atos e circunstâncias, mas ela, a compreensão, precisa conduzi-los ao julgamento de si mesmos, porque é a partir do julgamento que nossas ações e discursos podem se empreender para um caminho ou um destino desejado. Toda ação, que não é mera atividade, mas traz a marca da natalidade, do novo, que é capaz de introduzir na vida a transformação do jeito e das condições de viver, resultam de nossa capacidade de julgar e de empreender alguma autoria em nossa existência.

Filosofia e terapia se conciliam, portanto, num processo no qual o aprendizado do pensar, do compreender e do julgar, que tenham por resultado a transformação efetiva do agir e da existência, são os focos principais.

PLANTÃO PSICOLÓGICO DE UM RESGATE HISTÓRICO A UMA ABORDAGEM BIOGRÁFICA

Fernando Milton de Almeida¹
LABI – IPUSP / NIME – USP

São 40 anos do Serviço de Aconselhamento Psicológico (SAP) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). Um aniversário relevante que merece parabéns e demanda reflexão que incida sobre uma história pontuada por atendimento, ensino e pesquisa, escrita por professores, alunos estagiários, supervisores e funcionários.

O Aconselhamento Psicológico (AP) constitui-se numa prática institucional de atendimento psicológico à comunidade, voltada, também, para a formação de psicólogos. Enquanto espaço de acolhimento psicológico, as primeiras experiências de AP ocorreram em São Paulo, no IPUSP, por iniciativa de profissionais ligados à Terapia Centrada no Cliente, de Carl Rogers. Desde o início de sua implantação como SAP vinculado ao Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade (PSA) desse Instituto, desenvolve-se como ação clínica pela modalidade do Plantão Psicológico.

¹ Endereço eletrônico: fermilal@gmail.com

O Plantão Psicológico foi inaugurado no fim da década de 1960 na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP. Nos bancos do pátio da legendária Maria Antônia eram atendidos pelos estagiários de AP, em absoluta privacidade, os que procuravam esse serviço. Começou ali o papel proeminente que o Plantão Psicológico desempenha nessa história. Nesse sentido, nessa minha fala sobre psicoterapia e fenomenologia, centro o foco no Plantão Psicológico, agora lido no bastião da fenomenologia existencial. É oportuno que seja esclarecido que grande parte do texto que se segue é retirada de minha tese de doutorado², dirigida a meu trabalho no SAP como supervisor, psiquiatra e professor.

Academicamente, minha aproximação da clínica aconteceu por meio do curso de medicina, que me propiciou uma ampla e fértil experiência, na maioria das vezes lida com a lente de teorias complexas e explicativas e de procedimentos técnicos sofisticados. Nessa medida, minha experiência no Plantão Psicológico possibilitou-me uma retomada da clínica sob um viés em que estivesse despido de teorias e técnicas no enfrentamento do paciente. O Plantão, de imediato, ofereceu-se para mim como um espaço privilegiado de escuta do sofrimento humano. Nesse tipo de atendimento, não se trata de fazer-se uma triagem com intuito de encaminhamento dos pacientes para um trabalho de psicodiagnóstico e posterior psicoterapia. O Plantão é já um atendimento psicológico no qual o conselheiro se debruça sobre a narração da história do paciente com propósito de, perpassando as queixas, deixar aflorar uma demanda da existência. As queixas estão no âmbito do manifesto, constituindo-se no que aparece e emerge na fala; já a demanda é latente, situando-se no âmbito do velado, urgindo desvelamento por uma compreensão testemunhada.

Assim, o Plantão Psicológico apresenta-se como o espaço de acolhimento para o sujeito que se abre a seu destinar-se; é o acolhimento de uma demanda não clara que indica um caminho a ser seguido. É o acolhimento de um grito que não sabe para onde ir. O Plantão é a escuta silenciosa dos possíveis rumos de uma existência, que claudica em sua trajetória terrena.

Contemplando duas modalidades de prática psicológica – Plantão Psicológico e Supervisão de Apoio Psicológico –, o SAP realiza duas tarefas básicas,

² ALMEIDA, Fernando Milton de. *Ser clínico como educador: uma leitura fenomenológica existencial de algumas temáticas na prática de profissionais de saúde e educação*. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, 2005.

que também se constituem como pesquisas: atendimento psicológico à população e formação do psicólogo. O Aconselhamento Psicológico, desse modo, acha-se numa região fronteira entre saúde e educação, desenvolvendo atividades clínicas e pedagógicas uma vez que contempla tanto a prestação de serviços psicológicos à comunidade, quanto a formação permanente de profissionais.

A Supervisão apresenta-se como uma atividade que garante a consecução da prática clínica, já que trata de explicitar a situação contextualizada emergida na relação conselheiro-paciente para que o profissional se resgate como alguém que possa possuir dúvidas e estranhamentos em seu contato com os pacientes, colaborando em seu redimensionamento e encaminhamento. Antes de ser uma atividade que se dedique à discussão de teorias pertinentes ao caso clínico apresentado bem como ao ensino e manejo de técnicas requeridas na situação, manifesta-se como um fazer que, pelo resgate de sentido, visa que o conselheiro se habilite a fazer sugestões iluminadoras a uma história que testemunha.

Estruturando-se a partir da escuta, o Plantão Psicológico praticado no SAP acolhe as narrativas trazidas pela clientela, as quais falam de uma experiência e de uma história que clamam por uma compreensão mais ampla. Estribando o sofrimento na história, galgam-se novos modos de seu enfrentamento pelo cuidado psicológico, que não se refere a um procedimento de triagem amparado no psicodiagnóstico tradicional ou na psicopatologia, mas que emerge no encontro entre o cliente e o psicólogo/conselheiro. Nesse sentido, o psicólogo/conselheiro constitui-se em testemunha que autoriza e legitima uma continuação dessa história numa dimensão pautada pelo reconhecimento.

O Plantão sempre se vincula a uma situação, que tem tanto uma vertente institucional referida à pertença do profissional, quanto uma vertente vinculada à realidade sociocultural e existencial do cliente. Desse modo, é importante que o conselheiro busque uma compreensão da realidade do cliente para cotejá-la com o que a instituição pode oferecer. Aqui, vale mais a demanda do paciente do que uma explicação que se possa ter dele e vale mais a relação estabelecida do que uma “interioridade” a ser perscrutada, já que a situação inclui a relação. Nesse sentido, a “interioridade” é manifestada na relação e não tomada como um *em si*: a relação é o campo de aparência, tanto dessa “interioridade” quanto de uma realidade sócio-econômica, uma vez que é nela que a experiência da pessoa encontra lugar para ser compreendida e clareada. Trata-se de contextos

originários em que se dá a experiência, na qual o indivíduo não fica fora do social, nem o social fica fora do indivíduo; está-se diante de uma perspectiva fática, que é histórica e concreta.

É, também, na relação, constituída como um âmbito de intimidade, que emerge a formação de modos de cuidar, os quais, não ficando adstritos a meros indivíduos, se estendem a um mundo trazido pela apresentação que cada indivíduo faz de si próprio: o cuidar de si requer a explicitação da teia de relações estabelecidas na sociedade, a qual sustenta representações que, ideologicamente, vinculam o sofrimento psíquico a fatores individuais, velando suas determinações sócio-culturais.

Tais modos de cuidar não desvinculam a pessoa de sua proveniência para, *a posteriori*, estabelecer as possíveis relações explicativas de um sofrimento. Ao contrário, partem desse contexto para alcançar uma visão compreensiva de um sofrimento embutido na narração de uma história, a qual, não obstante singular, inclui inúmeras outras pessoas. Assim, o cuidado do conselheiro/psicólogo considera as questões de quem se é, como se é, com quem se está e onde se está. Busca-se a modelagem de modos de cuidado, apoiados na experiência do encontro conselheiro/indivíduo, os quais apreciam a situação global do indivíduo.

Numa perspectiva fenomenológica existencial, o sofrimento psíquico não é algo de patológico que determina uma história, mas é algo que aparece nessa história, trazendo à tona aspectos de um destinar-se conturbado enraizado no mundo do narrador, incluindo, portanto, todas as suas situações de vida e relações interpessoais. Nesses termos, enraizando-se na história do eu, o sofrimento psíquico, ao invés de ser considerado como vivência proveniente de doença mental, é um acontecimento vinculado a seu modo de ser.

Assim concebido o Plantão como uma modalidade de prática clínica em Aconselhamento Psicológico, pode-se, também, apresentá-lo, agora, como prática educativa voltada para a formação profissional de psicólogos, contemplando, igualmente, a dimensão educacional também implicada na prática de Aconselhamento Psicológico. Nas entrevistas de Plantão, o estudante/estagiário tem a oportunidade de entrar em contato com as mais diversas realidades trazidas pela clientela, induzindo-o a recuperar o sentido originário da clínica, que é debruçar-se, no caso, sobre a experiência narrada, que expõe sofrimento, solidão, desilusão, mas também coragem, determinação e compaixão, entre

outras coisas. Nesse sentido, o aluno é convidado a valorizar não o entendimento de uma doença, seus mecanismos e sua repercussão na mente e na conduta de um “doente”, mas o modo de ser do qual emergem as experiências existenciais que lastram todas as atividades da pessoa que está a sua frente. Na abordagem existencial, não se concebe a experiência humana como conseqüência de um processo de desenvolvimento da sexualidade e cognição. Antes, a condição historial do homem é que fundamenta a constituição da sexualidade ou cognição, na medida em que, experiencialmente, nos movemos nestas esferas.

As entrevistas do Plantão não visam uma continuidade do atendimento segundo o modelo psicoterápico; em cada uma, focam-se os desdobramentos possíveis para questões patenteadas na elucidação de demandas, considerando-se, no diálogo com a pessoa, intervenções de práticas especializadas ou populares, contando com recursos institucionais, comunitários ou familiares. Assim, paciente e conselheiro examinam e apreciam aquilo que melhor responde, nesse momento, aos pedidos manifestados na ocasião.

Esse comprometimento, em várias oportunidades, árduo e pungente, aponta a direção que se trilha na atividade do aconselhamento: ao invés de circunscrever-se a aspectos referentes a alterações de personalidade e presença de doenças psíquicas, trata-se de, decisivamente, atentar à possibilidade de um redestinar-se da existência no que plausivelmente se anuncia. Por esse viés, a história pessoal, emergindo da história coletiva, é narrada ao conselheiro/ouvinte, o qual, aconselhando, passa também a ser narrador.

Enquanto uma atividade com sentido educativo na formação profissional de psicólogo, o Plantão contempla a supervisão do trabalho clínico realizado pelos estudantes/estagiários, como outra modalidade da prática de Aconselhamento Psicológico, em sua dimensão clínico-pedagógica. Essa supervisão é feita pelo psicólogo/plantonista logo após o atendimento feito pelo estagiário, podendo, inclusive, ser mesmo realizada durante a sessão. A especificidade dessa supervisão é dada pelo caráter de acolhimento ao estagiário, visando à elaboração de sua experiência de testemunha de uma história que, de algum modo, o impactou. Valoriza, também, a relação que se estabelece entre o supervisor e o estagiário, na medida em que o supervisor atenta ao modo como o estagiário foi tocado, compreensivamente, no trato com o cliente, suspendendo as pré-concepções que, normalmente, um aluno de psicologia tem sobre psicoterapia e entendimento do

sofrimento. Muitas vezes, a supervisão atém-se a dimensões bem concretas do atendimento. No entanto, isso não significa pautar-se por uma visão pragmática do ser humano e da atividade clínica. Trata-se, mais uma vez, de partir da situação para nela encontrar saídas concretas, plausíveis de postura e conduta, considerando-se a singularidade de cada encontro.

A própria entrevista de Plantão constitui-se numa situação de passagem, na qual se avaliam e decidem os possíveis encaminhamentos³ disponíveis para o enfrentamento de um sofrimento emergente de uma pessoa que clama por cuidados. Assim, o Plantão é uma modalidade de prática que, em seu exercício, requer recursos institucionais e comunitários que possam acolher o caminhar de uma existência, que requeira uma específica paragem preche de recursos necessários ao desdobramento mais harmônico e próspero de sua história, erradicando, minorando ou tornando tolerável um sofrimento asfixiante. Trata-se de uma rede de apoio social que possa atender às várias modalidades de cuidados clínicos e/ou pedagógicos de que a clientela possa necessitar. Em suma, essa rede de apoio social constitui-se num “organismo”, em relação mútua, que possibilita a prática da solicitude inerente ao trabalho do Plantão, na medida em que viabiliza a seqüência de atendimentos que se configurem necessários na realidade emergente.

34

Essa requisição de uma rede de apoio social, que viabilize o exercício do Plantão, alude à condição da pluralidade, posta por Hannah Arendt em seu livro *A Condição Humana*. Ao mesmo tempo, essa mesma alusão nos remete ao tema desse nosso encontro: Psicoterapia e Fenomenologia. Além de estarem fundamentadas no pensamento arendtiano, as considerações que se seguem têm como eixo o trabalho desenvolvido por Dulce Critelli: *O Sentido da Vida e História Pessoal*. Aqui, estamos num chão comum que embasa, não nivelando, Plantão e psicoterapia. Arendt nos diz que os homens, e não o homem, habitam a terra, isto é, a vida é dada ao homem em conjunto. Sem os outros, o eu não se sustenta e, portanto, não é; o eu já é também nós.

No entanto, cada homem é sempre singular, ou seja, é sempre exclusivo, não passível de repetição no passado, presente e futuro. Já que o plural reúne o semelhante e o diferente ao mesmo tempo, cada homem, ao realizar sua igualdade,

.....
³ Por encaminhamento, neste momento, compreendo o encaminhar-se do próprio indivíduo em direção ao que sua demanda lhe desvendou durante o Plantão.

também realiza sua distinção: ao expressar sua diferença, faz-se entender nela própria. Não equivalendo a ser outro, ser diferente não se refere à alteridade, que se constitui na quiddidade de cada coisa que é. Expressando sua diferença, cada homem distingue-se de todos os outros; tal distinção só aparece nos gestos e palavras, que são maneiras pelas quais os homens, distinguindo-se, se manifestam uns aos outros. Nesse sentido, a própria pluralidade contempla a singularidade, vale dizer, a pluralidade constitui-se num plexo de indivíduos singulares.

Por conseguinte, agir e falar são condições básicas da humanidade de cada indivíduo, embutidos na e fundadores da relação com os outros e reveladores da singularidade de cada um. É pela ação e discurso que se adentra no mundo humano, trazendo-lhe a novidade, que perfaz um novo início. Temos aqui o que Arendt chama de condição da natalidade, que significa um nascimento para o mundo dos homens, trazendo-lhe um reinício.

Ao agir, o homem livra a realidade do determinismo e rigidez, rompendo uma cadeia previamente estabelecida. O agir promove o rompimento do padrão e do esperado, implicando a construção de uma história, que possui como característica básica a iniciativa. Agir não é comportar-se, que é fazer o esperado segundo a proposta vigente. Quer-se enfatizar que não se trata de ter liberdade para agir, porém de considerá-la como seu próprio cerne: agir é a própria liberdade.

A ação é uma atividade na qual o homem se revela como agente e através da qual os indivíduos singulares negociam suas vidas, o que, primeira e fundamentalmente, se constitui na política. O gesto, como feito, marca um reinício, que se dá como uma nova organização, uma nova ordem, trazendo uma mudança na história. Sucintamente, reinicia-se o que não é. Entretanto, há a necessidade da revelação do agente na ação, revelação essa que se dá pelo discurso, cuja supressão promove a perda de referência para os homens. É pela palavra que o agente revela o sentido de sua ação. Porém, enquanto age, o ator, imerso e movido por várias tendências, não percebe o fio de sentido que perpassa sua ação, só perceptível ao narrador.

Esse agente da ação, que se revela pelo discurso, é o *quem* cada um é, distinguindo-se da identidade e personalidade, que se constituem no que alguém é. O *quem* se realiza como poder ser e é único em seu agir e falar, deixando de ser somente na morte; já a *persona*, o *o que*, é datada, circunscrita, podendo alterar-se tanto ao longo da vida, quanto em várias de suas circunstâncias.

A ação apresenta o caráter de imprevisibilidade por não ter antecipadamente uma determinação do que pode acontecer, já que rebate nos outros que igualmente agem e reagem. É impossível para o ator ter a garantia de que seu gesto vai provocar o que queria. A ação cai sempre numa teia, na qual reverbera em outras ações e reações; por todos serem agentes e falantes, os homens estão nela imersos. Isso remete a que qualquer ação do homem se dá na teia e é exatamente isso que fica invisível, isto é, o fato de que a ação humana é constantemente em conjunto.

Retomando, o agir é uma atividade que se dá absolutamente entre os homens, diferentemente da fabricação que é peculiar ao trabalho, em sua faina de criar artefatos e um mundo artificial que, sobrepondo-se, digamos assim, à natureza, se torna a morada dos homens. Diferentemente da coisa fabricada que pode ser desfeita, a ação apresenta igualmente o caráter da irreversibilidade, já que nossos feitos e palavras não são passíveis de anulação. Como atividade, o agir é também inesgotável, porque é próprio à condição humana, o que implica que a ação, ao mesmo tempo em que estabelece, destrói as relações, à medida que infundavelmente está indo atrás do novo. Daí a necessidade de limites, por exemplo, leis que contenham a ação para que se possa dar conta de acordos feitos, resultados da constante negociação entre os homens dos termos da vida, o que propriamente constitui a política.

No entanto, a própria atividade da ação tem antídotos para os problemas por ela trazidos, já que gestos e palavras são sempre iluminados por outros gestos e palavras. O remédio para um mal gerado pela irreversibilidade da ação é o perdão, pelo qual não se fica preso ao que aconteceu. Pelo perdão, compreende-se que ontologicamente o agente pode reiniciar, redimensionando seu agir. Pela faculdade do pensamento, em sua modalidade da compreensão, capta-se o significado de uma cadeia de ações, o que, por tornar possível sua narração, é condição para a reconciliação com a realidade, quer-se dizer, pelo pensamento como compreensão, o homem resgata seu lugar no mundo. O perdão, como ação, inicia algo novo, imprevisível, livrando o agente de estar perpetuamente condenado a seu ato. A reconciliação, como compreensão do que aconteceu, é parelha do perdão, donde se apreende que a compreensão é parceira da ação.

Por seu turno, o remédio para a imprevisibilidade da ação é a promessa, que, segundo Arendt, cria ilhas de certeza num mar de incertezas. Pela promessa,

comprometendo-se entre si, os homens organizam-se para a consecução de um objetivo, o que minimiza a não confiabilidade humana, assentada em sua condição de sempre estar iniciando algo novo. É por isso que uma comunidade política só se organiza em função de suas promessas. Nesse sentido, a promessa está ligada ao futuro, no qual está embutida a morte. Entretanto, a promessa nos indica que os homens se projetam não sobre seu morrer, antes sobre objetivos engendrados a partir de acordos feitos entre si.

Já disse que estamos num chão comum ao Plantão e à psicoterapia; é o chão da pluralidade de onde emerge o horizonte da singularidade. Nessa raia, cada um, sendo sempre singular e iniciador no meio do plural, não se dissolve nos outros a ponto de perder-se totalmente. Talvez possamos encontrar aqui um aspecto importante e fundamental do Plantão: o lugar no qual a novidade, de imediato, pode anunciar-se e ser considerada. A novidade, visível por atos e palavras, urge ser testemunhada e atestada pelo plantonista, que tem, por tarefa primeira, reconhecer naquele que procura atendimento, não uma demanda a ser clareada, porém uma biografia que fale de feitos, atos, gestos e discursos.

O Plantão passa a ser, por excelência, o lugar onde aquele que busca atendimento é, em primeira mão, compreendido, testemunhado e perdoado. O que, de antemão, se impõe é a repercussão dos feitos e discursos nas relações estabelecidas com os parceiros. Não é demais reafirmar que essas questões são as mesmas numa psicoterapia; o diferencial é o caráter de primazia que têm numa entrevista de Plantão, inclusive por poder ser única. Nesse encontro, já cabe uma primeira reflexão sobre o alcance desses gestos e palavras. Requer-se que o plantonista reconheça a exclusividade de quem o procura, contribuindo para isso sua isenção em termos de teorias psicológicas que sustentem seu trabalho. O mote que inspira o plantonista é ter a biografia como o horizonte do cuidado. Há uma convocação para que se realce essa biografia, sem que se entre em análises mais pormenorizadas pertinentes à psicoterapia. Os atos e palavras não são considerados em si, mas fazendo parte de uma biografia, ou seja, no contexto em que tiveram origem e em suas reverberações. Já numa psicoterapia, há um tempo maior para poder perscrutar as palavras dos outros que se alinhavaram na biografia do analisando. Por esse viés, a psicoterapia pode ser compreendida, tirando-a do âmbito das teorias psicológicas, como o lugar em que se possam reconstituir esses fios de sentido, reconstituição essa que ocorre num ato biográfico.

PRÁTICAS PSICOLÓGICAS

EM

SAÚDE MENTAL



Rachel Léa Rosemberg

Conheceu a Abordagem Centrada na Pessoa através de seu professor, Oswaldo de Barros, ainda durante a graduação. A partir daí, desenvolveu todo seu trabalho a partir dos referenciais da Psicologia Humanista. Foi, com o Prof. Oswaldo de Barros, fundadora do Serviço de Aconselhamento Psicológico e professora do Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade do Instituto de Psicologia da USP. Como incansável pesquisadora, teve coragem de questionar e romper com o estabelecido e propor uma nova forma de atendimento psicológico, colaborando imensamente para a solidificação da Abordagem Centrada na Pessoa em nosso país.

Fonte: <http://www.encontroacp.psc.br>

A NOÇÃO DE CUIDADO COMO BASE PARA UMA VISÃO DE TOTALIDADE DO HUMANO NA PERSPECTIVA DA SAÚDE

Rui Carlos Stockinger
S.M.S. Petrópolis-RJ; Universidade Gama Filho

O Cuidado é apresentado neste texto como condição de uma satisfatória interlocução do sujeito com ele próprio e na relação com seu entorno. Neste ínterim, levamos em conta que este sujeito é constituidor e constituído por este meio, numa relação de constantes enlaces e negociações, como nos apontou Maturana.

Cuidar, portanto significaria a tomada de consideração pelo **Todo Constituinte** que nos forma, como o bio-psico-social-cultural-espiritual, e nossa relação unitária com este. Digo então, que na medida em que esta consideração pela visão global, pelo sentir-se vinculado à totalidade se manifesta, aí já existe o Cuidado. Significa nos considerarmos também constituidores destes aspectos.

Em “Ser e Tempo”, do ponto de vista existencial, o Cuidado se acha a priori, antes de toda atitude e situação do ser humano, o que sempre significa dizer que ele se acha em toda atitude e situação de fato.

Poderíamos dizer que o Cuidado se encontraria na raiz primeira do ser humano, antes ainda dele realizar qualquer ato. Seria para o filósofo, “um modo de ser existencial”, algo ontológico, próprio da constituição do Ser, presente e irreduzível a outra realidade anterior.

Significaria uma maneira do ser humano se estruturar. Seria um fenômeno ontológico-existencial. Por isto que para Heidegger, não temos o Cuidado. Somos o Cuidado.

Percebemos que o mesmo implica numa impossibilidade de conceber o homem numa separabilidade funcional de partes distintas. O Cuidado pressupõe o existir enquanto condição básica. E este, implica numa totalidade ecossistêmica da visão humana.

Portanto, Cuidar diz respeito a um contato anterior a divisão sujeito-objeto, significa um experimentar o **Todo Constituinte**, a experiência ainda não separada.

Cabe nesta perspectiva a fala de Merleau Ponty (1996) que afirma:

A aquisição mais importante da fenomenologia foi ter unido o extremo da subjetividade ao extremo da objetividade em sua noção de mundo inseparável da subjetividade e da intersubjetividade, que formam sua unidade pela retomada das experiências passadas do indivíduo em suas experiências presentes.

Neste aspecto fenomenológico, tanto a inseparabilidade é condição, quanto a sua relação com o passado e deste com o presente do sujeito, ou seja, a constituição do *ser aí* está entrelaçada e constituída apenas a partir do tempo que por ele se move e que guarda os seus sentidos.

Mas não podemos falar de meio, de entorno, sem considerarmos aspectos sócio-culturais-econômicos que podem ser potencialmente inibidores de um processo singular de experiência coletiva e conseqüentemente individual por parte das pessoas, ou seja, comprometendo uma visão global e mais totalizada do si mesmo e, nesta perspectiva, comprometedora, então, da qualidade das relações de saúde que o indivíduo estabelece em seus enlaces próprios e sociais. Para o mesmo, faz-se importante considerar algumas diretrizes prementes da sociedade ocidental.

Possuímos um sistema mercadológico que adota o imprimir de valores consumistas relacionados com o prazer e felicidade e, principalmente, com a possibilidade dos indivíduos poderem ser identificados com um determinado grupo em especial, possuir um determinado *status-quo*, ou seja, diferenciar-se da massa de pessoas comuns e anônimas, valores oriundos de longe da filosofia americana do utilitarismo de John Stuart Mill.

O indivíduo passa a representar isto ou aquilo e, portanto, em muitos casos sem consciência plena do mesmo, sente-se desta ou daquela maneira em função do que adquire, ou melhor, em função dos lances que promove em sua vida em direção àquele objetivo, o que muitas vezes já lhe confere o título provisório e virtual de herói.

Dentro desta perspectiva, não há necessariamente escolha genuína, portanto há pouca liberdade gerada através de um maciço direcionamento das pessoas para focos distintos a serem almejados, ainda que várias histórias se componham socialmente como exemplos adequados e brilhantes a serem seguidos, independente do custo pagável para quem as banca.

Valores maçicamente impostos de forma organizadamente controlada implicam também na construção da sociedade de consumo, de um ideário de supostas necessidades básicas, ou melhor, de necessidades artificiais que devem ser assentadas e incorporadas como básicas e próprias pelos indivíduos que as experimentam.

Lembramos aqui do modo de ser *ocupação* descrito por Heidegger, quando, do desenrolar de uma existência inautêntica, a afetividade da presença centra-se no mundo. Tal internalização de necessidades artificiais, motivadora de forma não consciente de inúmeros comportamentos, sejam destrutivos ou positivos para a sociedade, são, em última instância, indicadores do grau de restrição de liberdade que os sujeitos possuem frente a suas próprias vidas.

Por conseqüência, vão, paulatinamente, ao incorporarem necessidades externas como próprias, perdendo não apenas o contato com as suas próprias necessidades, mas principalmente com o *movimento de mudança na hierarquia destas*.

Ou seja, implica numa perda de contato com o Todo Experiencial momentâneo que aqui redefino para **Todo Constituinte**¹ daquele instante, que

1 Que comporta as relações intra e intersubjetivas do sujeito no momento da constituição destas na relação com a totalidade circunstancial. FONSECA, Afonso. *Trabalhando o legado de Rogers*. Maceió: Pedang, 1998.

naquela oportunidade pode apontar o sujeito numa direção para melhor atualizá-lo, em outra pode retomá-lo a outro caminho para melhor satisfazê-lo.

Numa cultura que impõe movimentos rígidos e unilateralmente dirigidos e, portanto gera uma atenção coletiva seletivizada rigidamente para certas formas de pensamento, reduz-se a experiência sentida do contato com o si mesmo e concomitantemente o exercício da liberdade experiencial e de escolha, ambos relacionados e possivelmente produtivos para o sujeito e para o social quando relacionados ao todo circundante.

Como dizia C. Rogers (apud Lisboa,1998), a Tendência Atualizante dos indivíduos é ativada basicamente pela vivência existencial direta, sentida, através, então, do vivido. Portanto, como estamos considerando, na medida em que os componentes culturais-mercadológicos super ocupam, sobrecarregam e rompem com estas possibilidades de contato com o **Todo Constituinte** e conseqüentemente com a originalidade do próprio sentir frente ao impacto da existência a cada momento, rompe-se a possibilidade de escolhas realmente necessárias ou atualizadoras que estariam a serviço de um organismo a ser saudável naquele instante.

Todavia, numa sociedade capitalista-consumista que encarna valores mercadológicos, percebe-se também que de forma muito apropriada são desenvolvidas roupagens de Cuidado em vários empreendimentos, sejam em quais áreas forem, que nem sempre se afinam com a perspectiva conceitual descrita.

Com a implantação de necessidades artificiais, muitas pessoas as representam como sendo naturais, assim como incorporam modelos de comportamento de "Cuidados em saúde" que, muitas vezes, são incompatíveis com as suas reais necessidades singulares naquele instante temporal. O modelo atual de consumo preconiza que tais atos ou condutas, que invariavelmente mudam com o modismo já que se mantêm na esfera da sedutora novidade, significam Cuidado e apreço por si mesmo.

Na perspectiva citada acima, poderíamos avaliar que abrindo mão do contato com sua totalidade criadora e incorporando um modelo unilateral e uniforme, as pessoas vão perdendo o contato com a hierarquia momentânea de suas necessidades reais que se modificam constantemente e implicam em um processo de experiência livre que potencializa as escolhas originais.

Logo, o Cuidado real pode implicar em atitudes do sujeito que o coloquem na contramão dos modelos, ainda que este os escolha num dado momento quando os mesmos se fizerem significativos para a sua atualidade existencial, e não o contrário, quando de fato estes se impõem com seus significantes prontos e estéreis.

Quando isto ocorre, lembramo-nos do conceito de decaimento e impessoalidade da *pre-sença* em Heidegger, quando ela é absorvida pelo mundo e com ele se identifica. Isto é, a possibilidade de doação de sentido pelo indivíduo a suas experiências, e, portanto, poder possuir subsídios para suas escolhas autênticas, fica comprometida, já que o indivíduo em questão se identificaria com os entes, mas romperia com a dinâmica do *ser*, do se construir ontologicamente.

O adotar de condutas externas que se assemelham por definição com o produto de um comportamento, mesmo que positivo, mas que para um determinado sujeito, num determinado momento, pode significar um rompimento ou afastamento de seu próprio *ser*. Principalmente, se acreditarmos que o verdadeiro *dever* é sistêmico por natureza, ou seja, não se apresenta desintegrado de uma totalidade circundante.

Tais rompimentos estariam ancorados em duas características das mais marcantes em nossas sociedades urbanas contemporâneas, que contribuem para o afastamento pelo indivíduo de seu Todo Constituinte. A primeira, chamo de *Cultura da Obstinação*.

Nesta, a massa de pessoas alijadas de um exercício satisfatório de liberdade correm em determinadas direções em termos de comportamentos serializados e tenazes, de forma a estreitarem por conseqüência os seus campos de consciência.

Exemplos disto seriam, na atualidade, as atitudes frente às necessidades de emagrecimento, a obstinação no culto ao corpo e a cultura naturalista que acaba desaguando numa série de padrões de comportamentos que naturalmente estão envolvidos e sustentados por valores relacionados à saúde, à preservação e à melhoria das condições de qualidade de vida e do organismo, etc. Mas que, em última instância, depõem contra este quando representam modelos que fazem o indivíduo romper com a hierarquia de suas próprias necessidades, logo rompendo com sua unidade e, conseqüentemente, com seu processo de fazer saúde.

Afirmo com isto que, num dado momento existencial daquele indivíduo, cuidar exaustivamente do corpo pode fazer muito sentido para sua saúde, e então representar Cuidado. Mas que não é Cuidado simplesmente realizar esta atitude se a mesma não possui representatividade significativa para aquela pessoa em termos de sua, digamos, sabedoria organísmica. Deixaria de ser Cuidado para ser apenas um comportamento. Numa outra oportunidade, abrir mão deste comportamento e viver um bom momento de relaxamento e de menos atividades também pode ser o mais necessário e imperioso na ordem hierárquica de necessidades, e, portanto significar Cuidado.

Dessa forma, cada aspecto - o psicológico, o somático, o espiritual - afina suas interfaces de maneira que nenhum predomina ou sucumbe com o outro, mas está a serviço de uma unidade orgânica supracente que vê em cada aspecto apenas um semblante de uma única face. Mas, é plausível afirmar que a “cultura da obstinação” restringe de forma maciça a possibilidade deste contato com o **Todo Estrutural**. Primeiro, ao reduzir a atenção e o campo de consciência do sujeito apenas para um foco. Segundo, por identificar este com aquele comportamento. Terceiro, por levar o indivíduo a acreditar que quando ele segue um modelo ou comportamento, ele deve negar imediatamente o outro. Não pode absorvê-lo. Edifica-se a *cultura da ruptura*.

A outra característica marcante em nossa sociedade seria o *imediatismo* e, por consequência, a plena ocupação do tempo. Esta implica na consideração do que L. Boff (1999)² chama de sociedade do espetáculo, do excesso, da banalização. Estaria vinculada à cultura do prazer banal, do divertimento fútil, do desperdício do tempo, todavia do tempo absolutamente ocupado. Nesta cultura, principalmente consumista, as oportunidades, os convites e afazeres são muitos, são da ordem do inesgotável, do excesso.

Há oferta para tudo e a cada instante. Preenche-se o tempo com atividades de toda a ordem que podem encobrir faltas das mais diversas nas pessoas, sejam as de origem emocional, afetiva, de constituição de identidade, de diminuição de contato consigo, ou seja, de significação no exercício da Cidadania Livre.

Entretanto, tal ocupação plena do tempo impele as pessoas a estruturarem suas vidas a não experimentarem o tempo livre significativo, ou seja, caem na impessoalidade e, conseqüentemente, na impossibilidade de contactarem com a

² BOFF, Leonardo. *Saber Cuidar*. 4º ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

angústia do ser livre, do sem direção interna.

Relembrando Heidegger (1999)³, este nos acena que é a Angústia que recoloca o homem como principal referência para existir no mundo, ou seja, como centro de sua vida. Esta seria a condição do ser autêntico.

Na condição de inautenticidade, a pre-sença se centraria no mundo, o que hoje tanto percebemos. Na forma da autenticidade, a temporalidade também é experimentada de forma diversa.

Valendo-se do estado da *angústia*, a pre-sença passa a ter uma percepção ampla da temporalidade e da totalidade, não vivendo apenas o momento presente, ou seja, o imediatismo da satisfação fácil, projetando-se para o seu futuro, o que implica nesta avaliação da possibilidade da responsabilidade mais ampla quanto ao viver.

Portanto, sem a angústia do contato consigo, com a presença completamente satisfeita com o mundo, com o exterior, há restrição de contato com a totalidade constituinte e, conseqüentemente, a saúde como denominador comum destas relações entre sujeito e meio estará seriamente comprometida. Mesmo porque o que chamo de **Todo Constituinte** é a possibilidade do indivíduo co-construir sua relação de escolha frente ao mundo e não apenas ser sujeito deste. Isto, considerando saúde aqui como um bem estar bio-psico-social-espiritual e enquanto movimento de mudança e busca de funcionamento num nível de complexidade e significação sempre maior e mais diferenciado.

Certamente, não podemos negligenciar que as duas características citadas até o momento não interfiram diretamente no nível de consciência dos indivíduos. Aí nos vale a distinção que Goswami (2002)⁴ faz entre experiência consciente, este algo interno e mais encapsulado, que pode apenas relacionar, descrever e rastrear aspectos limitados do *si mesmo*, da Consciência, este *conhecer com* que se instaura no domínio da intersubjetividade, neste entre si e o mundo, no domínio relacional no qual o *ser* em questão se instaura, no qual o contato com as múltiplas necessidades pessoais e singulares são possíveis e potencializadas a partir do contato com suas prioritárias, ou com a ordem destas, impactadas sempre pelo domínio do vivido na experiência direta com o mundo.

.....
³ HEIDEGGER, Martin. *Ser e Tempo*. 8º ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

⁴ GOSWAMI, Amit. *O Universo Autoconsciente*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2002.

Quanto, ainda, à questão do imediatismo, podemos prever que na ênfase à banalidade do presente⁵, o sujeito se encontra alijado da consciência de sua historicidade, de sua constituição no tempo, de que o Cuidado só pode ser compreendido através de múltiplos movimentos através do tempo que o constrói.

Ao que tudo indica, o Cuidado, como *modus* de ser, de estabelecer-se na existência, implica que qualquer que seja a situação sobre a qual ele se põe, este se relaciona com o tempo. Não há como Cuidar de um caminhar profundo e verdadeiro, da realização de um projeto maior, se não assumimos o Cuidado como algo contínuo e que se estrutura com o passar do tempo, muitas vezes em prazos médio ou longo. São necessários muitos Cuidados para a realização de um Cuidado existencial maior.

Portanto, a realização de um desejo imediato pode não significar Cuidado. Em outro momento, realizar tal vontade pode sim, significar um Cuidado, assim como abrir mão de desejos imediatos pode representar a busca pelo melhor para o **Todo Constituinte** da pessoa em questão, que se constitui no tempo e não, apenas, no momento. Abre-se para a interpretabilidade do tempo para algo, que se lança ao significado de um bem maior, de um valor maior.

Em muitos momentos, o abster-se de determinados desejos, o abrir mão de consideradas “condutas saudáveis,” como o alimentar-se adequadamente em favor de outras necessidades, como algumas existenciais, prementes naquele momento, pode significar uma atitude de Cuidado, que fora uma visão externa, alavancaria a atualização num todo contextual. Como diz Heidegger, é sendo que o “ser” se põe em jogo e em questão.

Ao fixar o indivíduo na realização rápida de desejos superficiais, faz-se o indivíduo perder sua atenção para o aspecto amplo da temporalidade necessária, ou seja, para a construção do *si mesmo*.

Exemplos disto é que, muitas vezes, a negação de desejos imediatos e, então, a restrição ao prazer rápido em função de uma vontade maior e mais importante para o bem-estar e para o indivíduo em sua vida pode representar Cuidado numa perspectiva de médio ou longo prazo, quando o Cuidado é aí revelado numa abordagem constitutiva do tempo. Realizar prazeres de forma reativa não significa o melhor para o indivíduo, para sua sobrevivência, desenvolvimento pessoal e saúde.

.....
⁵ Não o presente que contempla todas as dimensões temporais, mas aquele que exclui as demais. GOSWAMI, op cit.

Muitas vezes, abrir mão de certos desejos pode significar um Cuidado maior a ser construído a partir de agora, mas ser alcançado em sua plenitude mais adiante. Por outro aspecto, em alguns momentos, o realizar dos prazeres imediatos, quando não de forma absolutamente reativa, pode representar prioridade na escala de necessidades do sujeito, demandando carência imediata e necessária para ativar, posteriormente, necessidades outras.

Com isto, digo que, na hierarquia entrelaçada de necessidades pessoais, o contato com a totalidade destas vai oferecer ao indivíduo um sentido mais amplo a respeito da prioridade de tal necessidade sobre as demais num determinado instante, o poder fazer parte de um grande, sábio e significativo plano interno do organismo.

Exercer o modo do Cuidado significa mais que realizar isto ou aquilo num dado momento. Significa a diferença entre fazer algo por si e Cuidar de seu ser. Aqui, diferencio, então, o que chamo de desejo trivial ou reativo - produto do impacto relacional unilateralizado de tamanhas intenções externas, que guia o indivíduo - do desejo-Cuidado, fruto da tomada do existir, da imanência do sentir, não reativo, mas altamente ativo e eficaz, ainda que ora desestruturador e ora silencioso; fruto da totalidade sábia do organismo que assim pode funcionar mais plena e harmonicamente.

Tal perspectiva da temporalidade afina-se com o conceito de *Autopoiese* de Maturana (1995)⁶ em que o autor nos mostra que a característica comum entre os seres vivos é a produção de componentes que produzem a própria rede de relações que os geram. Portanto, os seres vivos se caracterizam por, continuamente, se produzirem a si mesmos.

Portanto, a construção pessoal responsável está diretamente ligada à intersubjetividade, à aceitação das diferenças e, então, à temporalidade, quando comparado ao assunto em questão. Caso percamos a noção de temporalidade no Cuidar, se arrefecerá a possibilidade de construção das próprias e singulares relações de saúde. Neste ponto estaria a diferença entre Cuidar e "Realizar um ato ou um movimento pela saúde". Este último não significa, necessariamente, Cuidado ainda que seja importante para a saúde como investimento.

Importa aqui que esta Congruência Estrutural com o meio, como nos afirma Maturana (1999)⁷, é uma forma de adaptação positiva e co-construída, o

⁶ MATURANA; VARELA. *A Árvore do Conhecimento*. Campinas: Psyll, 1995.

⁷ MATURANA, Humberto. *A Ontologia da Realidade*. Belo Horizonte: UFMG, 1999.

que se afina com a Cibernética de Segunda Ordem, que nos mostra que saúde não é uma adaptação cega aos padrões, mas a criação de novas condições e novas possibilidades de funcionamento de um sistema. Recai aí, a noção de responsabilidade do indivíduo em se construir.

Provavelmente, o exercício do Cuidado mostra-se comprometido na medida em que o indivíduo não pode se experimentar como agente de mudança, como instrumento, como se a saúde viesse de fora tal qual um mercado de ofertas frente ao qual ele seria, apenas, receptor.

Nesta concepção, cabe-nos articular os conceitos heideggerianos de *Consideração*, que faz o homem levar em conta a importância de tudo com o que lida, com as diferenças, com aquilo que deve carregar nas costas e com o conceito de *Tolerância* que exprime o empenho de correr atrás, aceitando as tensões, os limites e as características diferenciais das situações e modos de ser.

E a *Transparência*, que remete para a força e a ação penetrante da visão que permite não apenas perpassar obstáculos diferentes, como possibilita a integração respeitosa de uma visão de conjunto. Tais conceitos estão imbricados com a noção de construção do *ser* pelo tempo, a preocupação com as circunstâncias, as dificuldades a serem enfrentadas, as suportações e a autoconfiança que são condições para o exercício do Cuidado. Ao mesmo tempo, são atitudes de fato pouco estimuladas e que vão na direção bem oposta às características inibidoras do contato com o Todo Constituinte citadas até o momento, características de nossa sociedade moderna.

Estamos avaliando, então, que a exclusão do vivido e do exercício relacional significativo entre as pessoas, estas e o mundo na grande experiência social que edifica o mero agrupamento geográfico direcionado ao fazer, vão afetar diretamente as possibilidades de experiência do Cuidado pelos indivíduos.

Outra característica a ser acrescida é a de que o homem moderno estaria, ao identificar-se demasiadamente com o mundo, como citado, lidando com aspectos da tecnologia em algumas situações de forma não apenas a manuseá-la como instrumento de serviço, mas identificando-se com ela. Assim, estaria experimentando-a como ser autônomo, quase como uma grande mãe que salvará o indivíduo de um projeto existencial próprio, talvez numa tentativa de se ligar ao todo novamente.

Quando instauro aqui a noção do **Todo Constituinte**, reafirmo a posição de que, em dado momento, a prioridade de uma necessidade que se manifesta no campo psicológico ou, então, existencial frente a uma física naquele instante, ou vice-versa, não significa que o organismo estaria escolhendo por uma necessidade em detrimento da outra, mas que, no entrelaçamento de uma Saúde Integral, vários aspectos ou necessidades pontuais não apenas se representam em si, mas representam, apesar de se significarem apenas em um campo, a sabedoria de um conceito de Saúde Maior e mais amplo, ao qual todas as funções, indicações ou sintomas menores estão subordinados.

Para fazer frente a estas questões, arrisco opinar que não basta confiarmos em nosso organismo, tão ingenuamente como sempre acreditamos. Neste, está inserida a dimensão subjetiva que o representa, em parte, o decodifica e, de maneira não menos importante, e muitas vezes de fato isto ocorre, o desconstrói.

Como vemos, condutas impositivas, hábitos nocivos e pouco significativos e funcionais para a dinâmica real representada pelo nível experiencial podem reduzir em muito a capacidade de adaptação positiva e atualização deste organismo. Não por ele em si, mas pela via de suas portas de entrada psíquicas que vão, recorrentemente, insistir em estilos, vícios e padrões empobrecidos para suas, sempre, surpreendentes necessidades, já que falamos aqui das necessidades singulares de cada ser humano. E isto, muitas vezes a partir de crenças de que tais padrões sejam, realmente, positivos e insubstituíveis. Até mesmo porque estamos falando das possibilidades de restrição de nível de consciência como produto destas relações perversas, assim como o reforço sistemático a uma atenção serializada, colhida e impulsionada em direções estreitas e excludentes.

Este fato, além de, por conseqüência, diminuir a possibilidade de se lidar com o diferente, com o “estrangeiro” nas opções de vida, retiram do campo perceptual vários dados orgânicos internos e acesso sensorial a facetas da relação intersubjetiva e com o meio externo, diminuindo sua conseqüente capacidade de julgamento crítico e transversal a partir de um processo de simbolização fluido.

Pouco os indivíduos terão de poder pessoal frente a tamanhas estruturas, as quais também reforçam e nas quais estão inseridos, se não tiverem condições de se experimentarem de formas diferentes. Proponho, aqui, então, uma **Atenção**

Múltipla em termos de resgate e confrontação a uma atenção serializada que compromete o modo de ser Cuidado.

A necessidade recai sobre um poder estar atento a um cerne de múltiplas experiências que se despedaçam e criam uma vertigem de consciência para tomadas de lucidez desta em vários pontos de todo o sistema. Cria-se, então, a possibilidade de se avaliar mais ângulos do viver e os constituintes que a envolvem.

Em uma realidade social em que vivemos de forma compartimentalizada, com experiências estratificadas em escala de importância, o humano é cada vez mais uma soma de partes e mais partes, estereotipado na incorporação constante de necessidades artificiais e uniformizado no nível subjetivo com fins à massificação imaginária que serve ao controle de intenções escusas.

Numa sociedade pós-industrial e capitalista, precisamos, ainda, de grupos/espacos próprios para cada “gaveta” de nossas experiências, assentando-as enquanto lugar próprio, quando o próprio e o comum é o compartilhar.

Levar o indivíduo a lidar com os “seus diferentes” abismos íntimos pode ajudá-lo no fortalecimento de uma visão multifacetada que o liberta e o transgride do si mesmo, de um solipsismo⁸ e da perigosa aceitação da vivência institucionalizada que o divide, pondo esta em questionamento. Encontrar os pontos de comunhão saudável na diferença com os demais é uma forma de podermos gerar acoplamentos construtivos e de sobrevivência em saúde.

Na **Atenção Múltipla**, o indivíduo seria capaz de estabelecer-se a partir de vários ângulos internos, assim como conseguir uma ampliação de seu campo perceptual a partir de uma atenção que não se fixa patologicamente, mas que flutua em diferentes domínios de realidade, que transita a oxigenar a mente de dados vários, internos e externos, a se ver como produto de uma multiplicidade

8 Solipsismo é a corrente filosófica de que, além de nós, só existem as nossas experiências. O solipsismo é a consequência extrema de se acreditar que o conhecimento deve estar fundado em estados de experiência interiores e pessoais, não se conseguindo estabelecer uma relação direta entre esses estados e o conhecimento objetivo de algo para além deles. Ou seja, é um conjunto de idéias que afirma que existe apenas um Eu que comanda o Mundo, ou seja, o mundo é controlado consciente ou inconscientemente pelo SER. Devido a isso, a única certeza de existência é o pensamento, instância psíquica que controla a vontade. O mundo ao redor é apenas um esboço virtual do que o Ser imagina. Como também as pessoas, acreditando que são resultados de uma experiência mental. Além a isso, também se pode considerar o corpo do próprio Ser como algo virtual. Como diz a corrente solipsista, tudo é uma reprodução, uma vez que não se pode ter confiança nem nos sentidos que são experimentados, e apenas nos pensamentos, como fonte de certeza de existência.

de facetas internas e externas, dos quais se é denominador comum produtivo e decisivo quanto ao próprio futuro.

Uma atenção que não se deixa facilmente seduzir pelas promessas milagrosas e mágicas, mas compromete-se com seu fluxo de mudanças, e que não acata situações prontas como pacotes de ofertas em saúde, satisfação e bem-estar como desvinculados de uma totalidade que os representa. Tal conceito estaria em desacordo com a inflexibilidade de uma atenção rígida e seletiva que representaria o afastamento, por parte do indivíduo, do contato com a totalidade circundante.



A SAÚDE E A DOENÇA MENTAL SEGUNDO A FENOMENOLOGIA EXISTENCIAL

Ida Elizabeth Cardinalli¹
Faculdade de Psicologia da PUC-SP/
Associação Brasileira de Daseinsanalyse

Introdução

Este artigo discute as noções mais frequentes de saúde e doença, com o objetivo de desenvolver outra compreensão do existir saudável e patológico, quando baseada em uma abordagem fenomenológico-existencial, em particular, a Daseinsanalyse. Apresenta, também, de modo sucinto os desdobramentos desta compreensão na atuação do psicólogo na área da saúde.

Inicialmente, pretendemos refletir sobre as noções mais habituais de saúde, normalidade e patologia. Posteriormente, apresentaremos um breve

¹ Professora da Faculdade de Psicologia da PUC-SP e da Associação Brasileira de Daseinsanalyse. Endereço eletrônico: idaec@uol.com.br.

esboço dos autores principais da psiquiatria fenomenológica e existencial, tendo em vista esclarecer a compreensão de saúde e doença do ponto de vista da fenomenologia existencial, especialmente, da Daseinsanalyse e, finalmente, apontaremos algumas decorrências desta concepção para a prática em saúde mental.

1. Reflexões sobre a noção de saúde e doença

No campo da Psicologia e da Psiquiatria, frequentemente, a definição de saúde e doença está apoiada no critério de normalidade, de ajustamento ou do processo biológico. Percebemos, também, que as explicitações sobre doença são mais frequentes do que o esclarecimento da saúde do ser humano. Supomos que isto ocorre porque é muito mais fácil caracterizar as patologias, uma vez que estas se referem a maneiras de viver que são mais cristalizadas e repetitivas, enquanto as maneiras de existir saudáveis são mais variadas, criativas ou flexíveis e, necessariamente, estão inseridas em um momento específico da vida de alguém, assim como num contexto histórico e cultural de uma época.

Muitas vezes, o patológico é compreendido como equivalente ao extraordinário e anormal, uma vez que é um desvio do normal ao não corresponder às normas habituais. Assim, nesta perspectiva o normal é definido com base na norma estatística, região onde se apresenta a maior incidência do fenômeno observado.

É importante ressaltar que a definição do conceito de saúde apoiada na norma estatística postula uma equivalência entre o homem médio e o homem normal. Esta posição é perigosa, pois pressupõe uma noção de adaptação em relação aos comportamentos e valores culturais de uma época, e pode estabelecer como critério de normalidade uma perspectiva conformista, ou seja, normal é aquele indivíduo que se conforma ou está conforme a maioria.

Destacamos, também, que o estabelecimento da normalidade apoiado no critério estatístico revela um pressuposto do pensamento científico tradicional que corresponde ao modelo da Ciência Natural, que considera a objetividade e a mensurabilidade como critério de verdade que também é pensado como o único e absoluto. Assim, os aspectos objetivos, seja o substrato biológico, seja o quantitativo, são considerados para a conceituação do normal e do patológico.

Priorizamos, neste artigo, a discussão do critério quantitativo que fundamenta as noções de normalidade e ajustamento para a reflexão sobre a saúde e a doença, pois já apresentamos, em outros textos², alguns questionamentos sobre a psiquiatria clássica, que define a doença mental e o ser humano apenas com base na dimensão biológica, assim como encontramos, atualmente, críticas contundentes a este entendimento da doença mental desenvolvidas por diversos autores afinados com as propostas da reforma psiquiátrica.

Consideramos imprescindível, também, questionar os critérios da objetividade e mensurabilidade, uma vez que eles induzem à identificação entre os comportamentos mais habituais, o normal e o saudável. De modo geral, percebemos que o padrão majoritário de saúde, que afeta e solicita a todos, está muito distante do que entendemos como saúde, na medida em que solicita a preservação do já estabelecido e conhecido e que diz respeito a todas as pessoas em geral e não considera as peculiaridades de cada ser humano nem as situações e os contextos específicos. O padrão majoritário corresponde a um modelo a ser seguido de modo indiscriminado por todos. Assim, mesmo aquilo que se apresentou como normativo e indicou um ótimo funcionamento diante de um determinado contexto (físico ou social) pode ser absorvido pelo padrão majoritário atual e ser transformado em um modelo ideal de atitudes, valores e comportamentos.

2. A psiquiatria fenomenológica e existencial

Segundo Rollo May³ (1977), vários estudiosos compartilhavam inquietações sobre as proposições da Psicologia e da Psiquiatria para o estudo do homem, tanto dos fenômenos sadios, quanto dos patológicos. Esses autores questionavam as teorias psicológicas e psiquiátricas da época, ao indagar se elas permitiam “ver o paciente tal como verdadeiramente ele é” e compreender o paciente no mundo em que vive e existe.

Para esses estudiosos, as teorias psicológicas e psiquiátricas não conseguiam abarcar a própria vivência do paciente no mundo em que ele vive, e, assim, procuraram na explicitação filosófica de Husserl, Dilthey, Bergson,

² Cf Cardinalli. *Daseinsanalyse e esquizofrenia*, pp.46-47.

³ MAY, R. *Existencia*. Madrid: Ed. Gredos, 1977. p. 19.

Sartre, Heidegger, entre outros filósofos, um referencial que eles consideraram mais pertinente para o estudo do ser humano segundo as próprias dimensões humanas.

Assim, o pensamento filosófico, especialmente, da fenomenologia e existencialismo, oferece novos elementos para um método de investigação, que transposto para a psicologia e a psiquiatria fenomenológico-existencial permite a realização de estudos da experiência sadia e patológica do ser humano, que visam à descrição e compreensão da vivência ou da experiência dos pacientes.

Os trabalhos desenvolvidos sob a influência do pensamento husserliano buscam a compreensão do fenômeno patológico tal como ele se mostra para o investigador, têm como foco da investigação os estados de consciência, que no sentido husserliano sempre é uma “consciência intencional”, ou seja, é sempre consciência de alguma coisa e, portanto, o existir humano não ocorre separadamente do mundo em que se vive.

A primeira aplicação da fenomenologia husserliana às investigações da doença mental foi desenvolvida por Karl Jaspers⁴, que a definiu como “uma descrição cuidadosa e exata das experiências subjetivas dos enfermos mentais em um esforço de ‘empatizar’ mais intimamente possível com essas experiências.”⁵ (Ellenberger 1977, p. 129). Jaspers dedicou grande parte do seu tempo a interrogar seus pacientes sobre seu mundo interior e a comparar os resultados destes relatos. Com base nesse material, elaborou seu manual de *Psicopatologia Geral – Psicologia Compreensiva, Explicativa e Fenomenológica*, publicado em 1913. Jaspers considerava seu trabalho mais próximo de uma psicopatologia compreensiva⁶ do que efetivamente fenomenológica.

Os primeiros passos de Jaspers no campo da psiquiatria foram seguidos por Minkowski e Von Gebsattel, que consideravam que a observação fenomenológica não poderia contentar-se em, apenas, proporcionar um conjunto

.....
⁴ Ellenberger, no texto “Introducción clínica a la fenomenología psiquiátrica y análisis existencial”, descreve três etapas da psiquiatria fenomenológica, intitulando os estudos de Jaspers como “fenomenologia descritiva”, os trabalhos de Minkowski e Von Gebsattel como “fenomenologia genético-estrutural” e os estudos de Binswanger e Strauss como “fenomenologia categorial” (in May et al. 1977, pp. 123-160).

⁵ Ellenberger, R. “Introducción clínica a la fenomenología psiquiátrica y análisis existencial”. In May, R. *Existencia*. Madrid: Ed. Gredos, 1977.

⁶ Jaspers refere-se à distinção descrita por Dilthey sobre as teorias explicativas, as das ciências exatas, e as compreensivas, as das ciências humanas.

de dados, sem que se pudesse reconhecer suas conexões e inter-relações. Deste modo, procuraram descrever o transtorno gerador, do qual pode ser deduzido o conteúdo da consciência e dos sintomas do paciente.

Minkowski e Von Gebsattel, apoiados no pensamento de Bergson, observam que o transtorno básico dos pacientes melancólicos está relacionado à sua experiência com o tempo: o tempo não é experienciado “como uma energia propulsiva” (Ellenberger 1977, p. 132), assim, há um refluxo da corrente do tempo; portanto, o futuro é percebido como bloqueado e a atenção do paciente se dirige ao passado, enquanto o presente é sentido como estancado. Eles consideram que os outros sintomas da melancolia podem ser entendidos a partir desta experiência básica em relação ao tempo e, assim, ressaltam que uma “síndrome não é uma simples associação de sintomas, mas a expressão de uma modificação profunda e característica da personalidade inteira.”⁷ (Minkowski 1973, p.209)

Ludwig Binswanger foi o primeiro estudioso a perceber a importância da explicitação heideggeriana do existir humano para a compreensão da experiência patológica. No entanto, a primeira etapa dos trabalhos de Binswanger foi fortemente influenciada pela fenomenologia de Husserl e, apenas os seus trabalhos posteriores à publicação de “Ser e Tempo” (1927), por Martin Heidegger, mostram a influência do pensamento deste filósofo para o esclarecimento da experiência dos pacientes. Assim, ele abre um novo caminho para a aproximação da psiquiatria com as ideias de Heidegger, que é trilhado por Strauss, que já vinha trabalhando com Binswanger, e toda uma nova geração, como Medard Boss, Roland Kuhn, Van Den Berg e Buytendijk.

O psiquiatra descreve o mundo dos pacientes segundo quatro categorias: a temporalidade, a espacialidade, a causalidade e a materialidade, visando à reconstrução do mundo experiencial do homem perturbado, portanto, ele não se limita ao estudo das vivências do paciente, pois procura esclarecer a existência do paciente, “de tal maneira que os estados psicopatológicos aparecem como uma inflexão ou modalidade da estrutura do ser-no-mundo^{8.}”⁹.

⁷ Minkowski, Eugène. *El Tiempo Vivido*, México, Fondo de Cultura Económica, 1973.

⁸ Heidegger denomina o existir humano como Dasein (ser-aí), que se apresenta sempre como ser-no-mundo, pois ser-no-mundo refere-se às múltiplas maneiras como o homem vive e pode viver ou aos vários modos como ele se relaciona e atua com os entes que encontra e a ele se apresentam.

⁹ Teixeira, J. A. C. *Fenomenologia, existencialismo e psicopatologia*. In: *Actas das 1^{as} Jornadas de Psicologia e*

Entre os diversos seguidores citados acima, percebemos em Medard Boss uma trajetória particular, uma vez que esse estudioso buscou contato pessoal com Heidegger com o objetivo de aprofundar a compreensão do pensamento do filósofo e promover avanços nas discussões sobre o entendimento da patologia e da psicoterapia. Boss organizou encontros entre Heidegger e um grupo de psiquiatras e psicanalistas, em seminários que ocorreram entre os anos 1959 e 1969. Os registros dos seminários, dos diálogos entre o filósofo e o psiquiatra e as cartas entre os dois estudiosos foram publicados em 1987, em alemão, e no Brasil, em 2001, com o título de *Seminários de Zollikon*.

Observamos nos trabalhos de Boss um esforço de desenvolver outra compreensão dos modos de existir saudáveis e patológicos, assim como da proposta psicoterápica, baseadas nas explicitações heideggerianas do existir humano.

3. A noção de *dasein* analítica de saúde e doença

Medard Boss considera que o mais importante para a Medicina e a Psicologia não é o entendimento das doenças mesmas e, sim, do ser humano que está doente. Assim, ele desloca o entendimento da doença para o entendimento do *homem que está doente*, isto é, para a compreensão da *experiência do doente*.

Seguindo o caminho vislumbrado, inicialmente, por Binswanger, Boss encontra no pensamento filosófico heideggeriano as explicitações das características fundamentais do existir humano, denominadas existenciais¹⁰, que permitem o esclarecimento das experiências sadias e patológicas de modo mais pertinente às especificidades do ser humano. Ele considera que a explicitação, tanto dos modos de existir saudáveis, quanto dos patológicos, pressupõe o esclarecimento dos modos de existir humanos, orientados pelo entendimento do existir humano como *Dasein*.

Psicopatologia Fenomenológicas e Existenciais. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1990. p. 52.

¹⁰ Para Heidegger, os existenciais são as estruturas que compõem o ser humano a partir da sua existência, tais como: abertura, espacialidade, temporalidade, caráter mortal, ser junto com as coisas e com os outros, disposição ou afinção, compreensão, etc. Ao mesmo tempo, é importante ressaltar que a compreensão do existir como *Dasein* ocorre como uma totalidade, pois estas estruturas são copertinentes e coexistentes.

No livro *Ser e Tempo* (1927), Heidegger denomina o ser humano como Dasein (ser-aí). Esta denominação assinala “que o ser humano é um acontecer (sein) que ocorre no aí (Da), lançado já no mundo e, assim, ek-sistere, isto é, existe neste movimento para fora.”¹¹

Para Heidegger, o Dasein ontologicamente é, também, ser-no-mundo, pois sempre se apresenta junto com as coisas e com os outros, assim como a temporalidade é inerente aos modos de ser do Dasein. Portanto, o existir humano ocorre como uma totalidade.

Boss afirma que os existenciais mais importantes para a Medicina e a Psicologia são: a condição da abertura, os desdobramentos da liberdade existencial, o caráter espacial e temporal, a afinação, a corporeidade e a coexistência num mundo compartilhado.

Acompanhando as ideias de Heidegger, o autor considera que a natureza do fenômeno patológico deve ser compreendida como privação da realização das possibilidades existenciais constitutivas dos modos de ser do existir humano, quando este é entendido como Dasein.

No livro *Seminários de Zollikon*, o filósofo propõe que a doença seja entendida como uma privação, que é um tipo específico de negação, pois ela retém o que falta, sem excluí-la. Assim, ele considera que o fenômeno patológico apresenta uma copertinência com a saúde, quando estes fenômenos estão baseados na explicitação do existir humano como Dasein:¹²

Quando negamos algo de forma que não o excluimos simplesmente, mas o retemos justamente no sentido de que algo lhe falta, esta negação chama-se *privação*. (...) O ser sadio, o estar bem, o encontrar-se não estão simplesmente ausentes, estão perturbados. A doença não é a simples negação da condição psicossomática. A doença é um fenômeno de privação. Em toda privação está a copertinência essencial, aquilo a quem falta algo, de que algo foi suprimido. (...) Na medida em que os senhores lidam com a doença, na verdade os senhores lidam com a saúde, no sentido de saúde que falta e deve ser novamente recuperada.

¹¹ Cardinalli, I.E. *Daseinsanalyse e esquizofrenia*. São Paulo: EDUC/ Fapesp, 2004. p. 58.

¹² Heidegger, Martin. *Os Seminários de Zollikon*. São Paulo: ABD/EDUC e RJ: Vozes, 2001, p. 73

Heidegger ressalta, portanto, que na doença o ser sadio não está ausente, mas perturbado, e destaca a copertinência da condição de saúde para a compreensão da doença, uma vez que, tanto na saúde quanto na doença, as características existenciais estão presentes como possibilidades; no entanto, no estar doente elas (as possibilidades) estão privadas ou restritas.

Deleuze¹³ apresenta uma posição semelhante à de Boss em relação ao esclarecimento da doença, quando diz que a patologia fala de vida represada e cristalizada, pois há limitação e impedimento do movimento de vir a ser. “A neurose e a psicose não são passagens de vida, mas estados em que se cai quando o processo é interrompido, impedido, colmatado.” (Deleuze 1997, p. 13).

Ao mesmo tempo, destaca também que o padrão de saúde de cada época pode contribuir para a cristalização de determinadas maneiras de existir através do estabelecimento de modelos ideais a serem realizados. A saúde, por outro lado, contém o movimento do viver, do vir a ser ou do devir, sendo possível inventar novas formas de vida e preservar espaço para a criatividade, a elasticidade e a permeabilidade.

Com base nos esclarecimentos heideggerianos do existir humano como *Dasein*, Boss considera que a doença e a saúde podem ser compreendidas pelo *poder realizar e pelo ser livre*, isto é, pela habilidade do homem de realizar seu existir e pelo comportamento mais ou menos livre diante do que encontra. “Na doença ocorre uma privação (limitação) mais acentuada de realizar livremente seu existir, enquanto na saúde este realizar se mostra pelo poder dispor mais livremente das possibilidades de relação que se apresentam na abertura do mundo de uma pessoa específica.”¹⁴

Quando Boss salienta alguns aspectos da condição humana como as possibilidades e a abertura do futuro, é importante esclarecer que o *Dasein* é sempre poder-ser e não algo determinado. Enquanto o *Dasein* é, falta-lhe aquilo que ainda pode ser e será¹⁵ (Nunes, 1986, p. 100). Assim, o ser humano precisa do “aberto e do ainda não” para realizar o seu existir e desenvolver suas atividades.

O existir humano mostra a importância do futuro, do ainda não e do que ainda está em aberto na escolha e na realização, inclusive, das atividades

¹³ Deleuze, Gilles. *Crítica e Clínica*. São Paulo: Editora 34, 1997, p.13.

¹⁴ Cardinali, I.E. *Daseinsanalyse e esquizofrenia*. São Paulo: EDUC/ Fapesp, 2004. p. 110.

¹⁵ Nunes, B. *Passagem para o poético*. São Paulo: Ed. Ática, 1986. p. 100.

cotidianas. Esta é uma condição existencial do ser humano: ser determinado também pelo **futuro** e não apenas pelo passado. O futuro é aproximado como apelo ou solicitação das possibilidades que poderão ou não ser realizadas, que muitas vezes trazem uma sensação agradável de liberdade, mas, também, como assustador, quando percebemos a falta de garantia do que e como vai acontecer cada situação da nossa vida.

Deste modo, o pensamento heideggeriano não pressupõe um entendimento temporal determinista em relação ao homem, no sentido de supor que apenas o passado determina o ser humano, pois o existir humano ocorre no entrelaçamento das dimensões temporais denominadas passado-presente-futuro, tendo a primazia do futuro.

4. A doença mental

Boss elege a esquizofrenia, ou melhor, o esclarecimento do modo de existir esquizofrênico para mostrar a manifestação patológica que apresenta a restrição mais severa da possibilidade do homem de realizar seu existir, quando afirma: “É esta falta de liberdade e de abertura com respeito ao que é encontrado que demonstra a perturbação fundamental na existência do esquizofrênico.”¹⁶

No texto “O modo-de-ser esquizofrênico à luz de uma fenomenologia daseinsanalítica”¹⁷ (1977), Boss diz que a privação da abertura nos esquizofrênicos pode ser compreendida de dois modos: a *des-limitação* e a *limitação*. Ele esclarece que nestes dois modos há igualmente o comprometimento na realização da liberdade e da abertura.

A *des-limitação* indica os modos de existir esquizofrênicos em que a abertura se realiza *sem limites* diante do que se apresenta do mundo. Neste modo, o paciente “fica entregue, sem saída e sem sustentação” (Boss 1977, p.20). Ele fica entregue e é tragado pelo que aparece do mundo, pois este se manifesta como “super aberto”. Nesta maneira de viver, as coisas podem revelar-se ao esquizofrênico com tanta intensidade que ele pode vivenciar tanto muita felicidade quanto muito medo e sensação de perigo.

¹⁶ Boss, Medard. *Existential Foundations of Medicine and Psychology*, Jason Aronson, New York, 1979. p. 225.

¹⁷ Boss, Medard. “O modo-de-ser-esquizofrênico à luz de uma fenomenologia daseinsanalítica”. *Revista da Associação Brasileira de Daseinsanalyse*, São Paulo, nº 3, pp. 5-27, 1977

A *limitação*, por sua vez, revela o modo de existir esquizofrênico em que há um fechamento severo diante das solicitações das coisas e pessoas. Ela é uma maneira que o esquizofrênico encontra para proteger-se da experiência de aniquilamento vivenciada no modo des-limitado. Na limitação, ao mesmo tempo, ocorre o aumento da restrição da liberdade do esquizofrênico de realizar o seu existir, uma vez que ele, além de ficar submetido às significações específicas das coisas ou das pessoas, também se fecha a algumas dimensões do seu existir.

O autor considera, também, que os delírios e as alucinações podem ser compreendidos pela intensidade como as coisas se apresentam para o esquizofrênico e não precisam ser pensados como sintomas isolados, pois os sintomas são também comportamentos ou atitudes que estão referidos à totalidade do existir, isto é, são maneiras de alguém corresponder às solicitações do mundo que estão referidas ao entendimento do paciente em relação à presença de algo que aparece e da sua possibilidade de corresponder a tais solicitações.

Boss observa que as atitudes dos esquizofrênicos mostram que eles copiam, muitas vezes, os comportamentos das pessoas com quem convivem, não desenvolvendo as suas próprias possibilidades. Os esquizofrênicos permanecem no nível infantil quanto à realização das próprias possibilidades. Neste sentido, ele ressalta que “o comportamento infantil é o que corresponde às possibilidades efetivas de relacionamento que o esquizofrênico pode considerar como suas.”¹⁸

Decorrências para o trabalho do psicólogo

A noção de *daseinsanalítica* de saúde orientada pelo *poder ser* (poder realizar) e a *liberdade para ser* permite o esclarecimento das possibilidades de novas formas de ser, pois inclui o poder ser, a temporalidade e a liberdade para ser, sendo sempre compreendida como uma totalidade situada em contextos específicos. Estes esclarecimentos nos ajudam a situar diversas atividades do psicólogo: atendimento clínico (psicoterapia longa ou breve, orientação, diagnóstico), atuação nos serviços de saúde (atuação nos três níveis: primário, secundário e terciário).

A - Na atuação clínica mais tradicional (psicoterapia, orientação, diagnóstico) e nas intervenções da Clínica Ampliada (trabalho junto com as equipes

do PSF como visitas domiciliares), permite esclarecer quais são as possibilidades de mudanças no existir do homem e esclarecer o que limita e impede cada paciente e sua família de realizar seu existir de modo concernente consigo mesmo.

A compreensão existencial permite alargar a compreensão do psicólogo, pois possibilita, também, investigar a perspectiva temporal orientada para o futuro. Exemplo: o medo do novo que aparece para o jovem diante das novas responsabilidades que o futuro solicita ou o medo diante da doença ou da perspectiva da morte, etc.

Na atuação clínica intramuros ou extramuros, percebemos que o foco da escuta e da intervenção é a experiência do indivíduo situado nas suas relações e no seu contexto de vida e não a doença como uma entidade isolada, abstrata ou natural. Assim, é possível a compreensão da existência concreta inserida no seu contexto pessoal, experiencial, familiar, social, etc.

B – Como esta definição de saúde e doença não é específica à saúde mental, pois o homem é compreendido na sua totalidade, tanto a fratura na perna quanto a paralisia histérica da perna mostram uma restrição (limitação) no existir de uma pessoa. Portanto, oferece elementos para pensar as intervenções realizadas no âmbito hospitalar, que precisa considerar as situações de adoecimento nos diversos âmbitos do existir humano.

C - Este entendimento do existir humano também está em sintonia com as discussões e proposições mais atuais do modelo de atenção à saúde, quando, a partir dos anos 80, o movimento sanitarista brasileiro tentou romper com o modelo hegemônico hospitalocêntrico e medicalocêntrico. Este movimento procurou construir novas estratégias com base em uma visão global da saúde, situando o contexto familiar, social e histórico, e buscou romper com a separação entre os cuidados do corpo/orgânicos e os cuidados psíquicos.

SAÚDE MENTAL E PRÁTICAS PSICOLÓGICAS: ESPECIALIDADE, ESPECIFICIDADE E MULTIPROFISSIONALIDADE

Maria Luisa Sandoval Schmidt
Instituto de Psicologia – USP

A saúde mental pode ser entendida como campo¹ de confluência de visões modernas sobre a loucura concebida como doença mental: campo teórico, político e ideológico de confronto com a perspectiva psiquiátrica que inaugura e justifica a própria noção de doença mental, suas ramificações e classificações nosológicas e o hospital psiquiátrico, manicômio ou hospício como lugares privilegiados de tratamento.

Território em que discursos e práticas se enfrentam, tanto no plano das disciplinas científicas que reivindicam sua posse institucional, quanto no das políticas públicas, tem, talvez, como denominador comum, o intento de desmontar a cultura de atendimento centrada no hospital psiquiátrico.

¹ Esta idéia da saúde mental como campo, sugerida por Ianni R. Scarcelli, pesquisadora das políticas públicas e movimentos sociais nesta área, é interessante por contemplar a dinâmica de diferentes forças e vetores que caracteriza as relações entre políticas públicas e movimentos sociais, evitando uma definição estática e essencial da saúde mental. É fecundo chamar a atenção para o caráter problemático e inacabado das propostas em saúde mental.

Por essa razão, são pautas da saúde mental problematizar a idéia de doença mental que, no entanto, continua operante em sua esfera; posicionar-se contra o confinamento de indivíduos em hospitais psiquiátricos a pretexto de tratamentos que se constituem em formas violentas e arbitrárias de contenção e disciplina como o uso de camisas de força, eletrochoques, excesso de medicamentos ou a chamada contenção química; desconstruir o discurso sobre a periculosidade dos indivíduos identificados ou diagnosticados como doentes mentais que joga importante papel na legitimação dos hospícios.

Produzir ou alcançar a saúde mental é faceta afirmativa da crítica à cultura hospitalocêntrica, em que a experimentação de discursos e práticas contra a hegemonia dos hospitais psiquiátricos e seus dispositivos teórico-clínicos, políticos e ideológicos coloca-se a favor de direitos, buscando modos de cuidado coerentes com os valores de cidadania, autonomia e liberdade.

As facetas crítica e afirmativa da saúde mental articulam-se, convocando e motivando saberes e práticas da psicologia, da terapia ocupacional, da anti-psiquiatria, da psicanálise, da educação, do serviço social, entre outras.

As tarefas de construção da saúde mental incluem a crítica das concepções e formas de tratamento da chamada doença mental que vêm da tradição psiquiátrica e a conseqüente proposição de outras concepções e formas de tratamento e/ou cuidado que, no entanto, por sua vez, remetem ao âmbito ou à amplitude abarcados pela crítica e pelos saberes e práticas ditos alternativos (ao saberes e práticas psiquiátricos).

Basicamente, âmbito ou amplitude podem ser apresentados por referência ao debate mais estritamente clínico em que são visadas as práticas de tratamento, das quais, contudo, não é possível excluir as dimensões políticas e seus efeitos nas relações entre especialistas e “pacientes” e a esfera mais larga de busca de cidadania, liberdade e autonomia em termos mais propriamente políticos, em que o mote da cidade sem manicômios traduza a efetiva ocupação ou habitação das cidades e o direito a uma existência pública por parte daqueles que vivem a experiência da loucura.

Dito de outra maneira, há, portanto, para a construção da saúde mental, um conjunto complexo de recortes e articulações possíveis entre saberes e práticas especializados, estes e os saberes e práticas populares e culturais e entre políticas públicas e movimentos sociais: trata-se da micro-política das relações cotidianas

entre os diferentes protagonistas desta cena e da macro-política dos programas e planos de governo, seus avanços e recuos em relação às reivindicações dos movimentos sociais e a combinação de ambas nas situações concretas vividas no país e nas cidades brasileiras.

O trabalho em equipes multiprofissionais e as questões sobre especificidade e especialidade das áreas são elementos do campo da saúde mental que, cruzando a micro e a macro políticas, mostram-se como potentes problematizadores das relações e das propostas.

Para o exame deste tema, a menção às políticas públicas em saúde mental e ao Movimento da Luta Antimanicomial, no Brasil, faz-se necessária.

Políticas públicas, movimento social e saúde mental

Sobre a história mais recente das políticas públicas, a menção de partida é o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária, concebido por uma comissão do Conselho da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e aprovado em 1982, que buscava melhorar o atendimento em saúde mental e planejar o uso de recursos, aumentando sua produtividade.

Os princípios ali defendidos já antecipam, em certos pontos, aqueles mesmos princípios que nortearão, em 1988, para toda a saúde, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Regionalização e hierarquização dos serviços, prioridade à atenção primária e à capacidade instalada do setor público, responsabilidade do Estado na proposição e condução das políticas, integração inter-institucional, descentralização e desburocratização administrativa e criação de mecanismos de avaliação e participação de usuários são princípios cujos procedimentos para sua concretização foram também indicados pelo Programa.

Fundadas na noção de “distúrbio psiquiátrico” como “episódio no ciclo natural de saúde/doença do indivíduo”, as práticas recomendadas incluem: atendimento predominantemente extra-hospitalar; formação de equipes multiprofissionais; estratégias de atenção primária, regionalizada, por meio de ambulatórios e centros de saúde, com formação de equipes de saúde mental nesses equipamentos e supervisão e orientação de atendimentos realizados por médicos generalistas e, ainda, por meio de ações de prevenção e promoção de

saúde mental; construção de recursos extra-hospitalares tais como hospital-dia, pré-internação, pensão protegida e oficinas; estabelecimento de critérios e formas de controle para a internação em hospital psiquiátrico e instalação de pequenas unidades psiquiátricas em hospitais gerais, com incentivo à participação dos hospitais de ensino nesta mudança².

Estas diretrizes sugerem alguns comentários no que diz respeito ao tema que aqui interessa.

Primeiramente, nota-se que a noção de doença mental é central e equivalente a um “distúrbio psiquiátrico” que, no entanto, pode e deve ser tratado em outros lugares que não o hospital psiquiátrico e por meio de outras abordagens. A experiência da loucura permanece aprisionada à visão médica como episódio natural do trânsito entre saúde e doença. Naturalizada, porém, pode deixar os espaços de confinamento para ser tratada em equipamentos abertos: hospital-dia, pensão abrigada, oficinas. Outras abordagens são insinuadas em dois níveis: a composição multiprofissional, pressupondo contribuições de outras disciplinas para além da medicina, em outros *settings* terapêuticos e as estratégias de atenção primária.

Vale ressaltar, por último, que o Programa contempla uma abertura para participação de usuários na avaliação de serviços, aspecto relevante para acompanhar os desdobramentos da necessidade de democratização da gestão das políticas públicas de saúde.

A aplicação e os efeitos desta proposta foram desiguais considerando-se a imensa quantidade de municípios brasileiros.

Em São Paulo, durante o governo estadual de Franco Montoro, os princípios da reforma foram experimentados e as observações que se seguem tomam esta cidade como exemplo.

A reformulação, neste caso, respondeu à prioridade dada para as ações de atenção primária com a formação de equipes mínimas de saúde mental nos centros de saúde. A equipe era constituída por, pelo menos, psiquiatra, psicólogo e assistente social e poderia, em alguns casos, acolher outros profissionais, tais como, terapeuta ocupacional, visitador domiciliar, educador, dependendo dos recursos e singularidades dos equipamentos. O trabalho destas equipes dividia-se em atendimento direto à população, assessoria e supervisão aos médicos

² Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica*. Brasília: MPAS/CCS, 1983, p. 14.

generalistas e ações educativas no enfrentamento do preconceito e na promoção de mudança de mentalidade.

Estas equipes são um registro interessante para a análise da especificidade e especialidade no composto multiprofissional. Pela diversidade de tarefas, pela singularidade das situações concretas dos centros de saúde e pelo caráter de novidade e experimentação, estas equipes expuseram uma gama de problemas postos tanto à sua conformação interna, quanto às possíveis relações com outros profissionais e com a população.

Internamente, as equipes multiprofissionais de saúde mental, nesta ocasião, já anunciam o dilema das fronteiras disciplinares em torno de perguntas sobre como manter as especificidades disciplinares sem tornar a equipe um conglomerado de especialistas, como priorizar e valorizar os vínculos entre profissionais e usuários para além das prerrogativas corporativas, como arquitetar um projeto coletivo em que as diferenças disciplinares colaboram e não simplesmente competem entre si, como prestigiar e considerar saberes a partir de sua pertinência às situações, transpondo visões consagradas sobre a hierarquia dos saberes, entre outras.

Na relação com outros profissionais, as equipes representaram uma especialidade, a saúde mental, que podia ser chamada a atender os “surtos” e as “ocorrências graves” na porta dos centros de saúde, “salvando” os não especialistas da incumbência de ter que lidar com loucos, mas que também podia colocar-se como interlocutora qualificada para estes mesmos não especialistas compreenderem suas possibilidades e dificuldades no acolhimento do sofrimento da população assistida.

Com a população, talvez, a especificidade de um lugar de acolhimento e escuta apareça com mais força por sobre as especialidades: ser respeitosamente recebido e escutado tem um valor que pode independe da especialidade do profissional, bem como de seu lugar hierárquico.³

Há, contudo, ainda, uma faceta destas equipes que faz uma conexão entre saúde mental e atenção primária que precisa ser olhada com cuidado. Trata-

³ Num trabalho de supervisão feito em Centros de Saúde da zona sul da cidade de São Paulo, nos anos 80, auxiliares de enfermagem contaram que eram depositárias preferenciais de confidências de mulheres que freqüentavam o centro como pacientes. As próprias auxiliares de enfermagem estranhavam que as mulheres compartilhassem com elas assuntos íntimos que, no entanto, se recusavam a referir nas pré-consultas médicas.

se do fato de que a saúde mental como serviço tornou-se, neste desenho, uma porta de entrada para o sistema de saúde pública. Ou seja, alguém poderia chegar diretamente ao setor de saúde mental com a demanda de conversar com algum profissional sobre si ou sobre a vida. A esse ponto será necessário voltar em breve.

A reforma psiquiátrica no Brasil, a partir do final dos anos 80, entra numa fase que Amarante denomina de trajetória da desinstitucionalização⁴. O surgimento do Movimento da Luta Antimanicomial é uma marca importante desta trajetória em que a desativação dos hospitais psiquiátricos e a constituição de uma rede substitutiva para atendimento em saúde mental são objetivos centrais.

Mais uma vez, toma-se o exemplo da cidade de São Paulo que, entre 1989 e 1993, no governo municipal de Luiza Erundina, implementou a construção da rede substitutiva.

No documento *Diretrizes para a política de saúde mental no Município de São Paulo* (1989/Gestão Democrática e Popular), alguns pontos desta política merecem destaque: a formação de conselhos populares nos serviços de saúde mental; o combate ao sistema manicomial, incluindo a desativação de convênios da Prefeitura com empresas privadas de saúde mental e a fiscalização do tempo e das condições de internamento em hospitais públicos ou privados; a humanização das práticas de atendimento; o investimento na mudança de mentalidade sobre a loucura; a valorização dos saberes e das práticas de cuidado populares e a relativização dos saberes e das práticas médicas e psicológicas; entre outros.

A maior contundência no enfrentamento do sistema manicomial, encampando a bandeira do Movimento da Luta Antimanicomial “por uma sociedade sem manicômios”, o empenho na democratização da gestão dos serviços e a valorização de saberes e práticas populares são avanços em relação à política realizada, anteriormente, no governo estadual.

Na composição da rede substitutiva entraram equipes de saúde mental atuantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), hospitais-dia, centros de convivência e enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais.⁵

4 AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

5 Para uma visão detalhada da implantação da rede substitutiva no governo de Luiza Erundina ver SCARCELLI, Ianni R. *O Movimento Antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo 1989-1992*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1998.

A perspectiva de atendimento ou cuidado em rede renova e acirra as questões sobre a especificidade e a especialidade nas equipes multiprofissionais e nos diferentes equipamentos e espaços da rede.

Na condução de supervisão junto à Prefeitura, em 1993, a presença num mesmo grupo de diferentes profissionais (psiquiatra, psicóloga, assistente social, terapeuta ocupacional), de diferentes equipamentos (UBS, centro de convivência, enfermaria de psiquiatria em hospital geral, hospita-dia), abriu aspectos interessantes do funcionamento em rede de equipes multiprofissionais.

Alguns problemas e conflitos exibiam de maneira muito clara a força da ordem disciplinar, bem como a dificuldade de transpor modos de pensar e de atuar consagrados nesta e por esta ordem. Por exemplo, o desejo de alguns profissionais de substituir a supervisão multiprofissional focalizada na construção da própria rede pela supervisão de “casos clínicos” por especialidade; a angústia e a preocupação com os vínculos que alguns usuários da rede faziam com profissionais e/ou equipamentos à margem das representações convencionais sobre funções, lugares e papéis; o receio de invadir o território profissional alheio ou de ser por ele invadido; o medo de ver diluída uma identidade profissional pela ausência de atividades e enquadres conhecidos e reconhecidos como próprios de uma disciplina.

A possibilidade de discutir e refletir sobre os episódios concretos do cotidiano de cada equipamento tendo em vista fazer caminhar um projeto cuja definição depende fortemente da prática de atitudes e valores, o esclarecimento sobre as necessidades e demandas da população e a tentativa de conformar ou adequar os serviços a essas necessidades e demandas, invertendo a lógica de exclusão da clientela que não ostenta o perfil esperado pelos serviços, a referência da rede como conjunto solidário de recursos que se apóiam mutuamente, indicando uma saída para o trabalho fragmentado e isolado, tanto dos profissionais quanto das instituições, os experimentos interdisciplinares, entre outros elementos, assinalam a riqueza e fecundidade da proposta em rede.

Na rede, alguns equipamentos propiciam um maior “apagamento” das divisões por especialidades, como é o caso dos centros de convivência comunitária (CECCOs), enquanto outros se estruturam mais diretamente a partir de uma especialidade, como por exemplo a enfermaria de psiquiatria no hospital geral.

No entanto, uma especificidade da rede em saúde mental, perpassando todos os equipamentos e profissionais, são, justamente, o oferecimento de acolhimento e escuta e a valorização do vínculo: trata-se de uma especificidade cujo monopólio não pertence a uma profissão ou disciplina e, ao contrário, convoca todos a fazerem, em maior ou menor grau, deslocamentos em relação a atividades profissionais especializadas. Ao mesmo tempo, como já se disse anteriormente, a militância política, faceta importante do campo da saúde mental, faz apelo, também, a formas de convivência e ações que tendem a afrontar a hierarquia de saberes e poderes produzida pela ordem disciplinar.

A história de implantação da rede substitutiva foi e é atravessada pelas diretrizes mais gerais das políticas federais e concretiza-se como resultado de correlações de forças regionais no plano estadual e locais nas cidades.

No arranjo atual da política de saúde, assistimos à expansão do Programa de Saúde da Família (PSF) que, por determinação do governo federal, vem se impondo como estratégia privilegiada de atenção básica. A atenção básica, por sua vez, é considerada fundamental para a consecução dos princípios e objetivos da reforma sanitária que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), em que a prevenção e promoção, bem como a universalização do acesso aos bens e serviços, aparecem com destaque.

O avanço do PSF como porta de entrada do sistema público de saúde é acompanhado, na cidade de São Paulo, mas não exclusivamente nela, de duas tendências da reforma psiquiátrica: um certo esgarçar da rede substitutiva, agravado pela dificuldade de organização e mobilização do movimento da luta antimanicomial; e o favorecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) em detrimento da própria rede.⁶

6 A compreensão de aspectos relevantes da relação entre atenção primária, atenção básica e saúde mental beneficiou-se grandemente da análise sócio-histórica das políticas públicas de saúde mental no Brasil realizada por Pereira e cols (Pereira, Lygia Maria de França e cols. *Análise das políticas públicas em saúde mental no Brasil*. Relatório de Pesquisa Transformação do Modelo de Atenção Pública em Saúde Mental e Seus Efeitos no Processo de Trabalho e na Saúde Mental dos Trabalhadores. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Centro de Saúde-Escola Prof. Samuel Barnsley Pessoa, Programa de Saúde Mental, s/d). Esta pesquisa, examinando as políticas a partir da década de 70, identificou, nos textos oficiais, a existência de modelos diferentes de atenção em saúde mental, estudando os pontos de vista sócio-históricos “que determinam tanto a implantação do ‘modelo piramidal’ de hierarquização da complexidade das ações quanto a do ‘modelo em rede’ advindo da reforma psiquiátrica”, apontando, no que diz respeito aos princípios do SUS, contribuições e problemas de ambos e de sua sobreposição no momento atual.

Em São Paulo, a implantação do PSF, a partir de 2001, resultou na retirada progressiva das equipes de saúde mental das UBSs, limitando ou praticamente excluindo a saúde mental como atenção primária, ou seja, como uma possibilidade, também, de porta de entrada no sistema.

A política vigente remete às equipes de PSF a tarefa de perceber e cuidar das pessoas que sofrem de modo “moderado ou leve”, contando com o apoio dos profissionais de saúde mental como retaguarda.

Esta política vem incentivando o modelo de matriciamento por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) ⁷.

O NASF é composto por equipes multidisciplinares que devem funcionar como retaguarda para um conjunto de equipes de PSF, em um dado território. As especialidades, em tese, não são definidas *a priori*, podendo variar de acordo com a avaliação de necessidades locais. São tarefas destas equipes: a elaboração de projeto terapêutico e de saúde coletiva para o território e o apoio matricial.

O conceito de matriciamento, por sua vez, é o de uma espécie de preceptoría dos profissionais especializados em relação às equipes de PSF. Não se trata, portanto, de atender às demandas da população e expectativas das equipes de PSF por encaminhamento especializado. Pelo matriciamento, tenta-se diminuir a fragmentação dos processos de trabalho, investindo em reuniões e conversas para troca de saberes entre especialidades e para a construção de espaços coletivos protegidos e propícios à interação de diferentes profissionais e das equipes de PSF e NASF. Propõe, ainda, a co-responsabilidade ou o atendimento compartilhado de indivíduos e famílias, quando necessário, bem como a integralidade e ampliação do acolhimento aos usuários. Algumas práticas concretas do matriciamento exemplificam-no de modo mais direto: discussão de caso; atendimento conjunto; ações comunitárias, apoio em situações de conflito; discussão teórica; visitas domiciliares; decisões coletivas sobre intervenções individuais quando não houver outra possibilidade.

7 A breve apresentação dos NASFs que aqui se faz beneficiou-se muito de seminário “A questão do matriciamento na ESF: desafios e estratégias de ação”, promovido em abril de 2009 pelo Centro de Saúde-Escola Prof. Samuel Barnsley Pessoa. Naquele seminário, entre outros palestrantes, Maria Luiza Santa Cruz, coordenadora de NASF/ Zona Norte SP e Gustavo Tenório Cunha, consultor do Programa Nacional de Humanização (PNH) do SUS falaram sobre aspectos gerais dos NASFs e Jurema Westin Carvalho, supervisora técnica de saúde da Freguesia do Ó/Brasília, sobre a saúde mental nestes núcleos.

Os NASFs retomam, em outra roupagem, elementos interessantes das propostas multidisciplinares, tanto das experiências de atenção primária da saúde mental junto aos centros de saúde, quanto daquelas de alguns equipamentos da rede substitutiva. No primeiro caso, as inter-consultas, visitas domiciliares, ações comunitárias e no segundo, o atendimento compartilhado, os *settings* grupais e a construção de projetos terapêuticos coletivos, as experimentações multi e interdisciplinares na constituição da própria equipe.

A saúde mental no contexto dos NASFs, no entanto, está sujeita aos riscos de uma especialidade para a qual converge uma grande demanda de atendimento. Para Jurema Carvalho, há um forte desejo das equipes de PSF de “passar o atendimento de casos” de saúde mental e dificuldade em aderir à recomendação de atendimento compartilhado: há demanda e expectativa da saúde mental como especialidade.

Lygia Maria de França Pereira, coordenadora do Programa de Saúde Mental do CSE Samuel B. Pessoa, em entrevista, destacou alguns pontos cruciais da mudança operada na saúde mental com a entrada do PSF e a recente orientação do matriciamento: a saúde mental deixa de ser porta de entrada específica, tornando-se retaguarda; matricia, principalmente, médicos, enfermeiros e agentes comunitários numa perspectiva médico-assistencialista, reduzindo-se a uma especialidade médica; corre o risco de só poder oferecer ou sugerir remédio ou “vida social” (participação em atividades socializantes dos mais diversos tipos); o matriciamento pode transformar-se em atendimento em saúde mental, porque os profissionais da área podem ficar tentados a assumir a prestação de serviço no lugar das equipes de PSF “despreparadas” para tal.

As críticas e os receios desenham, num certo sentido, a preocupação com a redução do campo da saúde mental a uma especialidade médico-assistencial que se fecha à fecundidade dos encontros com outros.

A reforma psiquiátrica e o movimento da luta antimanicomial constelam o campo da saúde mental como lugar problemático e fecundo de encontro de saberes e práticas de cuidado, política, clínica e cidadania.

O PSF e a proposta de matriciamento interpelam o campo da saúde mental, tratando de expor riscos que a própria reforma e o próprio movimento enfrentam e que passam, entre outros aspectos, pelas dificuldades de superar a ordem disciplinar, propondo formas de trabalho, de cuidado e de convivência igualitários.

No recorte das políticas de saúde mental apresentado, buscou-se indicar a presença das equipes multiprofissionais, da especialização e da especificidade como analisadores interessantes.

Em seguida, fazendo jus ao tema desta comunicação, examina-se a questão das práticas psicológicas neste quadro.

Saúde mental e práticas psicológicas

Gustavo Tenório Cunha, no seminário sobre matriciamento anteriormente citado, lembrou características do trabalho dos especialistas no sistema de saúde pública pelas quais pode ser pertinente começar a comentar as práticas psicológicas. São elas: o fato dos profissionais fazerem investimentos afetivos em algum tipo exclusivo de saber-fazer próprio de uma profissão, o desconhecimento de saberes mais largos que podem e devem ser comuns a várias e diferentes profissões afeitas aos assuntos humanos e a tendência dos especialistas a serem engolidos pelas rotinas de atendimento, permanecendo sem condições e/ou interesse em contribuir para a construção de projetos coletivos nas dimensões que este autor considera fundamentais para a saúde pública — acolhimento, clínica ampliada e saúde coletiva.

Estas características podem servir a profissionais de psicologia, incluindo aqueles dedicados às psicanálises, que atuam no serviço público na área de saúde mental.

As psicoterapias são este saber-fazer no qual existe grande investimento afetivo e identitário. O chamado “modelo de consultório” transpõe para os equipamentos de saúde a lógica das especialidades justapostas e abertas ao recebimento de demandas identificadas e separadas por áreas. Muitas vezes a especificidade da psicologia é totalmente recoberta pela especificidade de um determinado enquadre.

Como especialidade entre especialidades, o atendimento psicológico mostra-se em relações de rivalidade ou complementaridade com outras disciplinas e, principalmente, com a medicina psiquiátrica.

A formação nos cursos universitários de psicologia tende a reforçar uma perspectiva clínica centrada nas teorias e técnicas psicoterápicas, com ênfase no tratamento de neuroses e psicoses, em *settings* duais de gabinete.

A leitura das necessidades e demandas da população usuária do sistema público de saúde indica que a psicoterapia, muito embora seja um dispositivo útil no cuidado ao sofrimento, não pode nem deve ser considerada como dispositivo único e privilegiado para o exercício da clínica.

Há, na esteira da crítica às limitações da psicoterapia como instrumento de promoção de saúde pública, um conjunto significativo de propostas e pesquisas sobre clínica social. Neste conjunto, em que figuram as psicoterapias breves, focais e de grupo, convém fazer referência ao Plantão Psicológico⁸.

A reforma psiquiátrica no Brasil, por sua vez, convocou saberes e práticas psicológicas a saírem de seus modelos mais convencionais e há, nesse sentido, uma história a analisar.

Na consecução da própria reforma, as práticas psicológicas compareceram em diferentes papéis que convém elencar: porta de entrada específica nas unidades básicas de saúde, como resultado das pioneiras conexões entre saúde mental e atenção primária; referência para supervisão e formação de equipes de atenção primária e equipes multiprofissionais de equipamentos da rede substitutiva, em diferentes momentos da reforma; recurso para análise institucional; entre outros⁹.

Para a rede substitutiva convergiram muitas invenções, articulando experiências de clínica ampliada e experimentos de colaboração entre profissionais de diferentes áreas na constituição de equipes multiprofissionais.

Principalmente nos CAPSs e nos centros de convivência, estes experimentos alargam o sentido de terapêutico. Esta expansão do sentido de terapêutico, por sua vez, vai ao encontro de ações e propostas que não dizem respeito apenas ao tratamento (da doença mental, da psicose), mas visam à cidadania. O deslocamento da intenção de cura para as questões do existir e viver na cidade une profissionais e usuários em grupos e coletivos cujos objetos deixam de ser exclusivamente a doença, o sofrimento, a psicose e os tratamentos psiquiátricos e psicológicos, voltando-se para os problemas de trabalho, moradia, locomoção, acesso a bens culturais, entre outros.

⁸ MORATO, Henriette Tognetti Penha (org.). *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

⁹ Grupos operativos de inspiração psicanalítica e as supervisões de apoio psicológico de inspiração fenomenológica são exemplos de práticas envolvidas na formação de equipes multiprofissionais.

Nestes experimentos, a especificidade não se define pelo enquadre psicoterapêutico e sim por modos de estar, escutar, acolher e compartilhar que são, eles mesmos, resultado do encontro multiprofissional.

Temas que recortavam uma especificidade da psicologia como o acolhimento e a escuta têm sido tratados, não só no âmbito da saúde mental como no da atenção básica, tendo em vista a multiplicação de lugares e modos de acolhimento e escuta não especializados.

Esta tendência assinala o interesse em compreender as complexidades e singularidades das situações concretas que se apresentam ao sistema público de saúde a partir da pluralidade de pontos de vista constelados nas e pelas equipes multiprofissionais e pela população atendida.

Espera-se do profissional de psicologia uma posição diferenciada do especialista, substituindo o oferecimento de práticas “prontas para o uso” pela abertura para conceber junto com outros, trabalhadores e população, as práticas adequadas às situações concretas.



**PLANTÃO
PSICOLÓGICO**



Oswaldo de Barros Santos

Um dos ícones da Abordagem Centrada na Pessoa, teve grande participação, junto com a Professora Rachel Rosemberg, sua ex-aluna, na implantação do Serviço de Aconselhamento Psicológico no IPUSP. Interessou-se pelo trabalho de Carl Rogers e começou a utilizar as idéias deste autor em seu consultório, defendendo sua tese sobre a Terapia Centrada na Pessoa no IPUSP. Durante sua vida, participou também da criação de várias associações de psicologia, e muito contribuiu para o aperfeiçoamento das técnicas psicoterápicas.

PRÁTICA DE PLANTÃO PSICOLÓGICO EM INSTITUIÇÕES: QUESTIONAMENTOS E REFLEXÕES

Henriette Tognetti Penha Morato¹

1. Introdução

Prática busca redirecionamentos significativos para sugerir transferência de metodologia na formação de agentes sociais de saúde e educação. É premente conhecer dificuldades, limites e responsabilidades destas práticas quanto à demanda da população, usuária dos serviços de instituições públicas, bem como legitimar estágios e projetos de extensão na parceria entre ciências aplicadas da Universidade e necessidades da comunidade de seu entorno. Reflexões teóricas e de investigação, percorrendo os desafios da prática em ação, engendram pensar a responsabilidade e o compromisso ético do psicólogo frente às demandas sócio-culturais do país.

Nesse sentido, experiência e reflexões contam uma história que retoma outras histórias. Essas histórias não são pano de fundo: atravessando a história

1 Professora do IPUSP e coordenadora do LEFE. Endereço eletrônico: hmorato@usp.br

atual, fundamentam a possibilidade dela se constituir como outra história. É continuidade a percurso no campo do Aconselhamento Psicológico e de sua constituição como prática psicológica no Brasil: surgiu da modalidade do Plantão Psicológico, no Serviço de Aconselhamento Psicológico do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, pela visionária Rachel Rosenberg e Oswaldo de Barros Santos, em 1969.

Compreendido inicialmente como uma primeira entrevista e atrelado ao processo de terapia, proposta de Plantão Psicológico como atitude, possibilidade de pesquisa e construção de conhecimento nos Projetos de Atenção Psicológica visa teorizar sobre as afetações e questionamentos no espaço de Plantão, buscando uma produção de conhecimento e invenção da prática e da formação de agentes, clínicos e pesquisadores. Como prática suscita questionamentos que a teoria não responde a priori, plantonistas constroem juntos saber e conhecimento contextualizados e específicos, a partir da experiência. Ocorrendo simultaneamente, pesquisa e prática psicológica não se sobrepõem, pois na pesquisa o interesse primeiro é o do pesquisador e na prática o interesse primeiro é o do solicitante, formalizado pedido de intervenção. É no espaço de supervisão, onde o foco principal é refletir sobre as experiências do estagiário, que o interesse por pesquisar atenção psicológica surgiu: reflexões nesse espaço provocaram investir e perseguir na produção de conhecimento fidedigna à prática realizada.

2. Alguns achados pela experiência

Desde 1999, o Laboratório de Estudos em Fenomenologia Existencial e Prática em Psicologia (LEFE), da Universidade de São Paulo (USP), desenvolve Projetos de Atenção Psicológica em Instituição, considerados estágios extracurriculares oferecidos pelo laboratório para a intervenção clínica e pesquisa acadêmica. Seu surgimento deve-se a pedidos formais de intervenção feitos por representantes de outras instituições. A entrada de psicólogos no contexto dessas instituições não é gratuita ou focada nos interesses acadêmicos do laboratório: reafirma a responsabilidade da universidade pública na busca por estratégias interventivas para a comunidade que a sustenta e lhe confere lugar privilegiado da produção de conhecimento.

Explorando metodologias interventivas, nas quais práticas psicológicas

pudessem ser inseridas em contextos institucionais, alunos de graduação e pós-graduação, ancorados no olhar da pesquisa fenomenológica, buscaram inserção pela cartografia, oferecendo Atenção Psicológica de acordo com as possibilidades e dificuldades, dada a cultura de cada instituição. O modo de ação passa a constituir-se no aproximar-se do fenômeno, partindo de mudança na clínica tradicional, direcionando-a para a coletividade, para o ser entre homens: ser em situação, contextualizado em uma cultura, num certo espaço, num determinado tempo.

As reflexões e re-configurações das práticas psicológicas, nesses projetos às demandas de instituições, surgem das próprias dificuldades no andamento dos trabalhos. Na perspectiva de atendimento à demanda, impõe-se, por um lado, a necessidade de abandono de certas concepções tradicionais de clínica e teoria psicológica e, por outro, alternativa para contemplar as emergências trazidas ao serviço, recorrendo à psicologia social clínica e referencial fenomenológico existencial: perceber e refletir transformações que o oferecimento de atenção psicológica, de um lado, e as instituições solicitantes, de outro, sofrem ao longo do tempo. Compreendendo a experiência dessa ação, a partir de propostas de Plantão Psicológico, diferentes formas neste “jogo de encaixe” são percebidas por relatos de experiências várias, marcando uma pluralidade de compreensão e ação (OLIVEIRA, 2005²; AUN, 2005³; NUNES, 2006⁴).

Cartografia foi movimento de investigação criado e reconhecido em trabalho de campo no LEFE: revelava-se um modo clínico assumido e presente quando da entrada na instituição. É caminho possível para tentar não impor modalidades de prática clínica em instituição sem devida contextualização. Esse modo investigativo constituiu-se em iniciação para estagiários de projetos: modos de entrada no contexto institucional, recorrendo-se a filme e pequeno trecho, bem específicos⁵.

- 2 OLIVEIRA, R. G. *Uma experiência de Plantão Psicológico à Polícia Militar do Estado de São Paulo: reflexões sobre sofrimento e demanda*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo: 2005.
- 3 AUN, H. A. *Trágico Averso do Mundo: narrativas de uma prática psicológica numa instituição para adolescentes infratores*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo: 2005.
- 4 NUNES, A. P. *Entre aprendizagem significativa e metodologia interventiva: a práxis clínica de um Laboratório Universitário como Aconselhamento Psicológico*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). 218 f. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo: 2006.
- 5 AUN, H. A. (op. cit.)

Projeto é a referência para acordos entre as instituições pública e universitária, não aceitando, tacitamente, um pedido *a priori*. Só se iniciava por contato com os interessados e não por imposição de representantes da instituição: o que seria pertinente a esse modo de *cuidar?*; qual seria o limite da ação, mesmo com leitura ampla?

Interrupção para reflexão crítica conduziu Projeto de Atenção Psicológica em Instituições a percorrer outro horizonte de compreensão teórica: refletir a prática psicológica em instituições via Psicologia Social Clínica, permitindo que outras modalidades fossem postas em ação. Possibilitou esclarecer limites dessa ação:

- necessário olhar e compreender o ângulo da instituição onde se trabalha, para atentar para focos que demandam cuidado: **impropriedade de propor projeto pronto antes de conhecer o contexto da instituição a intervir;**
- não discutir assuntos teóricos, para não afastar uma relação de atenção ao ator de uma instituição;
- atentar a pedidos de laudos, para que o circular pela instituição não assuma outro significado;
- encaminhar integrantes da instituição a atendimento individual em outra instituição.

Surgiu necessidade de **diferenciar entre Plantão e cartografia** para não se usar a mesma denominação para duas ações diferentes: alunos construíam possibilidades de cuidado e atenção clínicos em instituição, no espaço de Plantão, não usuais: cartografia propiciava uma compreensão de atenção outra. Inicialmente articulada ao trabalho de supervisão dos alunos, cartografia delimitava-se ao momento de entrada para compreender relações na instituição. No tempo, mostrou, através de estagiários, criações: **supervisor de campo**, transitando pela instituição, era cuidado necessário, além de **supervisão de projeto** para compreender como aconteciam as relações dentro da instituição.

Atentar à instituição, possibilitado pela cartografia e permanência de plantonistas no cotidiano da instituição, permitiu compreender que esse **lugar não é dado a priori**, nem garantia de cuidado a demandas, pois intervenções ocorriam em enquadres variados: pertinente ser viajante, não turista, estar junto e ir se marcando, para captar desconsideração vivida na instituição. Supervisão mostrava o que ocorria entre os atores institucionais: os sujeitos dando a ver, no

próprio espaço da intervenção (“*Não se importe comigo porque eu não existo*”⁶), como são paralisados pela própria instituição: instituídos na instituição, mas em ação. Intervenção demanda olhar para compreender jogo entre o dizer do fazer ou do agir e o dizer do que se diz mesmo: levar em consideração o que é dito, atentando para a possibilidade de outra leitura de ações que vão se mostrando, demandando do psicólogo ser tatuado pela experiência de trânsito, como um cartógrafo.

Cartografia não se encerra, pois atitude cartográfica aproxima-se de ação clínica ao repensar possibilidades do Plantão Psicológico e Supervisão de Apoio no contexto institucional dinâmico: atores institucionais repensando suas atitudes. É práxis em movimento; acontecer de atravessamentos possibilita cuidado clínico aos sujeitos no cotidiano, penetrando em espaços da instituição pelas brechas, sem impor modelos exteriores: modo clínico de inserção de prática psicológica em instituição, revelando demandas de integrantes da instituição.

Alunos da especialização, ex-estagiários dos projetos, implantaram **Atendimento em Plantão Psicológico**, atentando para a dupla finalidade da instituição acadêmica: prestação de serviço e ensino. Pesquisam prática psicológica, construindo um modo de cuidado à comunidade da instituição clínica-escola outro do modelo usual. Complementarmente, a formação do aluno é outra: por leitura compreensiva dessa instituição, nela clareando o lugar do Plantão de compreensões prévias e estigmas sobre lugar.

Atravessamentos na leitura do Plantão na clínica-escola, como possibilidade de se contrapor à visão de clínica marcada pelo modelo consultorial, expandiu-se apressadamente; prescindindo de contextualização pertinente e reflexão apropriada presta-se a modismos, novamente como técnica e modelo. Modalidades de prática clínica em instituição revelam o real de intervenção: limitante, assumindo perspectiva contextualizada e comprometida, e limitada, realizando intervenções sem “inclinarse para” atravessamentos utilitários.

A produção do LEFE se dirige à alternativa em Aconselhamento Psicológico, mantendo tensão e diálogo entre suas origens constitutivas e o contexto atual. É resgate para **ação clínica socialmente engendrada** e preocupada com a busca do bem estar. É compreensão de uma práxis psicológica em instituição, campo inicial e privilegiado da constituição do Aconselhamento Psicológico, ao deparar-

⁶ AUN (op.cit.)

se com uma prática disciplinar de ajustamento do sujeito aos controles sociais e institucionais em instituições de ensino, empresariais e sociais, presente desde Carl Rogers e Rachel Lea Rosenberg.

3. Primeiras reflexões

O LEFE busca romper com visão romântica do sujeito, cuja constituição e destinação independeriam de contexto e atravessamentos que o constituem: afastar-se de pólo disciplinar de compreensão do sujeito, tomado como mera “ilusão” socialmente construída para controle das massas. A questão do sentido é apresentada como tarefa humana para realização do conhecimento: movimento de destinar-se demandando um responder autêntico e singular (CRITELLI, 1996⁷). Compreender o ser homem pela **perspectiva fenomenológica existencial** não é aplicação ou transposição dessa filosofia, mas ancoradouro possível para reflexões da prática psicológica em ação.

Essa compreensão vincula-se ao surgimento e elaboração de modalidades de prática psicológica em instituição, como Plantão Psicológico e Supervisão de Apoio. É pertinente afirmar que há uma interface entre essas modalidades, seus usuários e leituras produzidas nesses espaços. Incômodos e impasses surgidos são pensados pelos clínicos/pesquisadores, modificando tanto a visão dos envolvidos quanto o modo de conceitualizar modalidades. Incômodos brotam do questionamento referente a uma prática psicológica para o sujeito em instituição, seja ele seu usuário ou trabalhador: modo concreto e contextualizado de se pensar o sujeito “em situação”.

Modalidades de prática psicológica surgem como serviços a instituições, fundamentalmente constituindo-se como ação clínica na relação com os sujeitos envolvidos. “Serviço de Plantão Psicológico” marca um espaço de reconhecimento e legitimação desse *locus* dentro de instituição, atravessado em projetos por pertencer a uma instituição universitária: uma instituição dentro de outra. Percebeu-se que, para preservar e cuidar do espaço clínico, dispor-se como serviço implicaria burocratizações e institucionalizações cujos atravessamentos de qualidades de “não-questionáveis” e “naturais” dificultariam o olhar e a escuta

⁷ CRITELLI, D. M. *Análítica do Sentido*: Uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: EDUC Editora Brasileira, 1996.

que circulam, questionam e intervêm. Ação clínica em instituição demanda que o psicólogo esclareça como aquilo que ali fundamenta sua ação está marcado por uma **imprevisibilidade**, assumindo diversas formas, nada próximas à configuração de um “serviço”: é **projeto**.

Constituídas fundamentalmente pela ação clínica, modalidades de prática psicológica não se atêm somente à perspectiva do atendimento individual, embora ocorra. Fundamentalmente é marcada pela atenção do psicólogo para intervir em qualquer situação ou não: experiência vivida. **Supervisão, em campo e de projeto**, inclina-se à experiência, revelando o psicólogo situado em instituição. Conversas informais, olhares, silêncios e não-ditos são constitutivos dessa ação clínica em situação: intervenções são pertinentes nas diversas formas assumidas pelo Plantão, desveladas na emergência da situação, na ocorrência de um acontecimento em trânsito. O espaço é a referência para o cliente que, construindo-se, compreende-o móvel e provisório: **ação de cuidado no Plantão é atenção singularizada à demanda**.

Ação clínica, proposta e efetivada nos projetos, é compreendida pela etimologia grega de clínica (*klinein*): ação de “*inclinarse para*”, disponibilizando atenção e cuidado para o sujeito em situação. **Atenção** é contemplada na prontidão do olhar e da escuta que, situando o psicólogo, possibilita-o situar o demandante por cuidado. **Cuidado** contempla o encaminhar uma comunicação rumo a sentido, orientando significados para questionamento, reflexão e o situar-se do sujeito na direção de *bem estar*. Relacionado à saúde, no sentido de propiciar meios para traçar um caminho pessoal e original pela existência (SÁ, 2007⁸), não é compreendido como lugar ou um ponto de chegada estático e previamente definido. É possibilidade de trânsito, movimentação e deslocamento do ser por condições e situações delimitadas, orientando-se por significados, para sentido que não se revela por completo nem se esgota.

Importa distinguir entre **pedido, queixa e demanda** apresentados por esse sujeito. **Pedido** é o enunciado que abre espaço para uma intervenção do psicólogo; encontrando-se nele um lugar para intervenção, por julgamentos, experiências ou concepções estereotipadas e irrefletidas. Profissional atento pauta suas ações desde o lugar inicial no qual se encontra para o cliente,

⁸ SÁ, R. N. A noção fenomenológica de existência e as práticas psicológicas clínicas. In *Anais do VII Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituições*. São Paulo: PUCSP (2007).

podendo revelar-lhe outras possibilidades de intervenção. **Queixa** é o de que se reclama e se apresenta, inicialmente, como foco de sofrimento ou interrogação na fala; flexibilidade do plantonista mostra que sofrimento presente em pedidos ou queixas nem sempre é aquele encontrado na clínica tradicional; pode ser questionamento, curiosidade, aproximação, não necessariamente vinculados à dor, mas à possibilidade de interlocução e diálogo para condução de uma experiência vivida significativamente, atentando à singularização do sujeito, legitimando um cuidar de si dentro da instituição. **Demanda** é algo não claramente presente inicialmente, nem “escondida” em algum sítio inconsciente; é revelada por construção no diálogo com o psicólogo, assumindo diversas expressões, vinculada ao olhar e à escuta singularizantes.

Assim, **queixa** seria a **emergência** de um sinal de crise pela formulação pré-concebida de um problema e do “espaço psicológico” pertinente. **Demanda** seria a **urgência**, não clara *a priori*, por atenção psicológica para sentido possível, no cuidado à situação de crise (OLIVEIRA, 2006⁹). **Crise** propõe questionamento a incômodo como passagem pela situação-limite de uma encruzilhada existencial. Situação de crise revela circuito malogrado (tendências de poder arbitrárias e ambíguas, presença de não ditos), constituinte de modos de ser e estar no mundo, demandando desconstrução cuidadosa, por não poderem ser rompidos abruptamente, e existir para adiante.

Crises percebidas por integrantes de cada projeto, no espaço da prática psicológica em instituição, encontraram comunicação entre essa crise, vivida como “incômodos,” e o sofrimento, como ausência de sentido, experienciados pelo sujeito em situação. Permitiram compreensão com relação às instituições nas quais os projetos se efetivaram. Nesse atravessamento, é possível considerar que a prática buscava responder de imediato à queixa trazida pelos representantes da instituição, contemplando pedido de intervenção não na imediatez da formulação inicial, mas na análise e tratamento da demanda articulada a essa queixa.

Embora a instituição se percebesse como lugar de relações institucionalizadas, pedido e queixa mostravam outro atravessamento: demanda por psicólogos era cuidar de sua imagem perante outros órgãos, representantes da comunidade e da sociedade. Contemplaria demanda de coordenadores da

⁹ OLIVEIRA, M. M. *Clinica, experiência e sentido: narrativas de plantonistas*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: IPU-SP, 2006.

instituição e não as relações institucionalizadas (NUNES; MORATO; BRAGA, 2001¹⁰). Experiências revelam que, quando essa demanda é descoberta e apresentada aos destinatários, o pretense interesse pela ajuda psicológica se esvai e o projeto finda. Mas conhecimento e registro dessa comunicação são elaborados, visando intervenções posteriores e compreensão da prática.

Marca-se um limite e pertinência para ação clínica dos projetos: **atenção psicológica** para o sujeito em instituição como possibilidade de bem estar contextualizado, por meio de cuidado ao sujeito atravessado por aspectos culturais e institucionais, revelados pela escuta e olhar do profissional. Cada atravessamento, des-velado pelo transitar dos profissionais pela instituição, disponibiliza-se como possibilidade para o psicólogo situar-se nesse contexto. No caso da demanda da instituição para melhoria de sua imagem, desvinculada de cuidado aos atores, cabe ao psicólogo clareá-la aos representantes que pediram intervenção, conduzindo a que possam revelar queixas singulares por atenção e cuidado psicológico, como sujeitos em instituição. É responsabilidade comunicar demanda percebida, já que pedido para intervenção partiu desse representante da instituição.

Considera-se que a compreensão clínica é flexível em abertura para o outro; entretanto, marca-se uma rigorosidade no modo de se estabelecer contato e intervenção em instituição. Quando não disponível à atenção às singularidades em seu contexto, a ação não leva adiante a condução do pedido para tal intervenção, pois posicionamento clínico em instituição não se refere a promoções de espaços de mudança social e nem a trabalhos de fortalecimento do ego ou centramento do sujeito (MACHADO, 2001¹¹). Implicando abertura ao outro em radical alteridade, não há garantias de sucesso ou fracasso ou mesmo previsibilidade no posicionamento clínico: isso implicaria reduzir o “outro” ao “já conhecido”. Mudanças ocorrem, mas não são controláveis: imprevisto é fundamental na ação clínica. Remetendo-se à situação de crise, mesmo “escapando” a mecanismos de controle e predição, imprevisto pode ser cuidado para pro-dução¹² de sentido

¹⁰ NUNES, A. P.; MORATO, H. T. P.; BRAGA, T. B. M. *Espelho Mágico*: transformações num serviço de Plantão Psicológico na Polícia Militar do Estado de São Paulo. São Paulo: IP-USP, 2001. 74p. (Relatório Técnico de Iniciação Científica).

¹¹ MACHADO, M. N. da M. Três cenários da prática psicossociológica. In: ARAÚJO, J. N. G.; CARRETEIRO, T. C. *Cenários Sociais e Abordagem Clínica*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fumec, 2001.

¹² Pro-dução diz respeito a *pro-duccere*, isto é, para conduzir adiante o que se manifesta.

na ação clínica. Priorizar o cuidado implica, na abordagem clínica proposta, uma atitude ética básica perante o outro, norteando a ação do psicólogo.

Essas considerações possibilitam compreensão da cartografia nesses projetos. **Cartografia** se configura como um conhecer e um dar-se a conhecer, possibilidade de passar pela experiência sendo por ela marcado, aproximando-se à ação clínica contemplada nas modalidades de prática psicológica. Embora possa se constituir como início de intervenção em cada projeto, não se encerra aí, configurando-se para o psicólogo a atitude cartográfica constante e presente, desde que entra no contexto da instituição: possibilita e engendra ações clínicas pertinentes, contextualizadas e refletidas.

Tais reflexões permitem considerar a metodologia nos Projetos de Atenção Psicológica, no que diz respeito à práxis psicológica, pesquisas e investigações realizadas. Por ela, trilham-se caminhos para execução desses projetos e conhecimentos construídos. **Metodologia interventiva** é possibilidade de pesquisar alternativa de prática psicológica em instituição, a partir da compreensão do “serviço” por profissionais e/ou por usuários, e a partir da ocorrência de aprendizagem para o profissional em formação. Brota de questionamentos e reflexões produzidos em espaços de supervisão de projetos, por experiências dos psicólogos em campo: relatar experiência à comunidade e revelar-se como intervenção, possibilitando reflexões que re-incidem na ação clínica em construção.

Inseridas na universidade pública, intervenção e pesquisa são para contribuições visando o exercício do bem estar em comunidade: ação ética reflexiva e contextualizada através de projetos de pesquisa e extensão universitária (MORATO, 1999¹³ ; SANTOS, 1999¹⁴). Remetem à articulação entre universidade e comunidade, construindo alternativas de “aplicação” da Psicologia que não expurquem a experiência, ao compreender a “realidade social” através dos próprios cidadãos:

A Universidade deve ser um ponto privilegiado de encontro entre saberes. A hegemonia da universidade deixa de residir no caráter único e exclusivo do

13 MORATO, H.T.P. (Org.) *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

14 SOUZA SANTOS, B. (1999) *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez.

saber que produz e transmite para passar a residir no caráter único e exclusivo da configuração de saberes que proporciona. (SANTOS, 1999, p.224).

Opta-se pelo termo **práxis psicológica** e não prática, visando marcar o caráter ético de ação na comunidade. Ético diz respeito a disponibilizar, ao sujeito ou instituição demandante, cuidado responsável às singularidades dirigido ao bem estar. Disponibilidade revela que projetos de extensão universitária marcam-se como presença: constância e permanência nas instituições, por intervenções, não pontuais nem pré-determinadas, na realidade mesma vivida pelos sujeitos nesse contexto: abordagem clínica de trabalho em instituição.

Possibilidade de escuta ao sujeito atravessado, ou de **sujeito social** na própria instituição, fundamenta-se na Psicologia Social Clínica (BARUS-MICHEL, 2004¹⁵), de sua orientação psicanalítica. Apesar da diferença com o referencial fenomenológico existencial, ambos compartilham possibilidade de **práxis psicológica em instituição**, e não institucional (que tenderia a reduzir, eliminar ou sobrepor a tensão entre sujeito e instituição). Projetos de Atenção Psicológica em Instituição dirigem-se ao cuidado do desamparo e sofrimento do homem em organizações sociais, como constituinte de modo de subjetivação atravessado em situações. Procede continuarem investigações de práxis psicológica em instituição em Aconselhamento Psicológico, via orientação fenomenológica existencial e Psicologia Social Clínica, para construção de conhecimento socialmente engendrado e possibilidade de formação e atuação de psicólogos, explorando possibilidades de ação clínica por cuidado e atenção em instituições.

4. Novo broto: Plantão Espontâneo e questionamentos

Em pesquisa de pós-doutorado¹⁶, a entrada em campo orientou-se por experiências de atenção psicológica via atitude cartográfica: foi a abordagem de entrada em comunidade, para conhecê-la e dar-se a conhecer. Visava poder ver e compreender o *quê* e *como* aconteceria em campo, orientada por descrições de diários de bordo e reflexões: pesquisa se aproximou da observação etnometodológica como metodologia norteadora. Constatada a questão, disponibilidade permitiu

15 BARUS-MICHEL, J. *Soffrance, sens et croyance. L'effet thérapeutique*. Paris:Éditions Érès, 2004.

16 MORATO, H. T. P. *Relatório de Estágio no Exterior*. São Paulo: FAPESP (Mimeo) (2006).

experimentar intervenções inovadoras, respeitando atenção à diversidade de contexto, pluralidade e especificidade de demandas. Oferecido espaço para demanda tomar corpo direcionando um fazer, tornou-se ele mesmo objeto de reflexão, em um segundo momento, recorrendo a múltiplas compreensões teóricas como ferramentas potencializadoras para interpretar esse fazer.

Para Nietzsche, o experimentalismo é opção filosófica, pois ao “colocar um problema em seus múltiplos aspectos, abordar uma questão a partir de vários ângulos, tratar de um tema adotando diversos pontos de vista, o filósofo está a fazer experimentos com o pensar” (MARTON, 1992¹⁷, p. 207). O perspectivismo nietzschiano caracteriza a própria reflexão como experimental, possibilitando exploração do que está por vir. É nesse sentido que a prática psicológica foi experimentada: invenção, desafio de ir “às cegas”, atendendo à demanda, através de atenção aos membros da comunidade e a profissionais de instituições que junto a ela trabalhavam, com propostas de ações não tradicionais do fazer clínico.

Como um projeto, já em andamento na comunidade, não propunha intervenção a partir da demanda real da comunidade, experimentar cartografia foi possibilidade de abrir espaço para conhecer necessidades e questões dos próprios sujeitos e, posteriormente, poder discuti-las para propor atividades, que pudessem ser contempladas pelo projeto em execução. A perspectiva norteadora era aproximar essas atividades, o máximo possível, às esferas e realidade vivida pela clientela em seu cotidiano e compreender como um projeto poderia se conduzir por elas.

Pela experiência em projetos, demandas para intervenção no contexto social surgem espontaneamente pela presença do pesquisador/clínico, atentamente disposto a ouvi-las no momento em que são expressas. Ancorando-se em temporalidade (“constância”) e espacialidade (“esfregação”)¹⁸, possibilidades para a prática surgem, podendo transitar por diferentes dimensões de atuação, simultânea e/ou consecutivamente: investigativa, clínica, pedagógica, educativa, social, política. É a prática, por sua própria força que ilumina possibilidade de multiplicador ao psicólogo pela força da prática ela mesma.

.....
¹⁷ MARTON, S. O eterno retorno do mesmo: tese cosmológica ou imperativo ético? In NOVAES, A. (Org.) *Ética*. São Paulo: Cia. das Letras, 1992. pp. 205-223.

¹⁸ “Constância” e “esfregação”: termos cunhados por estagiários em experiência vivida com práticas em projeto de esporte, para sua presença cotidiana em campo com comunidade.

No projeto citado, aproximação entre pesquisadores e comunidade foi propiciada pela disponibilidade clínica, freqüentando o Centro Social para conhecer moradores e participar de atividades junto a eles. Sem apresentação formal, a presença foi suficiente para ocorrência de contatos e diálogos com todos: a atenção psicológica via atitude cartográfica permitiu compreensão da comunidade, por depoimentos testemunhados com alguns membros e participantes da Associação Comunitária, que espontaneamente se aproximavam durante a permanência no território.

Diferentemente dos projetos conhecidos, não houve pedido da comunidade para outra intervenção, além daquela da Universidade local. Contudo, dado o questionamento quanto ao modo de inserção do projeto universitário existente para formação de operadores sociais, abriu-se outra via: dar-se a conhecer através da atitude clínica. Permitiu configurar-se outra forma de atenção psicológica: ***Plantão Espontâneo***.

Para compreender o sentido dessa ação, retoma-se o sentido de *démarche*. *Démarche* refere-se a conceitualizações existenciais para encontrar a pertinência do sentido para o sujeito (BARUS-MICHEL, op. cit.). Inclina-se à escuta do afetivo no vivido para resgatar a apropriação de si mesmo ao sujeito que sofre por não mais se sentir em sua história. Para psicólogo, diz respeito à atitude de intenção, atenção com humildade e senso clínico na confrontação com o outro, orientados pela condição humana de liberdade e de participação na condução da própria história. *Démarche* implica situar-se no mundo espacial e temporalmente, como meio para trazer o sujeito frente ao desamparo e sofrimento existenciais.

Faz-se necessário distinguir entre *démarche* e técnica, o que remete à questão paradoxal do agir da Psicologia como ciência. Voltada à cientificidade, seu objetivo é encontrar solução à queixa do sujeito e não à justeza e pertinência a partir da demanda, confundindo-a com pedido. Investiga as causas do sofrimento humano, pesquisando acontecimentos para controlá-los pelos efeitos encontrados cientificamente, por meio de experimentos reproduzíveis: teorias para causas e técnicas para efeitos, como representações que aprisionam o sentido do sofrimento, mas permitem certo poder sobre ele. Cultura como a economia impõem esses modelos, determinando aceitação individual ou coletiva de cuidados à saúde psicológica do homem.

A prática psicológica como intervenção demanda reflexão crítica contextualizada já que, propondo-se terapêutica, implica educação para cuidado à saúde. Precisa expor-se à análise cuidadosa e constante, por caráter paradoxal, interdisciplinar, científico, ético e político: um trânsito entre teoria e prática, criticamente refletido para resgatar o sujeito social, atravessado culturalmente entre sagrado e profano, ou seja, por crenças por curas religiosas e/ou mágicas (BARRUS-MICHEL, op.cit.).

Essa perspectiva apresenta o psicológico fenomenalmente via linguagem. Inicialmente, por alegoria metafórica¹⁹, narrativa abre possibilidades de efeito simbólico, promotor de mudança. Reflete-se composição da palavra *metáfora*: do grego *meta-* (=para além) + *pherein* (=suportar, carregar)²⁰. É possível fazer uma aproximação com *atenção*²¹ e refletir a especificidade do Aconselhamento

¹⁹ **Alegoria**, Latim *allegoria* e Grego *allēgoria*, verbo *allēgorein*: falar figurativamente, provindo de *alla* (plural neutro de *allos*=outro)+*agorein* (falar publicamente), de *agora*=assembléia. **1a** expressão por meio de figuras simbólicas ficcionais e ações de verdades ou generalizações sobre conduta humana; **b** instância de expressão poética. **2** algo sugestivo de efeito de alegoria: representação simbólica de forma típica de contar estória para apresentar verdade moral. *Alegoria* à ficção é ação e caráter, de certa complexidade, simbólicos ou figurativos, por analogia com situações da vida real ou fatos morais presentes em moral espiritual ou normativa. **Metáfora**, Latim *metaphora*, grego *metapherein*, *transferir*: figura de linguagem denotando espécie de objeto ou ação empregado em lugar de outro, sugerindo semelhança ou analogia entre eles; implica comparação em lugar da comparação explícita da semelhança. Equivale a *tropus* Latim, *ou tropos*, Grego, *virar de caminho, maneira ou estilo*. **1** palavra ou expressão diferentemente do apropriado, para vida ou ênfase a uma idéia.

²⁰ 1a mover adiante enquanto segura ou suporta com cuidado especial.

²¹ **Atenção**, Grego *apros-ex-ia*, de *a-+-prosexia* (*prosechein*: dirigir-se a algo, *pros*: em direção *a+echein*: sustentar). **Atentar**: verbo transitivo, do inglês medieval *attenden*, do francês antigo *attendre*, do Latim *attendere* para dirigir-se a, do *ad-+tendere*. **1** dirigir atenção a; dar destaque a; escutar a. **2** cuidar de, olhar por; **3 arcaico a** esperar por; **b** aguardar por; **4** ir ou estar como um companheiro, cuidador ou servente; visitar profissionalmente como médico; acompanhar para fazer serviço; **Acompanhante**, italiano *scorta*, ato de acompanhar, *scorgere*: perceber, guiar, estar à disposição. **5 obsoleto** seguir. **6** estar presente com. **7** estar presente a. **Atentar**: **1** dirigir energia; **2** prestar atenção, perceber, compreender, dirigir o olhar para, escutar a. **3** estar presente ou perto, à mão para algo necessário; estar disponível e pronto para servir. **4 obsoleto** esperar, ficar, demorar-se para. **5** dirigir cuidado a; ver para. **Atenção**: Latim *attention-*, *attentio*, de *attentus* (*attendere*=atender) **1** ato ou estado de atender: direção da consciência a objeto de sentido ou pensamento: **CONSIDERAÇÃO**. **2** consideração dirigida a uma ação= cuidado observador; **3** ato de civilidade ou cortesia: cuidado para desejo, conforto ou prazer de outros: **ATENTIVIDADE** = interesse e preocupação para cuidar; **4 a** condição orgânica especificamente de conscientização seletiva ou receptividade perceptual a estímulos; **b** processo de focalização da consciência para produzir vivência e clareza frente seus conteúdos relativos a outros. (*Webster's Third New International Dictionary, Unabridged*. Merriam-Webster, 2002. <http://unabridged.merriam-webster.com> (26 Jun/ 2009).

Psicológico: a prática compreende diversidade teórica, mas atenção à afetação é referência do ser humano.

Outras formas para ocorrência de atenção psicológica são possíveis para o sujeito poder explicitar angústias, pertinentes ao pertencer e agir em diferentes situações de co-existência coletiva, caracterizando a intervenção realizada como prática de Aconselhamento Psicológico no modo de **atenção** própria e específica do psicólogo: presença pela **atitude clínica**. Configuraram-se lugares para intervenção e legitimação de ação espontânea de dizer acerca do sofrimento, vivido pelos sujeitos sociais, para questões particulares, como enquanto atores em comunidades ou instituições. Poderia ser este modo de agir desvelador da dimensão político-ética na prática psicológica em instituições, dimensão essa compreendida em sentido próprio e não como expressão de militância como proposição para engajamento?

Atitude cartográfica de Aun²² foi intervenção de pesquisa nessa comunidade para cartografar modo de *ser família* entre moradores (Moraes, 2005²³). Sentido da clínica surge em relatos e sua compreensão, recorrendo à metodologia clínica por narrativas (diários): diz da experiência de família para sujeitos sociais de comunidade em situação de risco. Retomando o sentido de *ser família* na contemporaneidade, compreende atitude clínica para atenção e cuidado: comunidade toma a si a responsabilidade de cuidar de seus membros como uma co-família. Atenta à necessidade de ser de cada um, colabora coletivamente, a comunidade cuida do cuidar de si de cada membro, propiciando acolhimento e pertencimento ao modo clínico. Em comunidade em situação de risco, brota o sentido de família alargada, pela presença de responsabilidade afetiva como *solicitude* disposição humana de atenção, disponibilidade e zelo, para com o outro, ou atender/atentar clínico, possibilitando elaboração do sentido de ser, próprio da ação psicológica. Interlocução entre pesquisados e pesquisador para a interpretação do sentido da pesquisa mostra a eloqüência de depoimentos impondo-se por si mesma: experiência como interpretação hermenêutica.

.....
22 AUN (op.cit.)

23 MORAES, T. F. de *La famiglia e le sue evoluzioni*: una lettura psicossociologico-clinica. Università degli Studi di Firenze, Facoltà di Psicologia, Psicologia Clinica e di Comunita. 2005.

Refletindo duas formas diversas de entrada na comunidade, evidencia-se que projetos redundam em promover a ambiência de fragmentação, característica da sociedade atual, quando não inclinados à demanda do ator social. A atitude clínica via a intervenção de plantão espontâneo e possibilidade metodológica para pesquisa interventiva revelou outro modo de atenção e cuidado como alternativa para uma real ação, originada por pensamento e reflexão, na direção de sentido para a promoção de bem estar coletivo da vida humana em co-existência. Seria a prática psicológica em instituições/organizações uma ação política?

PLANTÃO PSICOLÓGICO DESAFIOS E POTENCIALIDADES¹

Maria Cristina Rocha²
Psicóloga do Serviço de Aconselhamento Psicológico do
Instituto de Psicologia da USP

Falar de plantão psicológico, nesse momento, é um desafio. Faz alguns anos que a equipe do SAP tem se debruçado sobre a prática de plantão que desenvolve e esse percurso não tem sido consensual e nem, é claro, fácil. Algumas diferentes formas de compreender essa proposta de atendimento psicológico têm se revelado, dando-nos ora a sensação de que estamos chegando a algum lugar, ora a impressão de que chegamos a vários lugares, numa oscilação ondulada, por vezes suave, às vezes brava, forte, impositiva. Quiçá esse movimento – que temos sustentado – seja a trilha para uma morada ampla, arejada, com uma vista apaziguadora e estimulante que aguace nossa criatividade e dê força a nossa diversidade.

¹ Partes desse texto foram retiradas de minha dissertação de mestrado. ROCHA, M. C. – *A experiência de educar na rua: descobrindo possibilidades de ser-no-mundo*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: IPUSP, 2000.

² Endereço eletrônico: crisr@usp.br

Plantão psicológico

O plantão psicológico, criado no Serviço de Aconselhamento Psicológico da USP em 1969, tem se expandido e se multiplicado nas últimas décadas. Uma pesquisa superficial na internet, pelo site de procura Yahoo, mostrou inúmeras publicações sobre o tema pelo Brasil afora.

Essa disseminação tem implicado em compreensões peculiares acerca dessa modalidade de atendimento. É importante destacar que o plantão é caracterizado por uma plasticidade que permite seu diálogo com diferentes situações, públicos e espaços. No SAP, o Plantão Psicológico já passou por várias modificações em função da demanda, da composição da equipe de profissionais, do local disponível para atendimento, de projeções em relação à formação dos alunos, de projetos individuais e experimentações.

Recentemente, temos nos debruçado sobre nossas concepções, nossa finalidade e nossas possibilidades. Sentimos necessidade de retomar o sentido com que o Plantão foi criado e aquele que nos toma nesse momento. É essa reflexão que pretendemos iniciar nesse artigo.

O plantão é uma modalidade de atendimento psicológico que se propõe a acolher as pessoas que o procuram no momento de sua angústia, auxiliando-a no esclarecimento de sua demanda. Schmidt, falando sobre esse acolhimento, nos diz que:

Acolher refere-se, neste caso, a uma peculiar atenção para a experiência do cliente no momento em que procura ajuda, que inclui não apenas o que convencionalmente se entende por queixa, mas o modo como o cliente vive esta queixa, os recursos subjetivos e do entorno sócio-psicológico de que dispõe para cuidar de seu sofrimento, bem como as expectativas e perspectivas que se apresentam a partir da busca de auxílio.³

Assim, o plantonista deve estar aberto e disponível para

acolher demandas diversas (...) e realizar com o cliente, e a partir dele, uma explicitação de demanda que envolve, também, a definição de como atendê-la.

.....
³ SCHMIDT, M. L. S. - apostila, 2000, p.1. (*mimeo*)

(...) Nesse contexto, o fato de um atendimento se constituir como orientação ou psicoterapia vai depender da maneira como o cliente configura, para si e diante do conselheiro, o seu pedido de ajuda.⁴

Disposições do plantonista

Alguns princípios se colocam ao plantonista. A disponibilidade para acolher o cliente é o primeiro deles, necessário para estar de plantão, independente de haver pessoas procurando atendimento no Serviço. Estar disponível para receber quem aparecer, com a queixa que puder formular, pedindo algo que não sabemos o que é de antemão: eis um desafio constante. E mais, é mister estar disponível para a ausência de procura... Essa não é uma situação muito comum no Serviço de Aconselhamento Psicológico e, quando acontece, os alunos/plantonistas ficam visivelmente desconcertados, dizendo que não fizeram plantão. Surge aí uma oportunidade extraordinária para prestar atenção na abertura para o inesperado, cultivar a disposição para o acolhimento mesmo enquanto ninguém chega. Estar de plantão, como compreendemos, é estar disponível para receber, acolher e escutar quem nos procura, independente de esta procura acontecer. Manter-se em estado de disponibilidade é um dos ganhos no processo de aprendizagem que envolve o plantão psicológico e característica fundamental que sustenta sua plasticidade.

Já no atendimento, a escuta é o principal oferecimento do facilitador. E não se trata de ouvir o problema, mas a pessoa que traz um problema, como ela está, como lida com o que a incomoda, que alternativas está podendo vislumbrar ou não. Não se coloca a necessidade de um diagnóstico, mas o esclarecimento da demanda. É um voltar-se para aquilo que se quer compreender, sobre o que se interroga ou nos afeta a seu modo e como o percebemos. Como, parece-me, é a palavra-chave e pressupõe abertura para ver, ouvir, sem a pretensão de encerrar aquilo que interessa em enunciados prontos e acabados.

As oscilações, o movimento de revelar e ocultar experiências são característicos da existência humana e são acolhidos, considerados como condição

⁴ SCHMIDT, M. L. S. – Abertura in Rosenberg, R.L. (Org.) - *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa*. São Paulo, EPU, 1987, p. 17.

do humano nos atendimentos psicológicos que recorrem à fenomenologia como fonte de reflexões, referências e fundamentação. Como nos diz Dulce Critelli,

a experiência humana da vida é, originariamente, a experiência da fluidez constante, da mutabilidade, da inospitalidade do mundo, da liberdade; a segurança não está em parte alguma. E isto não é uma deficiência do existir como homens, mas sua condição, quase como sua natureza⁵.

Compreendendo a experiência e projetando o cuidado

O plantão, portanto, não pretende medir ou controlar qualquer coisa, mas compreender, com o cliente, seu projeto de cuidado nesse momento de vida. Dessa maneira, pode durar uma ou mais sessões, quinze minutos ou duas horas. Ele finda quando a demanda é esclarecida e um desfecho pode ser construído. Algumas vezes, a busca por ajuda se encerra no próprio plantão, não sendo necessárias outras providências. A psicoterapia pode ser um, mas apenas um, dos possíveis desdobramentos do plantão e todos eles são examinados junto com o cliente. Certa vez, atendi uma senhora de setenta e poucos anos, encaminhada pelo psiquiatra com diagnóstico de depressão. Ela chegou com a expectativa de que eu, a psicóloga, lhe ensinasse uma maneira de sentir-se melhor na vida. Depois de mais de quarenta anos de um casamento conturbado, em que era humilhada, subjugada e espancada pelo marido, conseguiu se separar com o apoio de sua única filha. Alugara um quatinho e sobrevivia da venda de doces numa barraquinha de ambulante numa região muito movimentada da zona sul de São Paulo. Estava aliviada com a separação, apesar do medo de que o ex-marido a procurasse, mas não sabia o que fazer com seu tempo, pouco conhecia da cidade, não tinha amigos, sentia-se sozinha e perdida. Tivemos três encontros e Dona Constantina⁶ foi contando a sua história, falando dos sonhos que teve e não pode realizar, da felicidade de ter uma filha fazendo faculdade, dos anos difíceis de casamento e do desejo de saber ler e escrever. Nesse momento, percebi uma

⁵ CRITELLI, D. M. – *Análítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. São Paulo: EDUC: Brasiliense, 1996, p. 19.

⁶ Nome fictício.

mistura de pesar e entusiasmo e comuniquei isso a ela. Falou, então, do abandono da escola por imposição do marido ciumento, dos livros que guardava na estante de sua casa, apesar de não saber ler e do tempo, perdido, definitivamente, perdido. Será que não tem, mesmo, jeito, Dona Constantina, perguntei. Não sei, respondeu, e falamos sobre como imaginava que seria sua vida se soubesse ler e escrever. Um mundo de possibilidades se abria em sua fala: leria as placas, saberia para onde levam os ônibus, leria a bíblia na igreja e se sentiria mais segura para fazer amigos, afinal não saber ler e escrever representava uma vergonha muito grande. Bom, aprender a ler e a escrever foi se constituindo num projeto para Dona Constantina. Encaminhei-a, então, para uma instituição que oferece muitas atividades para a terceira idade, inclusive alfabetização de adultos. Acompanhei o encaminhamento e testemunhei a felicidade de Constantina na sua nova jornada, difícil, mas repleta de sentido.

O caminho percorrido, então, durante o atendimento de plantão é o da escuta, da compreensão e da comunicação de nossa interpretação ao cliente. Note-se que interpretação, dentro de uma perspectiva fenomenológica, não é tomar conhecimento do compreendido, mas o desenvolvimento das possibilidades projetadas no compreender⁷. A compreensão, portanto, levanta possibilidades e seus desdobramentos constituem interpretações. A compreensão é uma busca incessante, porém inalcançável, pois jamais poderemos entrar em contato com todas as possibilidades; elas são sempre projeções, no sentido de vir-a-ser. Só podemos compreender nossas próprias experiências. No entanto, da compreensão, podemos projetar muitas possibilidades que poderão ser traduzidas em várias interpretações.

Compreender significa buscar o sentido, buscar as destinações, indicações de respostas às possibilidades. A falta de sentido subtrai-nos as convocações. Ficamos sem rumo, sem destino, diante do nada, do vazio. É assim que a maioria dos clientes nos procura. Conflitos conjugais, ausência de amigos, solidão, dúvidas profissionais, desentendimentos familiares são algumas das queixas apresentadas, são exemplos de caminhos perdidos, confusos. Nesse momento, porém, em que nada é certo, todas as alternativas são possíveis e podem tomar o lugar das destinações e caminhos. Quando achamos que estamos perdidos, é aí que

7 HEIDEGGER, M. - *El ser y el tiempo*. México: Fondo de la Cultura Económica, 1997, séptima reimpressão. P.166. Tradução livre de Maria Cristina Rocha.

todas as direções apresentam-se como possibilidades. Uma vez vivendo o vazio de significados das coisas, temos a abertura de possibilidades para ressignificá-las, oferecer sentido às nossas experiências e construir conhecimento. Esse é o movimento existencial do homem: aproximar-se e distanciar-se, perder o sentido e voltar a encontrá-lo, ocultar-se e revelar-se a si mesmo e ao outro.

Princípios

Estar com o cliente nesse percurso exige algumas condições do terapeuta. Rogers destaca três condições facilitadoras do processo terapêutico: empatia, congruência e aceitação incondicional. É da empatia que partimos para nos encontrarmos com o cliente, dispostos a nos aproximarmos de suas experiências, cientes de que não são nossas, pois são íntimas, singulares, próprias dele, mas certos de que é possível acolhê-las, reconhecê-las a partir de nossas matrizes, da humanidade que nos une, inexoravelmente, da pluralidade que ser humano nos confere. A congruência chama a atenção para a essencialidade da percepção de como somos afetados pelo que ouvimos, vemos, vivemos com o cliente. Sensações, sentimentos, reações são convocados nesse encontro e percebê-los, reconhecê-los, diferenciá-los - como especificidades do terapeuta ou da relação com o cliente - para, então, comunicá-los, é parte inegável desse caminho. É esse movimento de aproximação da experiência do outro e de si mesmo que provoca o estranhamento, essa compreensão do outro como se fôssemos, mas certos de que não somos esse outro. A aceitação incondicional causa muita polêmica e tem sido foco de várias compreensões, também. Esse princípio coloca em pauta a possibilidade de estar com, acolher e conviver com a diversidade. Diversidade como condição de ser diferente e não como profusão de atos e escolhas. É poder encontrar-se com uma pessoa com as escolhas que fez, os atos que praticou, os sentimentos que vive e provoca, com a maneira como se coloca no mundo, com seu jeito de ser. É, sobretudo, estar com o outro diferente de mim, encontrá-lo sem querer que sejamos a mesma pessoa, sem oferecer-lhe sentidos, mas estar junto na sua procura por eles.

Retomando o que dissemos, inicialmente, sobre o funcionamento do plantão no Serviço de Aconselhamento Psicológico, o plantão acontece em dia e horário pré-determinados e de conhecimento do público em geral. Nesse momento,

plantonistas ficam disponíveis para receber pessoas que chegam à procura de um psicólogo. Estruturalmente, essa base (dia, hora, local e plantonistas) caracteriza o plantão, mas seu sentido vai muito além dessa organização, parte da abertura e da disposição para receber quem nos procura, ouvir sua história, acompanhar suas descrições na busca de sentido e na descoberta de um projeto de cuidado.

O plantão é uma modalidade de atendimento específica com marcas que o diferenciam de outras propostas. A idéia principal é acompanhar e facilitar o processo de significação da procura por ajuda psicológica.

Pois bem, a abertura que caracteriza o plantão, a abertura que apóia e provoca a descoberta do impensado, que acolhe e respeita a diversidade, que evidencia a instabilidade, que angustia e permite a criação do novo, é essa abertura que mantém em nós a prática de trabalho com plantão psicológico.

Abrindo-se para o outro

No trabalho com os alunos de psicologia no estágio que realizam no Serviço de Aconselhamento Psicológico (SAP), evidenciar essa abertura na proposta de plantão tem sido um desafio. A maioria adora fazer plantão! O reduzido rol de informações sobre o cliente que nos procura, esse primeiro contato com pouquíssima mediação anterior ao encontro, a possibilidade de atender mais que uma pessoa, a expectativa em relação à procura por atendimento, enfim, são incertezas atraentes, angustiantes e, no geral, prazerosas. Essa abertura, essencial para a prática do plantão, é quase sempre garantida. Mas, a partir do encontro, vários caminhos podem se apresentar: um encontro único, alguns encontros ou encaminhamento para as mais diversas formas de cuidado. Como tem sido difícil para os alunos acolher a possibilidade de desdobramentos diferenciados que, algumas vezes, não coincidem com a psicoterapia! Como é difícil perceber o plantão como uma proposta com características próprias, que não se resume à primeira sessão de um processo de atendimento psicológico regular. Como é conflituoso aceitar um caminho escolhido pelo cliente que não coincide com as opiniões do terapeuta!!

Alcançar essa dimensão é essencial para a compreensão da proposta de plantão, caso contrário ele pode ser confundido com uma triagem, um momento em que se pretende avaliar a situação para estabelecer o melhor tratamento a ser

oferecido. Como já discutimos no início desse texto, não se vislumbra, no plantão, controlar, mas acolher experiências e garimpar seus sentidos.

Receber o cliente, acolher seu jeito de ser, ouvir suas experiências, dúvidas, angústias, desejos, ou seja, atentar para como está vivendo este momento de vida que o impele a pedir ajuda. Imagino que a maioria de vocês pode estar pensando que isso é óbvio, pois traduz o trabalho do psicólogo. Não é bem assim!! Ouvir a queixa que mobiliza o cliente no momento do plantão e ficar tentado a apresentá-lo ou, com ele, procurar uma solução é muito sedutor e comum.

Percebemos que o contato inicial com o plantão, muitas vezes, coloca o plantonista numa situação de emergência, assustado com o pouco tempo e pressionado por si mesmo ou pelo cliente a apresentar ou procurar uma solução para o problema. Outro desvio bastante freqüente é vislumbrar para todas as pessoas o mesmo caminho: a psicoterapia. O pêndulo vai de um lado a outro: ou resolvo o problema agora ou compreendo que ele precisa de um tempo longo e indeterminado para encontrar a explicação e formas de lidar com ele. É claro que o cliente pode ficar satisfeito com um encontro único (e isso acontece, mesmo!!) e é muito comum, num serviço-escola, que ele procure, mesmo, por psicoterapia. Talvez essa característica, a grande procura por um atendimento regular, dificulte ainda mais a descoberta de outras possibilidades de cuidado. É um desafio essa parada para ouvir, se deixar tocar sem se desesperar, apostar no encontro como possibilidade de compreensão e abertura, abandonar-se na história do outro e acompanhá-lo no desvelar de seu projeto que pode ser psicoterapia, sim, mas essa não é a única possibilidade. Aí está a grande qualidade do plantão: poder privilegiar a melhor forma de cuidado que o cliente pode encontrar e não aquela que o profissional define que é a mais adequada.

É um desafio abrir mão do conhecido, dado e esperado - talvez pudéssemos dizer impróprio - e caminhar olhando, descobrindo e vivendo as possibilidades. O vir-a-ser joga-nos numa sensação de estar perdido, sem saber para onde vamos, tateando cada galho e pedra que aparecem no caminho, que ora o embelezam e ora obstruem nossa passagem. É como começar de novo... Angustiante, inseguro, mas ao mesmo tempo curioso e instigante.

Ouvindo a experiência

Estamos tão habituados a comparar, controlar e medir que quase legamos ao esquecimento esse nosso existir particular, como um poder-perceber, ouvir, facilitar a narrativa de uma história que não é dada, exclusivamente, pelo momento que impulsiona o pedido de ajuda, a procura por um psicólogo. Uma biografia que nos fala de outras experiências, de modos de viver situações, de escolhas e projetos. Ao invés de tentar nomear, apressadamente, os sintomas do cliente, tentando construir um diagnóstico, um modo de funcionar cristalizado, caminhamos no sentido de recontar uma história, tecer novos sentidos, reafirmar outros, relembrar o cuidado que vinha sendo dispensado para a questão atual e o cuidado que se vislumbra a partir desse momento. Fortalecer o movimento, facilitar a ampliação do leque de possibilidades, oferecer uma parceria nesse caminhar, testemunhar a narrativa: o plantão se apresenta como um momento privilegiado de questionamentos, interrogações, reconhecimentos para, então, descobrir algum conforto na descoberta de uma trilha.

Compreender e se abrir para essa complexidade do plantão psicológico é outro desafio. Tassinari (2005) toca num ponto crucial e alvo de várias críticas ao plantão, muitas vezes compreendido como um momento de puro desabafo. Diz ela:

A consulta no Plantão não visa somente a uma catarse, ainda que a inclua, mas objetiva facilitar uma maior compreensão da pessoa e de sua situação imediata. O plantonista e o cliente vão juntos procurar no “momento-já” as possibilidades ainda não exploradas que podem ser deflagradas a partir de uma relação calorosa, sem julgamentos, onde a escuta sensível e empática, a expressividade do plantonista e seu genuíno interesse em ajudar desempenham papel primordial, especialmente no sentido de desdobrar o pedido inicial e explicitar o movimento da pessoa em busca de crescimento e de mudança⁸.

A escuta do plantonista é crucial. Podemos ouvir os conflitos, medos, confusões e dúvidas como catarse, apenas, ou, sem descartá-la, ouvir uma história

⁸ TASSINARI, M. A. et al. - O Plantão Psicológico como porta de entrada do Serviço de Psicologia Aplicada: desenvolvimento dos estagiários, a partir da versão de sentido. Trabalho apresentado no VI Fórum Brasileiro da Abordagem Centrada na Pessoa. Canela, RS, outubro de 2005. p. 5.

narrada como expressão da experiência individual e coletiva de cada um, como vivência íntima, própria e, também, contextualizada, compartilhada e inserida no mundo. Morato e Schmidt (1999) afirmam que

... a narrativa se apresenta como o registro da experiência, na medida em que abriga a elaboração dos dados diversos que se sedimentam e desdobram ao longo do tempo. Plural e única, a narrativa amalgama a sabedoria e o desconhecido, o refletido e o vivido, o lembrado e o esquecido.⁹

Na contramão

Oferecer formação em plantão psicológico é um desafio pela sua especificidade que exige abertura, desprendimento, interesse e respeito pelo outro e pela proposta completamente diferente daquilo que, majoritariamente, se ensina nas faculdades de psicologia. A formação clínica em psicologia, via de regra, trabalha com a idéia de que todos podem e devem fazer psicoterapia por longos e infundáveis anos. Também cultiva a idéia de que o psicólogo, o especialista, deve ouvir, avaliar e decidir o que é o melhor para o cliente quando por ele é procurado. O atendimento ancorado na Abordagem Centrada na Pessoa não compartilha dessas premissas. Quando, por que, com quem e por quanto tempo fazer psicoterapia são questões que cabe ao cliente responder, não há uma regra, uma resposta perfeita para todos. O plantonista se dispõe a acompanhar, participar, facilitar o processo de escolha da melhor maneira de se cuidar que o cliente pode encontrar naquele momento. E deve estar aberto para surpreender-se com escolhas inusitadas, impensadas e diferentes da psicoterapia, tendo-a como uma opção, é certo. Aqui, vale resgatar a idéia de conselho que subjaz ao Aconselhamento Psicológico que, longe de fazer pelo outro, retoma a perspectiva do encontro de pessoas atentas, ocupadas com determinado assunto, situação, experiência.

Nosso grande desafio tem sido construir esse trabalho com alunos dos últimos anos do curso de psicologia num serviço-escola. A idéia soberana

⁹ MORATO, H. T. P. e SCHMID, M. L. – Aprendizagem significativa e experiência *in* MORATO, H. T. P. (org.) – *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 127.

de psicoterapia chega forte com esses futuros psicólogos e abrir-se para novas percepções e concepções de atendimento psicológico exige-lhes muito, assim como exige do supervisor, também. E, sendo plantonistas num serviço-escola em que a maioria das pessoas busca psicoterapia, abrir-se para outras possibilidades exige um esforço maior.

Lidamos com essas questões nas supervisões: supervisão imediata, durante o plantão, e supervisão de acompanhamento, durante o semestre. Nesses dois espaços, acontecem os encontros com as experiências de atendimento dos alunos e é nessas oportunidades que vamos apresentando e convidando-os a experimentar a experiência do plantão. A possibilidade de continuarem atendendo o cliente, semanalmente caso o desdobramento do plantão seja o atendimento psicológico regular tem sido questionada por nós, pois pode dificultar a compreensão de plantão como colocada aqui. Fizemos uma tentativa de separar o atendimento de plantão do atendimento regular, ou seja, propor que alunos diferentes assumam o cuidado com o cliente em cada um desses dois momentos, mas ainda não há uma opinião consensual, dentro da equipe do SAP, de que seja o melhor caminho para favorecer a compreensão de nossa proposta de plantão. Algumas experiências foram extremamente férteis para a formação dos alunos plantonistas, mas geraram problemas de funcionamento no Serviço. O encaminhamento do plantão para o atendimento regular foi conturbado, influenciando, negativamente, o atendimento de alguns clientes. Enquanto não compreendemos melhor o que aconteceu e como podemos melhorar essa passagem, optamos por voltar ao modelo tradicional: o aluno que atende em plantão pode continuar com o cliente, se for o caso. Nenhuma das opções tem sido confortável para todos, estamos buscando alternativas. Nesse contexto, as supervisões ganham um papel ainda mais importante e crucial, pois nelas está depositada a possibilidade de apresentarmos e sustentarmos o plantão, com toda sua força e abertura, como proposta de atendimento com características próprias.

Ainda sobre o plantão, quero reafirmar que essa proposta não surge e nem se sustenta no Serviço de Aconselhamento Psicológico como técnica para atender mais pessoas em menos tempo ou evitar filas de espera. Não é a produtividade ou quantidade de pessoas atendidas que nos move - sem negar a importância de que todas as pessoas que procuram devam ter atendimento psicológico - mas

a possibilidade ímpar de construir junto um caminho em direção a um projeto de cuidado onde quem solicita esse cuidado reconta sua história, confere-lhe novos sentidos, reafirma sentidos presentes e escolhe que caminhos trilhar. Essa é a maior contribuição, é especial e caracteriza o plantão.

Sala de Espera

A busca pelo plantão é muito grande e não conseguimos atender todos que nos procuram. A sala de espera, semanalmente, é formada por um número significativo de pessoas da comunidade USP e da região do Butantã que são atendidas em Plantão por tempo variável, de acordo com sua necessidade, disponibilidade de escuta e número de estagiários (alunos dos últimos anos da graduação em Psicologia). Essa peculiaridade da proposta do Plantão Psicológico (sessões que podem variar de quinze minutos a duas horas), aliada a grande procura por atendimento, faz com que as pessoas, freqüentemente, tenham que esperar por um longo tempo até que sejam chamadas por um plantonista. Muitos não conhecem esse funcionamento e nem sabem, ao certo, se o que procuram é efetivamente oferecido pelo SAP. E, muitas vezes, esperam um longo tempo até o atendimento ter início sem saber o que vão encontrar. Há também aqueles que vão embora sem atendimento porque não podem esperar, porque não são da comunidade USP e nem moram no Distrito do Butantã, ou ainda, porque superam o número de pessoas que temos condições de atender naquele dia.

Diante dessa situação e da percepção de que a maioria das pessoas não sabia direito onde estavam e que serviço lhes seria oferecido, iniciamos um trabalho com a sala de espera.

A idéia é simples, porém provocou uma mudança considerável na disposição das pessoas que estão aguardando atendimento. O projeto visa compreender a dinâmica da sala de espera, conhecer as necessidades de atenção das pessoas enquanto aguardam seu atendimento e propor intervenções pertinentes à abertura do Serviço e dos clientes.

Começamos em 2007, Tateando, observando o trabalho da secretária que distribuía as fichas de inscrição, ficando um pouco na sala de espera junto com as pessoas. Logo após esse período, algumas mudanças já puderam ser realizadas. Hoje, todo o processo de recepção dos clientes é realizado por um

monitor ou supervisor. Acolhemos as pessoas nos apresentando, apresentando o Serviço, esclarecendo dúvidas, oferecendo alternativas para pessoas que não serão atendidas por nós (menores de 14 anos e moradores de fora da região do Butantã). Sabendo o que oferecemos e o quanto vão esperar, por exemplo, as pessoas podem se organizar e fazer suas escolhas: sair para tomar um lanche, voltar outro dia, demonstrar que precisam de atendimento imediato. São atitudes simples, mas que representam muito. As pessoas se sentem respeitadas e têm a possibilidade de pensar junto em maneiras de resolver situações críticas. É assim que pessoas que chegaram antes cedem sua vez para pessoas que não podem esperar ou que saem para caminhar enquanto aguardam serem chamadas ou descobrem que o que procuram não podemos oferecer.

Conhecer melhor a dinâmica da sala de espera frente a essas peculiaridades do Serviço é fundamental para propormos novas formas de intervenção e aprimorar as já existentes, fortalecendo nossa postura de respeito frente às pessoas que nos procuram e ao sofrimento por que passam naquele momento. Com esse projeto, estamos conhecendo melhor as demandas das pessoas já na sua chegada e durante o período de espera até que sejam atendidas.

Os monitores relatam que esse tem sido um trabalho muito gratificante, que os aproxima da realidade de uma instituição, que os coloca em contato com as pessoas, suas expectativas, necessidades, caminhos e descaminhos na procura por atendimento em saúde mental.

Inicialmente, nosso olhar estava voltado quase que, exclusivamente, para a sala de espera, mas descobrimos nessa proposta um imenso potencial de formação para o psicólogo. Numa situação mais instável ainda, na sala de espera onde tudo pode acontecer, a mesma abertura, acolhimento, atenção oferecidos dentro da sala de atendimento, precisam estar presentes. É nesse espaço de pouca privacidade, de contatos inesperados e pedidos desconcertantes que tem começado nosso plantão!

CLÍNICA-ESCOLA

E

FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO



Iara Lavelberg

Conhecida principalmente pelas suas atividades políticas e pelo relacionamento amoroso com Carlos Lamarca, é uma das figuras mais significativas da Psicologia Brasileira. Abdicou de sua carreira universitária recém conquistada para poder lutar contra a ditadura. Ainda estudante na Universidade de São Paulo, foi eleita presidente do Centro de Estudos de Psicologia (o Centrinho), onde passou a defender, entre outras coisas, a regulamentação da profissão de psicólogo e a criação de um Serviço de Aconselhamento Psicológico.

Fonte: Revista *Mente & Cérebro*, setembro 2007.

**O PLANTÃO PSICOLÓGICO COMO INTERFACE NA ATUALIZAÇÃO
DAS PRÁTICAS E TEORIAS DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA:
APONTAMENTOS ACERCA DA FORMAÇÃO DE
TERAPEUTAS FORMATIVOS**

Ticianapaiva de Vasconcelos (UNIFOR)¹
André Feitosa de Sousa (FANOR)²
Francisco Silva Cavalcante Junior(UFC)³

O corrente ano, de 2009, foi eleito, pelo Sistema do Conselho Federal de Psicologia e dos Conselhos Regionais, como o Ano da Psicoterapia. No âmbito

- 1 Psicóloga, Mestranda em Psicologia (Universidade de Fortaleza – UNIFOR), Professora de Psicologia (UNIFOR), Formadora da Turma IV da CearACP – *Confraria de Estudos Avançados de Carl Rogers e da Abordagem Centrada na Pessoa*. Endereço eletrônico: ticianapaiva@gmail.com
- 2 Psicólogo, Mestrando em Relação de Ajuda e Intervenção Terapêutica (Universidade Autónoma de Lisboa Luís Camões, Portugal), Professor da Faculdade Nordeste (Fanor), Formador da Turma IV da CearACP – *Confraria de Estudos Avançados de Carl Rogers e da Abordagem Centrada na Pessoa*. Endereço eletrônico: andre_feitosa@msn.com
- 3 Psicólogo, Professor adjunto no setor de Psicologia da Educação na Faculdade de Educação da Universidade Federal do Ceará (UFC). Formador da Abordagem Centrada na Pessoa, M.Ed. e Ph.D. pela University of New Hampshire (EUA), coordenador da Rede Lusófona de Estudos da Felicidade (RELUS), idealizador da CearACP e do Projeto Florescer. De 1998 a 2009 foi professor titular do Mestrado em Psicologia da UNIFOR. Endereço eletrônico: fscavalcantejunior@gmail.com

das várias discussões setorizadas, principalmente acerca da Regulamentação e para a definição dos parâmetros mínimos desta atividade, quando realizada por psicólogos, haverá um debate acerca da formação dos psicoterapeutas, seja no contexto da graduação, como da formação profissional especializada.

A escassez de estudos mais consistentes e que tratem da riqueza e rebuscamento do processo de tornar-se psicoterapeuta, permitiu a constatação de que se tem formado psicoterapeutas e pouco se tem estudado e publicado a respeito (BUYS, 1987)⁴. Neste cenário, é pertinente a discussão sobre formas de facilitar a aprendizagem de novos terapeutas, bem como investigar e discorrer sobre o *jeito de ser* ou alguns aspectos da atitude clínica de quem passa por programas de formação.

Nesse pequeno recorte, temos por objetivo relatar a experiência de um projeto integrado de Ensino-Pesquisa-Extensão (Projeto Florescer), orientado pela Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), e realizado na Clínica Escola de Psicologia (SPA/NAMI) da Universidade de Fortaleza, para, em seguida, explorar alguns aspectos significativos do aprendente formado nesse contexto.

Sonho que se sonha junto... O Projeto Florescer

A gênese do Projeto Florescer transcorreu-se em dezembro de 2006, com a manifestação do interesse na ampliação e diversificação na oferta de práticas sob o enfoque na ACP e com interface na área da Psicologia Clínica. Não menos relevante, constatou-se o óbvio na realidade local das clínicas-escola e dos serviços gratuitos de Psicologia, no município de Fortaleza: filas de espera significativas.

Com mais de mil inscritos (1256 pessoas) que aguardavam por triagem e por encaminhamento para uma modalidade terapêutica adequada, além das centenas de clientes já triados (432 pessoas), em espera por atendimento operacionalmente indisponível (CAVALCANTE JÚNIOR, et. al., 2007)⁵, perfaziam, àqueles dias, um total de 1700 clientes aguardando por serviços especializados.

Inspirados numa prática que compreende o psicólogo como membro das estratégias de Saúde Coletiva e participante nas Metodologias Integrativas

4 BUYS, R. C. *Supervisão de psicoterapia na abordagem humanista centrada na pessoa*. São Paulo: Summus, 1987.

5 CAVALCANTE JÚNIOR, F.S. et. al. *Relatório Técnico-Gerencial: serviço de plantão psicológico sob orientação do enfoque humanista centrado na pessoa*. Fortaleza: Universidade Fortaleza, 2007.

em Saúde, considerando o SPA/NAMI como espaço público de alcance sócio-comunitário expressivo no atendimento em Psicologia do nosso Estado, passamos a sistematizar um plano de cuidado à população e de formação de novos quadros.

Com o início do semestre de 2007, o Projeto Florescer começa a funcionar, coordenado pelo Prof. Francisco Silva Cavalcante Junior e vinculado às atividades acadêmicas do Laboratório RELUS, àquela época pertencente ao Mestrado em Psicologia da UNIFOR. Tratava-se de um grupo seminal de novos e antigos estudantes da ACP, estagiários curriculares e voluntários, alguns findando a graduação, outros ainda em meados do curso em Psicologia, além de profissionais de formação já concluída.

Sob o prisma da necessidade premente de novos estagiários para a realização, condução e acompanhamento das modalidades terapêuticas no SPA/NAMI, e tendo em vista *a mais significativa aprendizagem supervisionada* para psicólogos em formação e jovens terapeutas, desenvolveu-se, especificamente, um leque de grupos e enfoques que pudessem vir a receber e trabalhar uma parcela dos muitos clientes em espera. Também, de modo destacado, considerou-se a possibilidade de novos campos e públicos distintos para exercício da prática de uma psicologia clínica socialmente engajada.

Assim, agregando-se às propostas do Estágio Curricular em Psicologia (Clínica I, II e III), integraram o Projeto Florescer as seguintes modalidades de serviços:

- Psicoterapia Individual (para crianças, para adolescentes e para adultos);
- Psicoterapia de Grupo (para crianças, para adolescentes e para adultos);
- Grupo de Orientação a Pais de Crianças/Adolescentes em Atendimento;
- Grupos de Florescimento Humano (para adultos);
- Grupo Psicoeducativo de Crianças;
- Plantão Psicológico, uma “nova” modalidade de serviço psicoterapêutico, então inédita do estado.

As atividades do Projeto Florescer contaram, no primeiro ano de sua existência, com 13 estagiários (curriculares, assistentes voluntários graduandos

em Psicologia e psicólogos voluntários), com um professor supervisor-orientador e com uma co-supervisora. Suas atividades aconteceram às quintas-feiras, das 7h30min às 13h, com quatro horas de supervisão semanais.

Cada grupo foi facilitado por um psicólogo voluntário ou um estagiário de clínica III, sendo co-facilitado por outro(s) estagiário(s) curricular(es) e, em alguns casos, também por um estudante da graduação. Assim, possibilitávamos um intercâmbio de aprendizagem quando um facilitador mais experiente trabalhava com pessoas que estavam iniciando as suas atividades clínicas.

De forma semelhante, o Plantão Psicológico foi mediado por um psicólogo ou estagiário curricular e por um assistente voluntário (graduandos em Psicologia). Cabia ao assistente prestar apoio ao plantonista, às recepcionistas e, em alguns casos, ao próprio cliente, quando, por exemplo, oferecia um espaço lúdico às crianças trazidas por clientes em atendimento.

Torna-se importante frisar que a prática de Plantão Psicológico abrange duas facetas (PAPARELLI & NOGUEIRA-MARTINS, 2007)⁶:

- (1) uma atuação de atendimento à comunidade em sua maior eficiência, acolhendo suas demandas e trabalhando-as a partir do seu referencial pessoal;
- (2) uma formação de psicoterapeutas para uma atuação diante de uma pluralidade de emergências psicossociais, a partir de uma flexibilidade do plantonista no encontro com o imprevisível da experiência humana.

Nesse panorama, o Plantão Psicológico, pioneiro no Ceará, inaugurou uma experiência rica de aprendizagem para estagiários que iniciaram sua formação clínica e que ampliaram sua visão sobre o papel e os alcances das Teorias Psicológicas e suas terapêuticas.

Encontramos, deste modo, mais do que uma ferramenta técnica, ao nos depararmos com uma experiência ampliada de cuidado que foi lapidada dentro de uma Clínica-escola, cuja finalidade foi a de servir à população e a de capacitar psicoterapeutas para “plantar” um suporte de ajuda aos que lhes chegam (WOOD, 1999)⁷.

Em seu primeiro ano de funcionamento, o Plantão Psicológico atendeu

6 PAPARELLI, R.; NOGUEIRA-MARTINS, M. Psicólogos em Formação: Vivências e Demandas em Plantão Psicológico. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, 27(1), p. 64-79, 2007.

7 WOOD, J. K. Prefácio. In: MAHFOUD, M. (Org.). *Plantão Psicológico: novos horizontes*. São Paulo: Companhia Ilimitada, 1999. p. 07-09.

247 clientes, totalizando 344 atendimentos (CAVALCANTE JR. et al., 2007). Com a média de dez clientes a cada manhã de quinta-feira, dirigidos exclusivamente ao Plantão Psicológico, detectou-se a necessidade de abertura de um serviço especial de sala de recepção (com graduandos voluntários) para acolhida dos clientes e assistência no preenchimento de fichas de registro dos mesmos (com o objetivo de cadastrá-los, aprazar retornos quando necessário, encaminhá-los e desligá-los, de acordo com o que fora acordado com o cliente).

Recentemente, em junho de 2009, ao atingirmos a marca de 501 clientes atendidos pelo Plantão Psicológico, constatou-se que, ao longo da existência do Projeto Florescer, o Plantão se constituiu como uma força motriz de todas as demais atividades do Projeto, não somente por alimentar os fluxos dos grupos e demais modalidades, mas por constituir significativo e considerável alicerce da mais rica aprendizagem supervisionada para *psicoterapeutas em formação*.

Flexibilização Organísmica do Terapeuta em Formação

Apresentamos, a seguir, um recorte dos dados de duas (VASCONCELOS, 2009⁸; CAVALCANTE JÚNIOR, 2007⁹) pesquisas que investigaram o estagiário do Projeto Florescer e sua atuação, principalmente, no Plantão Psicológico.

Há diversas nuances consequentes da dinâmica que o Projeto Florescer imprimiu à formação daqueles que foram seus membros. O *terapeuta em formação* é submetido a um processo de ampliação experiencial, na medida em que seu organismo proporciona uma qualidade de disponibilidade frente ao novo, decorrente da multiplicidade de experiências do cliente.

A respeito desta ampliação ou flexibilização, podemos elencar alguns fatores constituídos na aprendizagem do estudante, dentre os quais:

1. Alta exposição: o grande fluxo de clientes no Plantão Psicológico, não somente em quantidade, mas com características, demandas e perfis diversos, contribui sobremaneira para esta flexibilização do cuidar terapêutico. Como o

8 VASCONCELOS, T. P. *O Plantão Psicológico como Atitude Clínica*: estudo heurístico em uma clínica-escola. No prelo. 2009. 108f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Universidade Fortaleza, Fortaleza, 2009. No prelo.

9 CAVALCANTE JÚNIOR, F.S. *Práticas Psicoeducativas Integradoras (VRPPG0443)*: Aprendizagem de tornar-se psicoterapeuta humanista experiencial. Fortaleza: Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade de Fortaleza, 2007b.

Plantão tem por definição o atendimento ao sofrimento psíquico emergente, bem como a limitação de três atendimentos por cliente, contribuindo para uma grande rotatividade de pessoas, estes fatores foram apontados pelos plantonistas como um dos traços definidores de seu aprendizado.

Percebeu-se, deste modo, uma preocupação no desenvolvimento da disponibilidade frente à diversidade e pluralidade neste serviço. Havia ainda o indicativo de que o estagiário diversificasse as modalidades em que ele escolhe atuar, como, por exemplo, atender no Plantão Psicológico e em um Grupo Psicoterapêutico, somando-se às atividades de atendimento individual.

Para exemplificar: em dois semestres de estágio, num total de aproximadamente 30 semanas (ou seja, 30 turnos de atendimento), uma estagiária curricular atendeu 57 casos no Plantão, aos quais dedicou o total de 81 atendimentos. A mesma terapeuta também facilitava um grupo psicoterapêutico para adolescentes, ao longo do primeiro semestre, migrando, no semestre seguinte, para um grupo de adultos. Paralelo a essas atividades, ainda manteve cerca de 5-6 clientes em Psicoterapia Individual. Fazendo uma rápida estimativa, podemos aproximar que esta jovem terapeuta *adentrou* a vida de mais de 100 pessoas em um ano.

2. Morada das Incertezas: não excluindo as outras modalidades – uma vez que a incerteza, somada à imprevisibilidade, são norteadoras, em alguma medida, de todas as práticas na Psicologia Clínica –, a atuação do estagiário no Plantão Psicológico causa, muitas vezes, temor, receio, insegurança e angústia de forma *acentuada*.

Esta constatação é de sobremaneira ressaltada quando se iniciam os atendimentos nessa modalidade, em face de “não se saber quem”, com “quais questões” e, nem mesmo, o que “será exigido” do estagiário. Em outras palavras,

Essa rede de interferências recíprocas deixa transparente que só se ensina aprendendo, e só se aprende a partir de um desajuste provocado no conforto ilusório de nossas incertezas, o qual, ao romper o circuito familiar, faz surgir o inevitável estranhamento que está no próprio cerne do processo de aprender. (LOFFREDO, 1994, p.93)¹⁰

10 LOFFREDO, A. *A cara e o rosto*. São Paulo: Escuta, 1994.

A literatura indica (ERTHAL, 2004)¹¹ que, inicialmente, o terapeuta aprendente procura apoiar-se na conduta do supervisor, ou ainda na de colegas mais experientes. Ele/ela “procura seguir determinada linha, tão rigidamente, que abafa sua espontaneidade e criação” (p. 48). É a tão observada busca de segurança, sem margens para as incertezas e possibilidades do encontro, onde se almeja atender às expectativas do que seria um “bom atendimento” e, conseqüentemente, um profissional de excelência. Isto seria travestir a ação presente de certeza, nesse mundo altamente incerto.

3. Crescimento pessoal: pesquisas apontam (VASCONCELOS, 2009; CAVALCANTE JÚNIOR, 2007) que houve um elevado crescimento pessoal, pois os aprendentes eram impelidos a buscar formas de (auto)cuidado para trabalhar e ampliar seus limites e temores pessoais. Neste campo de práticas pessoais de crescimento e de ócio autotélico, incluíam-se exercícios físicos regulares, acupuntura, terapias complementares, grupos de estudos, além de outros trabalhos terapêuticos, grupais e psicoterapêuticos.

Neste prisma,

O psicoterapeuta centrado na pessoa é aquele que aprendeu, no esforço contínuo de ser e de tornar-se congruente, a des-cobrir-se, a retirar os invólucros que o encobrem de uma relação íntima com as suas direções organísmicas, e que disponibiliza as aprendizagens que lhe foram experiencialmente transformadoras para que os seus clientes venham, por si mesmos, a realizar suas próprias descobertas, através dos recursos que lhe são próprios. (CAVALCANTE JÚNIOR, et. al., 2008a, p. 28)¹²

Segundo os estagiários, a preparação e o cuidado consigo foram imprescindíveis para o desenvolvimento de suas congruências – uma das seis condições¹³ necessárias no processo psicoterápico, apontadas por Rogers –, da

11 ERTHAL, T. C. S. *Treinamento em psicoterapia vivencial*. Campinas: Editora Livro Pleno, 2004.

12 CAVALCANTE JÚNIOR, F. S. et. al. Vidas que se encontram e que transformam psicoterapeutas: contribuições heurísticas à aprendizagem experiencial no referencial da psicologia clínica humanista. In: PASSEGI, M. C.; SOUZA, E. C., ABRAHÃO, M. H. (Org.). *(Auto)Biografia: formação, territórios e saberes*. São Paulo/Natal: Paulus/EDUFRN, 2008a.

13 “1-que duas pessoas estejam em contato psicológico; 2-que a primeira, a quem chamaremos cliente, esteja num estado de incongruência, estando vulnerável ou ansiosa; 3- que a segunda pessoas, a quem chamaremos de terapeuta, esteja congruente ou integrada na relação; 4- que o terapeuta experiencie consideração positiva

confiança em si mesmos, além do apreço positivo incondicional e da compreensão empática dos seus clientes.

4. Precisão Interventiva: talvez seja desnecessário pontuar, mas prudentemente localizo que as demandas, as falas e as queixas que os clientes carregam e dividem com os estagiários são, muitas vezes, de *intensos* sofrimentos – especialmente no contexto das crises que chegam ao Plantão. Por constituir uma modalidade de atendimento à emergência – que por definição é uma demanda que não pode esperar – o Plantão Psicológico exige *um elevado senso de responsabilidade*, prontidão e cuidado com o cliente.

Conseqüentemente, o aprendente reveste-se de todos os aparatos possíveis para fazer *daquele* encontro com o cliente – tomado como “único” e por vezes, de fato, o único – um momento significativo. Em nossos dados¹⁴, 69% dos clientes que procuram o Plantão são atendidos somente uma única vez.

Sem elucubrar demoradamente sobre os motivos dessa observação (que, possivelmente, vão desde a resolubilidade da demanda ao não engajamento em seu processo terapêutico), o fato é que há jovens terapeutas (na formação e na maturação de vida) sendo confrontados, a cada dia, com elevado grau de sofrimento e escassa possibilidade temporal para promover uma relação longitudinal de ajuda.

Desta forma, a atenção do estagiário não está para o diagnóstico ou para teorias que enquadrem o cliente, mas, ao contrário, inclina-se sobre atitudes precisas de encontro profundo com o outro. Observa-se que a precisão empática da intervenção é um fator imprescindível para adentrar a experiência do cliente, de modo a descortinar os sentidos que cada um dá ao seu problema em emergência. Tal atitude permitiu ao terapeuta desprender-se dos conteúdos/narrativas e flexibilizar-se para adentrar a experiência emergente apresentada pelo cliente.

incondicional pelo cliente; 5- que o terapeuta experiencie uma compreensão empática do esquema de referência interno do cliente e se esforce por comunicar esta experiência ao cliente; 6- que a comunicação ao cliente da compreensão empática do terapeuta e da consideração positiva incondicional seja efetiva, pelo menos num grau mínimo.” ROGERS, C. – As condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica para a mudança de personalidade in WOOD, J. K. et al. (org) – *Abordagem Centrada na Pessoa*. Vitória: Editora Fundação Ceciliano Abel de Almeida, 1994. p. 157/158.

14 CAVALCANTE JÚNIOR, F.S; BRANCO, P.C.C. *Relatório Técnico-Gerencial: serviço de plantão psicológico sob orientação do enfoque humanista centrado na pessoa – meses de dezembro (2007) e janeiro (2008)*. Fortaleza: Universidade Fortaleza, 2008b.

Comparamos esta atitude facilitadora empática a um *bisturi harmônico* – instrumento cirúrgico de alta tecnologia que faz um corte preciso com coagulação controlada. Este instrumento possui uma lâmina que desnatura a fibra da pele, fazendo com que esta seja regenerada ao mesmo tempo em que é trespassada. A exatidão e profundidade do corte, seguido do cuidado em se evitar os efeitos danosos, desenharam uma metáfora pertinente para as intervenções curativas no Plantão Psicológico.

Especificidades da Teoria

Discutíamos, na sessão anterior, um conjunto de características observadas na Atitude Clínica de colaboradores (terapeutas em formação) que desenvolvem suas práticas sob a orientação da ACP. É possível que a pergunta decorrente à exposição anterior suscite maiores informações, como por exemplo, acerca do contexto teórico-metodológico do qual tal modo terapêutico emergiu.

A esse respeito, no que tange às especificidades conceituais que conduziram tal postura de cuidado e atenção terapêutica, apresentaremos, a seguir, um conjunto global desse retrato ou enquadramento Humanístico. Na verdade, o que seria, nos dias de hoje, um mergulho mais profundo no lastro de um Humanismo americano, nas convergências histórias da Era Obama e da esperança na construção de outro laço de sociabilidades globais?

Soa como política externa e relação internacional, porém, essa contextualização breve seria apropriada para introduzir a retomada do Humanismo de Rogers a partir do trabalho de um grupo de pesquisadores da ACP que traduziram os potenciais e as dificuldades dessa Abordagem para uma realidade e prática específica (CAVALCANTE JÚNIOR & SOUSA, 2008c)¹⁵. Como estratégia na confecção dessa intervenção, adotou-se a leitura e compreensão dos textos originais de Rogers, desdobrando os panoramas, conceitos e implicações dos mesmos na prática.

Podemos começar dizendo que o modelo teórico-metodológico criado por Rogers inscreve-se na “Virada/Reviravolta Experiencial” (*Experiential Turn*), inaugurado no seio do Pragmatismo Americano e desenvolvido por autores como

.....
15 CAVALCANTE JÚNIOR, F. S.; SOUSA, A. F. (Org.). *Humanismo de Funcionamento Pleno: Tendência Formativa na Abordagem Centrada na Pessoa – ACP*. Campinas: Alínea, 2008c.

James e Dewey (RATHUNDE, 2001)¹⁶. Sua ACP, de fato, reconheceu na *experiência humana* a fonte de mudanças ao mesmo tempo significativas e mobilizadoras, duradouras e compatíveis com a tradição democrática, transformadoras do viver e da vida como um todo. Na gama de inúmeras possibilidades e fluxos experienciais que alcançam o campo de percepções pessoais, Rogers se deteve à compreensão do conjunto de interações e interfaces que possibilitam a constituição de uma complexidade Organísmica.

Na compreensão global do Funcionamento Organísmico, Rogers percebeu que um recorte específico dessas conexões e interdependências entre sistemas e matrizes, aqueles mesmos que pareceriam concorrer na expressão de uma Sabedoria Organísmica, poderiam ser tomadas como o substrato mesmo da intervenção terapêutica. Nesse prisma, centrar-se na Pessoa é repousar a atenção para o lócus de diferenciações e manifestações do qual emergem os potenciais singulares em dado Organismo.

Rogers, ao definir que a pilastra central da ACP é a Tendência Formativa (ROGERS, 1983)¹⁷, não apenas retirou sua terapêutica de uma ênfase nas ferramentas do indivíduo e adesões individualistas. O seu legado ensinou-nos a reconhecer que a experiência humana é como uma teia constituída como parte inalienável das forças e dos campos ampliados da vida e que falar do crescimento das faculdades e das unicidades do Organismo humano implicaria, também, outorgar esse tablado processual e multifacetado de trocas e relações que se manifestam nas direções tomadas pela Sabedoria Organísmica.

Mencionando os três campos de Tendências ao crescimento, desenvolvimento e maturação dessa *qualidade organísmica deliberativa* (Sabedoria Organísmica), Rogers explicitou como facilitar a integração de fluxos vitais de entropia e sintropia nos processos experienciados pelo organismo, oferecendo uma alternativa terapêutica para os funcionamentos habituais de medo e de deformação, de cristalização e de rigidez, promovidos pela personalidade.

Em outras palavras, Rogers propõe facilitar um campo de contato e abertura organísmica, uma mediação congruente para os movimentos que se transcorrem no organismo, com suas mudanças e ajustes decorrentes. Destarte,

16 RATHUNDE, K. Toward a Psychology of Optimal Human Functioning: What Positive Psychology Can Learn from the "Experiential Turns" of James, Dewey, and Maslow. *Journal of Humanistic Psychology*, 41 (1), p. 135-143, 2001.

17 ROGERS, C. *Um jeito de ser*. São Paulo: EPU, 1983.

poderíamos afirmar que seria a facilitação para a dinâmica entre o nascer e o morrer de uma enorme variedade de processos originários de forças vitais para o crescimento, diferenciação e complexidade, dentre elas, Tendências à Auto-Regulação do Organismo, à Atualização e à Formatividade. Em uma só palavra: Tendência à Realização do Si-Mesmo.

Quando Rogers aponta que a experiência de uma *direção inteira humana*, de *funcionamento pleno de seus potenciais*, dar-se-á por intermédio de tessituras orgânicas, estas, por sua vez, emergentes de encontros e superposições entre facetas interdependentes (Auto-Regulação, Atualização e Formatividade) dos fluxos vitais, permitiu-nos compreender que a experiência singularizada pode ser referenciada por meio de processos de maturações e diferenciações, desenvolvimentos e desdobramentos intrínsecos às interações e interfaces que se processam organicamente.

Significa dizer, em outras palavras, que uma das revoluções promovidas no âmbito da ACP, ou dessa Abordagem Centrada na Vida, desenvolvida por Rogers, especificamente no que diz respeito às nuances da sua proposta de terapêutica psicológica, foi que Rogers atentou para o fato de que a personalidade não é tudo, e, mais radicalmente, de que a subjetividade e o psiquismo não estão restritos à personalidade. Implica, ademais, inferir que o ofício clínico não está acorrentado a uma mera ideologia tecnicista da subjetividade.

A Morada da Incerteza de Rogers rompeu com algumas verdades paradigmáticas – não todas, mas com algumas muito significativas. Em sua proposta clínica, nosso olhar terapêutico é lançado nos quadriláteros mais amplos da vida. É uma tentativa, por assim dizer, de contrapor a uma validação consuetudinária – muito embora mecânica e fragmentária – de que a complexidade do psiquismo expresso nos organismos humanos esteja admoestada à circunferência, delimitações e demandas da personalidade.

Breve Conclusão

De fato, Rogers possibilitou-nos acompanhar os passos por entre mundos inimaginados, que nos são apresentados nas vivências, falas, discursos, imagens, relatos dos clientes, das culturas. Quando não estivermos assustados

com a novidade e a agressão que o inesperado parece causar, então, haveremos de caminhar e facilitar, novamente, os fluxos organísmicos.

Não sem razão, em decorrência dessa acolhida Formativa para o Funcionamento Organísmico e sua Sabedoria Intrínseca, a dimensão da “Emergência”, nesse recorte metodológico do atendimento em Plantão, foi desdobrada, a partir da teoria e dos conceitos disponíveis nessa tradição Humanista, como uma matização cronificada de “Condições de Valia” e “Ideais de Eu” arraigados em um “Auto-Conceito” que obstam fluxos vitais e processos de Funcionamento Organísmico.

Poderíamos, de fato, questionarmo-nos: em não se tratando somente de atualização da personalidade, o que se transcorre no atendimento de emergência do Plantão Psicológico, em termos de movimento terapêutico, a partir da experiência de encontro entre terapeuta e cliente? Nossa hipótese operacional, formulada a partir dos processos e do arcabouço teórico da ACP, sugere que, diferentemente de processos circunstanciais de incongruência, relacionados aos conteúdos e direções da personalidade, a “emergência” aponta as fissuras e colapsos do funcionamento do organismo e da expressão da Sabedoria Organísmica como um todo, ensejando, para tanto, uma atitude clínica particular e específica.

Assim, compreender a inserção do Organismo em dada configuração matrízica permite acompanhar um recorte experiencial (trazido por um cliente, por exemplo) a partir de uma posição de *Sherpa*¹⁸ – aquele que é capaz de construir mapas de movimento a partir das leituras tácitas que empreende em suas jornadas e travessias, ou seja, um terapeuta formativo.

O desafio aponta-nos hoje para se repensar os anteparos metodológicos desenvolvidos para facilitação da aprendizagem do psicoterapeuta e outorgar o *jeito de ser* do terapeuta que a nossa clínica contemporânea exige. Assim, para apre(ender essa habilidade sensível do *terapeuta-sherpa* de não perder a faculdade de se localizar em territórios ermos e distantes, não perder a possibilidade de ainda construir caminhos e alternativas sem abandonar a experiência e sem renunciar à mobilidade errante e peregrina desse lugar de abertura, confiança e flexibilidade organísmica – ainda temos muito a caminhar. A jornada somente se inicia.

18 Segundo Maria C. Villas-Boas Bowen, o *sherpa* é o guia que facilita a jornada da psicoterapia, citado em SANTOS, M. et al. *Quando fala o coração: a essência da psicoterapia centrada na pessoa*. São Paulo: Vetor, 2004.

**PLANTÃO PSICOLÓGICO EM CLÍNICA ESCOLA:
PRÁTICA E PESQUISA**

*Vera Engler Cury
Programa de Pós Graduação em Psicologia PUC - Campinas*

*Máisa Tordin Ramos
Bolsista PIBIC / Iniciação Científica -
Faculdade de Psicologia PUC - Campinas*

Como supervisores de estágio em psicologia clínica e pesquisadores que compartilham o interesse em estudar o desenvolvimento de novas modalidades de atenção psicológica clínica em instituições, dirigidas a indivíduos e grupos, nosso ponto de partida para caracterizar o objeto central de nossas pesquisas é um enquadre clínico diferenciado ao qual temos nos dedicado nos últimos anos: o plantão psicológico. As primeiras experiências, ao inaugurarmos o Serviço de Plantão Psicológico na Clínica Escola de Psicologia na PUC – Campinas,

juntamente com outros colegas supervisores, encontram-se relatadas na obra *Plantão Psicológico; novos horizontes*, organizada por Miguel Mahfoud¹, um dos psicólogos responsáveis pelo pioneiro serviço de plantão no contexto do Serviço de Aconselhamento do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo na década de setenta do século passado. Desde então, muitos estudos foram realizados por graduandos, mestrandos e doutorandos com foco nos diversos elementos que caracterizam esta modalidade de atenção psicológica.

Carl Rogers (1957)² concluiu que a efetivação de um atendimento psicológico supõe o estabelecimento de uma relação interpessoal, ou seja, que haja um contato psicológico entre as duas pessoas envolvidas, terapeuta e cliente, sendo que a cada uma delas é destinado um papel específico e fundamental. Assim, a existência de um encontro psicológico genuíno pode ser capaz de desencadear e manter uma relação terapêutica potencialmente eficaz. Os dois personagens em cena, por sua vez, definirão seus papéis nesta relação a partir de determinadas atitudes. No caso específico do Plantão Psicológico, estas se caracterizam pela presença de um plantonista sensível, disponível para acolher a demanda emocional de um cliente que o procura por sentir-se incapaz de conviver com determinada angústia ou quando esta passa a incomodá-lo frente às vicissitudes da vida. Portanto, é a presença ativa de ambos, cada qual com um tipo específico de envolvimento que possibilitará a emergência de um ambiente facilitador ao desenvolvimento psicológico. Um cliente que não esteja vivenciando um certo grau de angústia ou um plantonista desatento e pouco disponível podem, facilmente, comprometer o delicado processo que constitui a atenção psicológica.

Cabe ao psicólogo clínico, fundamentalmente, exercer uma escuta acolhedora que integre atitudes de congruência, empatia e aceitação positiva incondicional. Estas atitudes, ao serem efetivamente comunicadas ao cliente, permitem-lhe expressar-se mais abertamente e entrar em contato com seus sentimentos, atualizando sua compreensão sobre si mesmo ao sentir-se ouvido, compreendido e aceito. Este sentimento de confiança, pautado num tipo muito especial de relacionamento com o outro, evolui para a conquista de confiança em

¹ MAHFOUD, M. (Org.) . *Plantão Psicológico: Novos Horizontes*. São Paulo: Editora Companhia Ilimitada, 1999.

² ROGERS, C.R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. In: KIRSCHENBAUM, H. & HENDERSON V.L. (eds.) *The Carl Rogers Reader*. New York:Houghton Mifflin Company, 1989.

si mesmo e, assim, ao assumir uma posição ativa diante da vida e de si mesmo integrará os diversos elementos que constituem sua personalidade.

Compreender a queixa do cliente da forma como é trazida por ele, sem preocupar-se, inicialmente, em fazer uma análise ou diagnóstico, pode ser uma das razões que permite um bom resultado ao serviço prestado pelo plantonista, pois permite que o cliente, ao sentir-se respeitado e compreendido em sua forma peculiar de significar a problemática pessoal, possa reconstruir sua autonomia. O psicólogo desempenha um papel que vai além de fornecer apoio, ou ajudar no alívio momentâneo da tensão, via catarse. A atenção psicológica disponibilizada é embasada em conhecimento científico e exige formação profissional e a existência de atitudes afetivas facilitadoras, fato este que qualifica a presença do plantonista (Furigo, 2006)³.

É importante também que o profissional esteja congruente na relação, ou seja, que a experiência real esteja representada precisamente em sua conscientização de si mesmo (Rogers, 1957)⁴. Esta condição aparece diversas vezes em estudos cujo objeto envolve o plantonista em formação nos estágios da graduação. Muitos deles utilizam-se de uma segunda sessão de plantão, denominada de retorno, visando à possibilidade de uma consulta ao docente supervisor entre as sessões de atendimento para poderem trabalhar melhor com seus próprios sentimentos, para só assim sentirem-se aptos a ajudar efetivamente o cliente. Observa-se, assim, a necessidade de um processo de reassuramento efetivado por um profissional experiente no caso de plantonistas iniciantes; provavelmente, com o tempo e a experiência adquire-se a capacidade de auto asseguramento.

O cliente caracteriza-se por estar em um estado de incongruência, o que o torna vulnerável ou ansioso e o faz buscar ajuda espontaneamente, peculiaridade esta encontrada na maioria dos estudos analisados. Este fato pode justificar o motivo pelo qual em um atendimento de plantão são construídos vínculos importantes rapidamente, dispondo-se o cliente a falar de questões íntimas em um único encontro. Parece que ter alguém presente no momento em que se precisa faz com que o tempo, o vínculo, a confiança e a disponibilidade para falar de si assumam um significado diferente do assumido para aqueles

³ FURIGO, R.C.PL. *Plantão Psicológico: uma contribuição da clínica junguiana para Atenção Psicológica na área da Saúde*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006.

⁴ ROGERS, C.R. (1957). Op. cit.

que são encaminhados ou para aqueles que deixam para procurar ajuda após a experiência do momento mais crítico.

Fernandes (2005)⁵ traz dados importantes sobre o fato de que muitas vezes o que ocorre nas instituições é um despreparo dos técnicos ao encaminhar, apressada e indiscriminadamente, a maioria dos usuários ao atendimento de plantão psicológico. Constatou que muitas vezes cabe ao plantonista disponibilizar ao cliente informações acerca do próprio serviço, evitando sua evasão e tomando para si a responsabilidade de contribuir para que o cliente assuma uma postura ativa frente a sua trajetória na instituição, inclusive, concluindo por encaminhá-lo a outras modalidades de atenção psicológica, após o atendimento no plantão. Esta situação não deve ser encarada como um desvirtuamento do plantão psicológico, mas sim um real comprometimento com a instituição como ela se apresenta e não como idealizada. Caso contrário, o plantonista correria o risco de tornar-se mais um profissional a elitizar sua presença alienando-se da demanda que emana do encontro entre a comunidade dos usuários e a instituição de saúde.

Outro dado de realidade que nos parece ser fundamental, além do fato de o cliente estar psicologicamente mobilizado a procurar por ajuda, refere-se a que ele possua, ao menos, um grau mínimo de contato com sua realidade subjetiva, possibilitando-lhe clareza para falar sobre o que está sentindo e para que possa refletir sobre si mesmo ao longo do atendimento. O plantão encontra, assim, uma de suas limitações, que é a de não ser adequado ao atendimento de pessoas que estejam de algum modo incapacitadas para falar e refletir sobre si mesmas. Todavia, Moreira (2002)⁶ aponta que ainda nestes casos pode ser percebido um aumento na confiança em relação ao plantonista, uma melhor comunicação e fluência à medida que a sessão caminha; nestes casos, o plantão pode atuar como um facilitador para que o cliente aceite melhor o encaminhamento à psicoterapia.

Parece ser ainda de fundamental importância que os clientes possam reconhecer e aceitar que a função do plantonista não é a de fornecer-lhes respostas prontas e sim de guiá-los para que ativamente busquem novas maneiras de lidar com suas angústias.

⁵ FERNANDES, D.L. *Plantão Psicológico em clínica escola: análise e vivência de plantonistas*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2005.

⁶ MOREIRA, E.N. *Plantão Psicológico em ambulatório de saúde mental: um estudo fenomenológico*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2002.

O tempo é outra questão fundamental a ser refletida em relação aos atendimentos de plantão, especialmente quando buscamos compreender os elementos terapêuticos presentes. Como sabemos, a experiência fenomenológica da passagem do tempo é algo a ser vivido subjetivamente. A maioria dos clientes é capaz de beneficiar-se de um único encontro no contexto do plantão, retomando a autonomia pessoal de forma a encontrar novas direções, planejar suas ações futuras, ou seja, os estudos vêm demonstrando que os clientes são capazes de em um único encontro apropriar-se das condições oferecidas por este tipo de atenção psicológica. Muitas vezes, há uma priorização de certas demandas para adequar-se ao tempo disponível sem que isso signifique prejuízo a esta relação terapêutica em particular.

Pode-se pensar que esta suficiência esteja relacionada a fatos já discutidos anteriormente, como a busca espontânea por ajuda que disponibiliza o falar e o pensar sobre si e pelo clima empático e de aceitação incondicional existente na relação terapêutica disponibilizada. Alguns clientes, porém, gostariam e seriam melhor beneficiados por um atendimento mais longo, fato este que pode ser percebido, em especial, naqueles que apresentam um quadro psiquiátrico que os impede de explorar o problema trazido e de planejar ações construtivas. Ainda assim, percebem benefícios em serem escutados, acolhidos e terem alguém que se disponibiliza a tentar ajudá-los por meio de uma escuta diferenciada.

É observado, ainda, que a intervenção terapêutica pode atuar não na produção de ações isoladas, mas num conjunto delas, que ao atuarem sobre alguns elos da cadeia conseguem provocar uma reação mais ampla. Assim, para muitos, os conteúdos trabalhados durante a sessão continuam a exercer influência após o término desta, possibilitando uma transformação efetiva na estrutura de personalidade e não só uma mudança superficial. Mesmo para aqueles que percebem que o problema em si não pode ser resolvido somente em consequência daquele único atendimento, este tem o poder de indicar caminhos e de fazer com que um papel responsável por novas atitudes seja assumido.

Outro elemento relevante percebido nos estudos analisados é que a questão do tempo não é muitas vezes compreendida corretamente pelos próprios plantonistas, que se utilizam dos retornos de maneira abusiva e equivocada, como forma de suprir a escassez de vagas para os atendimentos psicoterápicos tradicionais, ou em função de uma certa necessidade de auto-afirmação quanto à

importância do papel social do psicólogo nos serviços de saúde; ambas as atitudes revelam uma incompreensão acerca da proposta do plantão psicológico.

Da mesma forma, o significado de uma emergência psicológica é muito diferente para cada um dos clientes, uma vez que os atendimentos englobam uma gama muito grande de demandas, que variam de problemas circunstanciais no ambiente de trabalho até tentativas de suicídio. Portanto, é importante considerar a demanda do ponto de vista de cada uma das pessoas atendidas, proporcionando sempre um ambiente de escuta verdadeira a ser organizado muito mais como um espaço a ser ocupado por pessoas do que destinado ao tratamento de determinadas patologias. Torna-se, assim, o serviço de plantão psicológico mais um agente de promoção da saúde, proporcionando uma maior abertura e receptividade para que o cliente possa vivenciar suas questões emocionais e seus sentimentos emergentes, especialmente em contextos institucionais caracterizados como equipamentos de saúde pública de portas abertas à população.

O fato de a atenção psicológica ser oferecida no exato momento da crise psicológica, também assume um importante papel no sentido de ser um elemento fundamental para que o Plantão Psicológico seja eficiente, já que esta disponibilidade, segundo Furigo (2006)⁷ mobilizará, naquele que busca por ajuda, indicadores de criatividade que estariam bloqueados pelas circunstâncias da vida em seu curso natural. Este potencial criativo atuará a favor da ajuda psicológica, que associada ao poder terapêutico da relação de ajuda, unidos em uma atmosfera de busca e aceitação, facilita e proporciona, muitas vezes, resultados inesperados.

O plantão psicológico deve ser entendido não como um pseudo-encontro, mas como uma prática que favorece a busca de rumos transformadores e a esperança em relação ao futuro, potencializando a tendência atualizante (Messias, 2002)⁸.

Nossas pesquisas recentes comprovam a existência de elementos terapêuticos significativos no processo psicológico desencadeado pelo plantão psicológico, a partir da experiência de clientes e plantonistas, permitindo uma análise em relação a algumas dimensões da relação intersubjetiva propiciada por esta modalidade de atenção psicológica.

⁷ FURIGO, R.C.P.L. (2006). Op. cit.

⁸ MESSIAS, T.S.C. *Plantão Psicológico como possibilidade de facilitação à tendência atualizante: um estudo clínico*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2002.

1. **motivação do cliente:** sentindo-se incapaz para lidar com determinada angústia emergencial que a incomoda e a torna vulnerável e ansiosa, a pessoa procura espontaneamente por um serviço de Plantão Psicológico. Ao encontrar alguém disponível, alguém este visto como confiável e acolhedor, no exato momento em que precisa falar, permite-se entregar-se verdadeiramente na relação, criando um vínculo afetivo, rapidamente, e estando disposta a falar de si. Ao fazê-lo, pode também ouvir-se, e assim é capaz de reconhecer e identificar seus próprios sentimentos, discriminando mais claramente a questão vivenciada e sendo capaz de explorar mais amplamente a problemática envolvida.

Este elemento motivacional do cliente aproxima-se de uma condição considerada por Rogers(1957)⁹ como “necessária e suficiente” para que a relação terapêutica possa ser efetivada: a incongruência do cliente, que o torna vulnerável e ansioso e, assim, mais disponível a participar ativamente de uma relação de ajuda psicológica.

2. **capacidade do cliente de falar sobre si:** este cliente, angustiado e ansioso tem de ser capaz, ao menos em um grau mínimo, de entrar em contato com sua realidade subjetiva, podendo expressar sua emergência emocional, instrumentalizando-se, assim, para conhecer e lidar com sua realidade subjetiva, uma vez que é o cliente quem sabe quais as áreas de preocupações que está pronto para explorar (Wood, 1997)¹⁰. Falando, pode também ouvir-se, sendo levado a refletir sobre si. Tal capacidade é fundamental, pois a ampliação do auto conhecimento permite ao cliente assumir uma postura ativa diante dos seus problemas, já que o plantonista é somente um guia nesta caminhada, um catalisador como diria Rogers.

3. **presença do plantonista:** um plantonista preparado é aquele capaz de comunicar de maneira eficiente sua empatia, aceitação positiva incondicional e congruência ao cliente, estando, pois, disponível para acolher a demanda emocional do outro por meio de uma escuta qualificada e de atitudes afetivas facilitadoras. Estas atitudes permitem que o cliente sinta-se ouvido, compreendido e aceito, levando-o a abandonar suas defesas naturais e a falar sobre si mais abertamente. É esse contato psicológico genuíno e não ameaçador que torna possível o desencadear de uma relação terapêutica potencialmente positiva.

⁹ ROGERS, C.R. (1957). Op. cit.

¹⁰ WOOD, J.K. (Org.) *Abordagem centrada na pessoa*. Vitória: Fundação Ceciliano Abel de Almeida, 1997.

Concluindo, evidencia-se que as seis condições consideradas por Rogers como necessárias e suficientes para que uma relação terapêutica seja desencadeada, de fato, estão presentes nos atendimentos de plantão psicológico descritos nas pesquisas analisadas. Há a necessidade de que haja um contato psicológico entre o cliente e o plantonista, uma relação na qual o cliente experiencie a congruência, a consideração positiva incondicional e a compreensão empática do plantonista. Mas também torna-se importante que o plantonista tenha uma boa formação clínica, que para Rogers consiste numa formação pessoal compatível com o desenvolvimento de atitudes facilitadoras, já que ele minimiza a questão da técnica em prol de uma perspectiva de formação humana do psicoterapeuta; e delega plena força ao relacionamento interpessoal para liberar o potencial de autodeterminação do cliente.

4. **tempo**: esta dimensão é vivida de maneira subjetiva pelo cliente e apesar do plantão caracterizar-se como um ou dois atendimentos, apresenta-se como suficiente, na maioria dos casos, para que novas direções sejam percebidas pelo cliente. Mesmo para aqueles a quem um processo mais longo seria mais proveitoso e recomendável - como, por exemplo, pacientes com quadros psiquiátricos que estão impedidos de explorar o problema trazido - uma única sessão traz benefícios, no sentido de clarear a problemática e indicar novos caminhos. Isto vem ao encontro da proposta de atendimento do plantão psicológico que não busca ser um substituto dos processos terapêuticos clássicos, mas apresentar-se como uma proposta alternativa de intervenção psicológica de natureza emergencial (Messias, 2002)¹¹.

5. **retomada da autonomia pessoal do cliente**: espera-se que ao final de uma sessão de atendimento de Plantão Psicológico, o cliente, tendo falado e refletido sobre si, tenha descoberto que pode viver com esses elementos que são seus, tornando suas ações congruentes e autênticas, ou seja, que esteja mobilizado a usar sua própria criatividade, buscando novos rumos transformadores. Presume-se que para isso o plantonista precise acreditar no cliente como em um organismo no qual se possa confiar e no qual existam forças construtivas e uma tendência ao desenvolvimento das potencialidades inerentes à pessoa (Rosenberg, 1977)¹². É por isso que o plantão deve constituir-se em um espaço destinado às pessoas

¹¹ MESSIAS, T.S.C. (2002). Op. Cit.

¹² ROSENBERG, R. e ROGERS, C.R. *A pessoa como centro*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1977.

e não aos problemas em si, estando sua eficácia relacionada não à resolução dos problemas trazidos pelo cliente, mas ao fato de ser um dispositivo para que o indivíduo retome seu auto-direcionamento.

Este último elemento, somado ao fato de que em muitos casos não só a problemática principal trazida é objeto do atendimento, mas é comum que a intervenção terapêutica atue em um conjunto mais amplo, possibilitando uma transformação efetiva da dinâmica de personalidade, possibilita que se afirme que o plantão psicológico não se caracteriza como um pseudo-encontro, mas como uma prática que favorece a busca de rumos transformadores, potencializando a tendência atualizante (Messias, 2002) ¹³.

Portanto, o plantão psicológico pode ser assumido como uma proposta terapêutica, já que desencadeia um processo psicológico facilitador que possibilita ao cliente integrar suas experiências, tornando-se mais congruente e menos ameaçado pelas circunstâncias de vida que lhe são impostas, retomando a autonomia pessoal necessária para ser protagonista de sua existência. Ao praticarmos psicologia de um modo clínico que se propõe a beneficiar indivíduos e grupos atendidos em contextos institucionais por meio de encontros terapêuticos diversos construímos também um modo de analisar estas experiências a partir de seus muitos significados, tecendo uma trama de narrativas que evolui em movimentos que conduzem à compreensão da essência do humano, revelada no processo de viver. Neste sentido, o próprio pesquisar é intersubjetivo e transformador, também uma forma de intervenção na realidade; neste fazer ciência, diversas consciências debruçam-se sobre o mundo, interrogando seu sentido e narrando suas descobertas (Szymanski,H.& Cury,V.E.,2004)¹⁴.

Finalmente, uma palavra sobre nossas intenções como praticantes e pesquisadores do plantão psicológico: não objetivamos a mera comprovação de hipóteses, mas sim o desencadear de uma reflexão crítica acerca da potencialidade mutativa deste enquadre clínico diferenciado, quando implementado em contextos institucionais, e nos ocupamos de encontrar estratégias de pesquisa que não sejam invasivas em relação ao contexto de relações interpessoais tão singulares e delicadas como estas que se tem descortinado ao longo do percurso

¹³ MESSIAS, T.S.C. (2002). Op. Cit.

¹⁴ SZYMANSKI, H. & CURY, V.E. A pesquisa-intervenção em psicologia da educação e clínica: pesquisa e prática psicológica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(2):355-364, 2004.

de cerca de quatro décadas desde a emergência das primeiras experiências. Estas desenvolvidas sob a liderança de uma psicóloga pesquisadora com quem aprendemos a praticar psicologia como artesãos, alguém de postura ética e comprometida que não se furtava a expressar afeto; a quem admiramos e reverenciamos, mas de quem ainda lamentamos a falta: nossa querida mestra Rachel Léa Rosenberg. A ela, mais uma vez, dedicamos o resultado dos esforços coletivos que ao longo destas décadas buscam contribuir para a formação de psicólogos conscientes de sua missão política na direção de um *“mundo mais livre e de uma psicologia mais justa.”*

ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL: DESAFIOS ENCONTRADOS PELO SAP

Juliana Breschigliari¹
(SAP-IPUSP)

“Poder-se-ia indagar se o que está sendo denominado vontade de saber, como produção de conhecimento que não tem limites cerceadores e que em momentos diferentes da história da universidade contrariou (...) as demandas externas da igreja, do estado ou da sociedade, não se constituiria propriamente num traço de um valor universitário, que deveria ser o núcleo da reflexão, hoje, sobre a instituição.”²

Neste texto, vou procurar elencar alguns desafios que vêm se colocando à formação desenvolvida pelo SAP com os estudantes do curso de graduação em Psicologia do IP-USP considerando o tipo de formação pretendida pelo Serviço

¹ Psicóloga do Serviço de Aconselhamento Psicológico, mestranda em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano e psicoterapeuta. Endereço eletrônico: julianaobs@uol.com.br.

² CARDOSO, I. *Para uma crítica do presente* São Paulo: USP, Curso de Pós-graduação em Sociologia: Ed. 34, 2001, p. 92.

e o contexto em que ela se insere. É importante dizer que esta é uma reflexão pessoal, ainda que esteja permeada pelo cotidiano e pelas práticas construídas coletivamente pela equipe do Serviço, que atualmente é composta por duas docentes, Maria Luisa Sandoval Schmidt e Maria Júlia Kóvacs, e três psicólogas, Maria Cristina Rocha, Maria Gertrudes Eisenlohr e eu.

Apresentando brevemente a organização das atividades propostas aos estudantes, o Serviço de Aconselhamento Psicológico é ligado a algumas disciplinas de graduação, do 7º e 8º Semestres, compostas por uma parte teórica e uma parte prática. A parte teórica acontece por meio de aulas em que é apresentada e discutida uma bibliografia selecionada a respeito do campo do Aconselhamento Psicológico, modalidades de atendimento, principais autores da Abordagem Centrada na Pessoa bem como seus fundamentos fenomenológicos e existenciais. Na parte prática, os 70 alunos da turma são compostos em grupos menores de supervisão nos quais o estágio poderá ser discutido e acompanhado. Os estágios variam conforme o semestre e as experimentações que a equipe vai fazendo na proposta de trabalho, mas geralmente inclui as seguintes possibilidades:

- atendimento em plantão psicológico, que os estudantes realizam no próprio Serviço ou eventualmente em alguma instituição parceira;
- atendimento regular de clientes que procuram o Serviço em busca de psicoterapia;
- intervenção em políticas públicas de saúde junto a programas e outros serviços públicos, como o Programa de Saúde da Família e o Centro de Saúde-Escola do Butantã;
- visita a instituições, programas e serviços que oferecem algum tipo de atendimento psicológico;
- outras atividades optativas tais como pesquisas, grupos de estudos, organização de eventos, monitoria junto ao Serviço, projetos de extensão universitária.

Falar dos desafios que encontramos, docentes, psicólogas e estudantes, não é propriamente uma tarefa tão difícil, já que são muitas as dificuldades em se tratando do contexto em que vivemos, tão avesso à reflexão e à crítica do presente.

Por outro lado, são desafios muito complexos, que exigem um esforço no sentido de compreendê-los e nos situarmos em relação a eles. Opto por uma abordagem cotidiana desses desafios, que parte de como nos deparamos com eles e como os enfrentamos.

O primeiro dos desafios que se apresenta diz respeito a como sentimos a crescente **aceleração do tempo** que vivemos em nossas relações cotidianas e seus efeitos em nossa atuação como psicólogos. Vivemos num tempo em que a legitimidade das coisas se dá pelos critérios da eficiência e da rapidez: quanto mais conseguirmos fazer, quanto menor o tempo, melhor. Essa lógica, hegemônica no modo pelo qual a sociedade como um todo se organiza atualmente, também está presente na Universidade, que Marilena Chaui chama de *universidade operacional*³. Docentes, psicólogos e estudantes vêm sendo cotidianamente capturados por esse ritmo maquinal em suas atividades. As exigências estão colocadas cada vez mais no registro do maior número de atendimentos, maior número de artigos publicados, maior número de produtos das atividades, e cada vez menos valor à qualidade desses processos, menos trabalho de pensamento, menos reflexão sobre o próprio processo de formação, sobre a Universidade e sobre a sociedade.

A sociedade da eficiência e da velocidade é também a sociedade da informação. Tudo é rapidamente substituído por algo mais atual, mais “avançado”, inclusive o conhecimento, que, adaptado à lógica do mercado, se torna obsoleto muito rapidamente precisando ser descartado e substituído, como um objeto de consumo. O sujeito da informação, que é o sujeito que vive nessa sociedade adaptado a essas exigências, sabe muitas coisas, “aproveita” o tempo buscando saber cada vez mais coisas, preocupa-se em estar por dentro de tudo, mas tem algo que não lhe diz respeito: os acontecimentos. Nada acontece ao sujeito da informação. Ele está tão entretido com a velocidade das coisas, que não tem pausa para perceber algo acontecendo com ele, diante dele.

Walter Benjamin, em seu ensaio célebre sobre a figura do narrador, afirma:

Há uma rivalidade histórica entre as diversas formas da comunicação. Na substituição da antiga forma narrativa pela informação, e da informação pela sensação, reflete-se a crescente atrofia da experiência. Todas essas formas,

.....
3 CHAUI, M. *Escritos sobre a universidade* São Paulo: Editora UNESP, 2001, p. 190.

por sua vez, se distinguem da narração, que é uma das mais antigas formas de comunicação. Esta não tem a pretensão de transmitir um acontecimento, pura e simplesmente (como a informação o faz); integra-o à vida do narrador, para passá-lo aos ouvintes como experiência. Nela ficam impressas as marcas do narrador como os vestígios nas mãos do oleiro no vaso da argila.⁴

No trabalho com os estudantes, a aceleração do tempo e o excesso de informação se traduz na dificuldade de construirmos a possibilidade do intercâmbio de experiências e da narrativa como regime de comunicação. Experiência, intimamente ligada à idéia de acontecimento, é uma noção muito cara às práticas do Serviço, como práticas de orientação fenomenológica. Apostamos na experiência, como aquilo que nos passa, nos acontece ou nos toca, como um ponto de inflexão fundamental na formação dos estudantes para o trabalho como psicólogos. O regime de sensibilidade subjacente à experiência traz a possibilidade de se afetarem pelo que traz o outro com quem trabalham, lançando-se com ele na pesquisa sobre que experiência é esta que este outro vive no movimento da procura por um apoio psicológico.

Uma primeira questão em relação ao tempo na formação dos estudantes é que a relação entre estudantes e Universidade transformou-se muito nas últimas décadas. Ouvindo professores que estudaram na Universidade no final dos anos 60 e 70, tem-se a impressão de que a universidade, naquele momento, se configurava como uma espécie de ritual de passagem na vida dos jovens, como uma transição para a vida adulta. Olgária Mattos disse, numa palestra recente sobre a Universidade e o seu sentido, que quando ela era estudante era a partir da Universidade que os jovens passavam a conquistar alguma liberdade em relação aos pais (não ter hora para chegar em casa, sair para tomar um chopp) e em relação à cidade e à vida cultural. Atualmente, talvez esse momento de passagem continue presente para uma parte dos estudantes, mas a situação é muito mais complexa. Alguns dos que ingressam no curso de Psicologia já são formados em outra carreira, portanto, são mais velhos, já têm algum trabalho e, eventualmente, até uma família. Outros são jovens, acabam de sair do ensino médio, mas já trabalham dando aulas de idiomas ou aulas para estudantes de nível médio ou mesmo fazem estágios remunerados fora da Universidade, em

.....
⁴ BENJAMIN, W. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura* São Paulo: Brasiliense, 1994.

escolas, empresas, instituições. Algumas vezes a escolha por essas atividades vem com a preocupação com o mercado de trabalho, com o ingresso mais rápido, com a construção de um currículo que seja bem preenchido; outras vezes, é a própria necessidade de gerar renda para si próprio ou para a família que motiva essa opção. No plano das relações de sociabilidade e lazer, é evidente que boa parte dos jovens atualmente saem de casa para encontrar os amigos, os namorados e namoradas, para fazerem suas baladas, curtirem seus momentos de liberdade antes de começarem um curso superior. Quando entram na Universidade, muitos já têm redes de amigos constituídas na escola, na internet, na academia de ginástica ou por alguma outra via. É marcante também como bem cedo na graduação alguns estudantes já se colocam como convencidos a seguir determinada linha teórica (psicanálise, fenomenologia, psicologia cognitivo-comportamental etc) ou determinada área de atuação (psicologia escolar, psicologia clínica, recursos humanos etc) antes mesmo do contato com a diversidade de possibilidades que a Universidade lhes apresenta. Ou seja, há uma intensidade que se coloca fora da Universidade durante o período de formação e depois dele que pode fazer com que essa passagem perca sua dimensão ritual e se torne muito menos significativa e mais instrumental diante de tantos outros interesses. Aí se apresenta o desafio que se coloca para todos os envolvidos nos processos de formação: construir conjuntamente um sentido para o tempo que se aproveita em pensar, em ler, em fazer as atividades com pausa, participar ativamente das discussões, formular perguntas, comentários, enfim, valorizar o conhecimento como uma produção de sentido do caminho de cada um como estudante e como profissional, para muito além de uma burocracia ou uma formalidade que precisem ser cumpridas.

É necessária uma desaceleração do tempo nas atividades de formação, o que exige uma disposição para entrar em outro regime de comunicação e de percepção que não aquele que subjaz à temporalidade do puro presente, extensão homogênea na qual não há configuração nem de um passado nem de um futuro próprios⁵.

Outra das questões emblemáticas que mobiliza a equipe frequentemente nas aulas e atividades de Aconselhamento Psicológico é a preocupação em aguçar a sensibilidade para a percepção de que nem todas as pessoas que buscam apoio psicológico em algum momento querem propriamente iniciar uma psicoterapia.

.....
⁵ CARDOSO, 2001, op. cit., p. 252.

Muitas pessoas vêm em nossa procura encaminhadas por médicos, sem um desejo próprio por um atendimento, ou interessadas em algum tipo de diagnóstico específico ou mesmo para um encontro único, que satisfaz uma necessidade específica e se encerra nele mesmo. Assim, procuramos tematizar a diferença com os estudantes entre atender alguém estando preparado para identificar sua queixa e “rapidamente resolver” como “encaminhar” o “problema” (que muitas vezes é um “re-encaminhar”) e, de outro modo, viver a experiência de estar com alguém, vigiando o movimento que acontece nesse encontro e o que ele pode apontar como caminho. Quando estabelecemos essa diferença, estamos colocando em questão o modo “eficiente”, “objetivo” que se apresenta como ideal no exercício das profissões em geral e também na área da saúde em particular. Convidamos os estudantes a experimentarem o desamparo de não saber qual será o próximo passo, a instabilidade, o estar perdido sem um rumo pré-determinado, sem pressa, sem velocidade e sem muita informação. Nesse sentido, procuramos fazer notar os prejuízos do automatismo que decorre da aceleração do tempo, da preocupação com as quantidades nas práticas do psicólogo, em defesa de alguma “distensão psíquica” no trabalho terapêutico, nas palavras de Walter Benjamin. A experiência requer um gesto de interrupção, diz Jorge Larossa.

Vamos agora ao sujeito da experiência, a esse sujeito que não é o sujeito da informação, da opinião ou do trabalho (...). Se escutamos em espanhol, nessa língua na qual a experiência é “lo que no pasa”, o sujeito de experiência seria algo como um território de passagem, algo como uma superfície de sensibilidade na qual aquilo que passa afeta de algum modo, produz alguns afetos, inscreve algumas marcas, deixa alguns vestígios, alguns efeitos. Se escutamos em francês, em que a experiência é “ce nous arrive”, o sujeito da experiência é o ponto de chegada, um lugar que recebe o que lhe chega e, ao receber, lhe dá lugar. E em português, em italiano e em inglês, em que a experiência soa como “aquilo que nos acontece”, “nos passa”, “nos sucede” ou “happen to us”, o sujeito da experiência é sobretudo o espaço onde tem lugar os acontecimentos.⁶

De todo modo, percorrendo as diferentes línguas, parece que há algo em comum com o sujeito da experiência que diz respeito à sua exposição. Ele se define mais por sua abertura, por sua disponibilidade, por sua passividade, por

⁶ LARROSA, J. *Linguagem e Educação depois de Babel* Belo Horizonte: Autêntica, 2004, p. 160-1.

sua receptividade, do que por sua atividade. A característica dessa receptividade é o padecimento, a paciência, a atenção ou, como vai querer Larossa, a paixão:

Do ponto de vista da experiência, o importante não é nem a posição (nossa maneira de pôr-nos), nem a o-posição (nossa maneira de opôr-nos) nem a impo-sição (nossa maneira de impor-nos), nem a pro-prosição (nossa maneira de propor-nos), mas a ex-posição, nossa maneira de ex-por-nos, com tudo o que isso tem de vulnerabilidade e de risco. Por isso é incapaz de experiência aquele que se põe, ou se opõe, ou se impõe, ou se propõe, mas não se ex-põe.⁷

O sujeito da experiência é sujeito ameaçado, é um sujeito que se fere, que “enjoa em terra firme”, na expressão de Walter Benjamin. Daí a necessidade de que tenhamos tempo para a experiência e para sua elaboração. Defendemos o amadurecimento que vem do tempo vivido nos altos e baixos, erros e acertos do trabalho do pensamento e da reflexão.

Vale a pena destacar também que a velocidade não afeta apenas o contato dos estudantes com os clientes, mas também as atividades nos grupos de supervisão, a troca de idéias nos dias de plantão, o contato cotidiano entre supervisoras e estudantes. Se estamos mais preocupados com os números que temos que apresentar, com as quantidades, com os produtos ou com as soluções mais rápidas, estamos menos dispostos a nos movermos pelos corredores do prédio, pela lanchonete do lugar onde trabalhamos abertos aos encontros que costumam acontecer nesses espaços de convivência. Lembro-me muito bem, quando fui aluna, de como foram significativas as conversas que tive com colegas e com professores sobre o curso, sobre a vida universitária, sobre a psicologia nesses espaços. No jardim do lado de fora do prédio, as posições assimétricas tão marcadas do lado de dentro, na sala de aula, são estranhamente atravessadas por uma sensação de proximidade, de horizontalidade. Os modos de presença, mais amistosos ou mais distanciados, podem acompanhar ou podem transformar a atmosfera que respiramos coletivamente.

Um outro aspecto que nos afeta e constitui inúmeros desafios é a crescente **especialização dos saberes e das práticas**. A especialização é um movimento amplo dentro da psicologia e das ciências de maneira geral. Somos cada vez mais



.....
⁷ LARROSA, J. (2004) - op. cit.

inclinados à necessidade de consultar um especialista para qualquer situação cotidiana com a qual precisemos lidar. Os saberes práticos, a troca de idéias entre as pessoas estão em baixa. Parece que vamos perdendo nossa autonomia para enfrentar as dificuldades da vida com nossos próprios recursos ou para pedir ajuda para enfrentá-las, pois a perspectiva da especialização e distinção cada vez mais polarizada entre normal e patológico não supõe a autonomia nem a ajuda, e sim a aquisição de uma solução eficaz, como quem compra um sapato ou um carro, que promova o maior grau de adaptação social com o menor grau de conflito. Está em alta a busca por profissionais especializados que tenham as respostas e as soluções para o último distúrbio, patologia ou síndrome “descoberta”.

O discurso dominante da explicação organicista dos fenômenos psíquicos, o discurso das neurociências, que aparece hoje sob a forma de indicação das causas genéticas e/ou químicas daqueles fenômenos, que os explicam como produtos de um desequilíbrio no processo químico de neurotransmissores, tais como a serotonina ou noradrenalina, pode denominar agora, de modo científico, as doenças psíquicas cujo fundamento é orgânico, em virtude do próprio avanço dessas ciências. Assim é que as “novas” doenças identificadas como síndromes, a depressão, a distímia, a euforia, o pânico, a fadiga crônica, podem entrar num registro do que seja “doença”, como disfunção físico-orgânica, pela possibilidade de distinção cada vez mais nítida entre o comportamento patológico e o normal.⁸

Essa tendência classificatória se faz presente também em nosso trabalho de formação. É comum conversarmos com os estudantes sobre a especificidade do psicólogo e nos depararmos com os questionamentos: Qual o papel do psicólogo numa equipe multidisciplinar? Como ele se diferencia dos demais profissionais? ou Qual é, afinal de contas, o saber do psicólogo? O que ele tem a dizer? Diante dessas perguntas, sentimos a necessidade de trazer à tona uma reflexão sobre a especialização e as decorrências de um modo de aplicação da psicologia que ao invés de trabalhar em favor da autonomia, pode acabar fortalecendo a heteronomia e a dependência de respostas imediatas. Quando pensamos no trabalho do psicólogo, apostamos numa prática em que um certo tipo de olhar possa se somar a outros olhares e acrescentar aspectos novos, sem precisar se

⁸ CARDOSO, 2001, op. cit., p. 264-5.

sobrepou ou se diminuir. Quem é mais psicólogo: aquele que aplica testes dentro de uma sala num consultório ou aquele que desenvolve uma oficina de artes num Centro de Convivência Comunitária em parceria com profissionais de outras áreas do conhecimento?

A preponderância dos aspectos técnicos como racionalidade dominante no trabalho, numa relação direta entre meios e fins, estratégias e resultados, suplanta os ideais éticos, que dizem respeito aos valores e princípios que constituem as práticas.⁹ Consideramos que a especificidade não se dá pelos aspectos formais da atividade que o profissional desenvolve, mas pelo modo de estar presente no trabalho, na relação com quem está sendo cuidado, que não é um modo qualquer, mas um modo que pressupõe acolhimento, escuta e, sobretudo, abertura para a experiência, dentre outras especificidades que podem se constituir num trabalho psicológico.

João Augusto Pompéia, em um artigo sobre os aspectos emocionais da terapia daseinanalítica, ressalta os modos de abertura do paciente e do terapeuta no início do processo terapêutico. Segundo o autor, retomando conceitos de Heidegger, há sempre um certo modo de estarmos lançados no mundo, uma luminosidade específica que clareia de um certo jeito os entes e acontecimentos que se põem para nossa percepção. Esse modo de estar lançado, que o autor chama de *afinação*, está presente em qualquer movimento de compreensão do Dasein. Toda compreensão que o Dasein tem de si, dos outros, do mundo, é sempre afinada de um certo modo, marcada por alguma disposição afetiva. Como seria então a afinação do terapeuta quando vai começar a atender alguém? Numa perspectiva fenomenológica, sua tarefa é aproximar, chegar perto do paciente, desarmar-se para tentar compreender a experiência do outro. A afinação do terapeuta, portanto, diz respeito a um *estar lançado*, estar projetado dentro de uma situação que gera muitos medos e expectativas. Medo do contágio pelos aspectos emocionais do paciente, medo de não ter nada a dizer, medo de não saber o que fazer, medo de se aproximar tanto e sentir que não pode fazer nada. Todos esses medos, por sua vez, são acompanhados também de uma série de expectativas: expectativa de ser bem-sucedido, de que a terapia dê certo, de que os problemas do paciente se resolvam, de ser reconhecido pelo seu trabalho. A situação do terapeuta estando lançado é muito próxima a do paciente como

.....
⁹ CARDOSO, 2001, op. cit., p. 86-7.

alguém desabrigado, que por algum motivo perdeu sua proteção, sua familiaridade habitual com as coisas, com as pessoas e com o mundo. Nas palavras do autor, no início da terapia:

quem está se lançando de fato é o terapeuta. Pois o paciente, naquela situação, já está lançado; ele já está carregando o desabrigo de alguém que sente que caiu. O terapeuta tem a sensação de que ainda não caiu, mas está em vias de cair ou de não cair. Fica então na torcida de que a terapia decole.¹⁰

A afinação do *estar lançado*, que pressupõe a abertura para a experiência, é a disposição afetiva que acompanha o terapeuta. Para que ele possa caminhar com o paciente no sentido de reconstituir significados, aproximar sua experiência, é necessária uma certa disposição intelectual e afetiva para um movimento que se apresenta como uma melodia que escutamos pela primeira vez: é desconhecida, não-linear, pode nos surpreender e nunca sabemos ao certo onde vai chegar.

Assim, retomando a questão do que distingue o psicólogo, nossa compreensão vai na direção de uma especificidade calcada na postura profissional, num conjunto de atitudes e reflexões sobre os processos que ocorrem na relação terapêutica. Afastamo-nos assim da busca da competência técnica e formal pela especialização, que, ao contrário da abertura para a experiência, se mostra como linguagem neutra, sem afetos, portadora de um suposto saber científico sobre o sujeito que procura ajuda e que, nessa relação, tende a ser tomado como objeto.

A terceira questão que tem bastante ênfase em nosso trabalho é a aposta na “igualdade das inteligências”, tomando emprestada uma expressão de Jacques Rancière¹¹. No SAP, a porta da entrada dos clientes é o plantão psicológico, que acontece sempre às quartas-feiras pela manhã. Nesse período, os clientes chegam ao Serviço, se inscrevem e são atendidos pelos estudantes que estiverem disponíveis compondo a equipe de plantão naquele dia. Entendemos este encontro de plantão como um momento que é já um atendimento psicológico, é já uma possibilidade de ajuda e de trabalho terapêutico, uma vez que nele está contida a perspectiva de um olhar para a experiência do cliente.

¹⁰ POMPÉIA, J. A. *Aspectos emocionais na terapia daseinanalítica* In: Daseinanalyse / Associação Brasileira de Daseinanalyse – no. 13 (2004) São Paulo: A Associação, 2004.

¹¹ RANCIÈRE, J. *O mestre ignorante* Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

Alguns dos estudantes, quando iniciam o estágio no SAP, trazem como questão a preocupação com o que vai acontecer no encontro com o cliente, já que o que sabemos de antemão se resume a alguns dados pessoais que ele preenche na ficha de inscrição enquanto aguarda na sala de espera. Os estudantes manifestam um desconforto com esse “mistério” do encontro não planejado, um “frio na barriga” e diversas preocupações relacionadas ao que fazer em cada uma das inúmeras possibilidades que se colocam nesse encontro. É uma opção do Serviço proporcionar o contato direto entre os clientes e estudantes no plantão, sem intermediações anteriores pela equipe, que se coloca como suporte para que esse encontro aconteça e possa ser elaborado posteriormente. Nosso convite é para que os estagiários-plantonistas possam se descobrir na experiência de atender, adivinhando o processo do trabalho, observando-se a si mesmos, tateando as possibilidades, ajustando o seu modo de se colocar, associando as experiências novas ao que já conhecia e refletindo sobre o que foi feito. Propomos que eles coloquem a vontade e a inteligência que têm a serviço da experimentação. A essa altura, parece interessante ressaltar que ao contrário do que comporta a palavra “aluno” (*a luno*, não iluminados), consideramos os estudantes dotados da mesma inteligência que existe em cada uma das psicólogas e docentes da equipe. Nosso desafio, portanto, é **convencê-los de que não é o saber do mestre que ensina o “aluno”** com suas explicações, mas a possibilidade de alguém lançar mão da própria inteligência para empreender um processo de reflexão, crítica e diálogo sobre si mesmo e sobre o que percebe. O mestre ignorante, segundo Jacques Racière, esse mestre que não se vê como portador do conhecimento, situa-se na linguagem como um igual, um conversador, como alguém a quem interessa o que os outros dizem, pensam, fazem e, fundamental acrescentar, sentem; ele quer que o aprendiz se reconheça em suas capacidades e desenvolva as conseqüências desse reconhecimento. O mestre explicador, ao contrário, se apóia na separação entre saberes reconhecidos e não reconhecidos e na desigualdade das inteligências. Quanto mais ele explica, mais trabalha em favor do embrutecimento, reafirmando a incapacidade do aluno pelo próprio ato que pretende reduzi-la. É nesse sentido que a figura do mestre ignorante aparece, na proposta do SAP, como uma perspectiva interessante, uma vez que ele diz da busca por uma instrução que não abobe, uma linguagem que não intimide e uma formação que não rebaixe. Um mestre cuja palavra seja um testemunho de igualdade e não de desigualdade.

O quarto aspecto que caberia ressaltar diz respeito a **ser clínica-escola numa universidade pública**. A Universidade de São Paulo, situada entre as mais reconhecidas mundialmente, é a casa em que está abrigado o SAP. É um Serviço que integra atividades de ensino, pesquisa e extensão universitária, na medida em que oferece oportunidades de estágio para alunos de graduação, atendimento à comunidade USP e da região do Butantã (distrito em que se localiza a Cidade Universitária) e abriga pesquisas desenvolvidas por estudantes de graduação e pós-graduação, psicólogas e docentes. Diferentemente de um serviço de saúde comum, tem, portanto, as especificidades de uma clínica-escola, em que suas múltiplas finalidades são realizadas simultaneamente.

Como a maior parte dos serviços públicos de saúde no Brasil, enfrentamos cotidianamente uma demanda acima da nossa capacidade de atendimento. Regionalizado, o Serviço veio ao longo dos anos, desde a sua fundação em 1969, restringindo sua abrangência a um público cada vez mais específico, de modo a aproximar mais sua capacidade de atendimento às necessidades dos processos de formação dos estudantes. Atualmente, são atendidos moradores da região compreendida pela Subprefeitura do Butantã e a comunidade USP (estudantes de graduação e pós-graduação, docentes, funcionários, funcionários terceirizados ou informais, alunos de cursinhos pré-vestibulares e dependentes). A regionalização ao mesmo tempo em que nos permite sustentar a qualidade do atendimento, é também o que faz com que muitas pessoas não possam ser atendidas no âmbito do Serviço por estarem fora do público circunscrito e algumas das que vêm, eventualmente num dia em que haja muitas pessoas buscando atendimento, sejam convidadas a retornar num outro plantão ou buscar outro serviço dados os nossos limites. O Serviço se equilibra nas funções de, de um lado, atender à demanda e, de outro, garantir às pessoas e aos estudantes um atendimento e uma formação de qualidade. Muitas vezes nos vemos nesse dilema entre dar conta da demanda e respeitar os nossos limites tendo em vista a qualidade do trabalho.

Há dois aspectos importantes que atuam nesse quadro que se pinta no cotidiano dos plantões do SAP. Por um lado, as conseqüências do desmantelamento dos serviços de saúde públicos, que nem sempre contam com profissionais de psicologia que possam atender a população, especialmente a população que não se encaixa nos quadros entendidos como “graves”, para os quais as políticas de saúde mental têm uma estrutura mais sólida. Isso faz com que serviços como o

SAP, oferecidos pela Universidade gratuitamente e abertos à população, sejam uma alternativa para muitas pessoas. Por outro lado, há o pertencimento do Serviço à Universidade. Pela sua duração no tempo também, com 40 anos de vida, o Serviço se constitui como um lugar de referência não só para as pessoas que são atendidas (que podem vir num determinado momento e tempos depois retornar), mas também a alunos e ex-alunos de psicologia, psicólogos credenciados e demais pessoas e instituições que fazem parte da rede de relações do Serviço. Ou seja, a sustentação do Serviço como um lugar de ensino, pesquisa e extensão universitária faz com que a rede de pessoas que se ligam ou se ligaram a ele em algum momento cresça cada vez mais, na contramão da história da Universidade, que descortina um processo crescente de desvirtuamento das suas funções como instituição pública de ensino, pesquisa e extensão universitária.

Para Marilena Chaui, é pelo menos desde os anos 70 que a Universidade conhece mudanças muito equiparadas às mudanças sofridas pela sociedade como um todo. Nos anos 70, a Universidade serviu à ditadura militar e à necessidade de oferecer algum veículo de prestígio e ascensão social à classe média, voltando-se à formação rápida de profissionais qualificados para o mercado de trabalho. Essa foi a chamada *universidade funcional*. Nos anos 80, às características da década anterior somaram-se a expansão do ensino superior privado e a aproximação entre a universidade pública e as empresas privadas, que passaram a ter uma participação não só na oferta de empregos aos futuros profissionais e estágios remunerados aos estudantes, como também passaram a financiar pesquisas voltadas para seus interesses privados. Foi a chamada *universidade de resultados*. Por fim, a partir dos anos 90, surge um outro modo de funcionamento da universidade que se distinguiu das duas anteriores: A *universidade operacional*, que se estrutura como uma organização, ou seja, é regida por estratégias e programas de eficácia organizacional, colocando em segundo plano seus meios e objetivos. Sua preocupação não é o conhecimento e a formação intelectual, mas a transmissão rápida de informação para os estudantes, a contratação de docentes cada vez mais especializados ou que se disponham a contratos precários de trabalho, a realização de pesquisas como um cálculo de meios para a solução ou o controle de problemas. Nas palavras da autora:



numa organização, não há tempo para a reflexão, a crítica, o exame de conhecimentos instituídos, sua mudança ou superação. (...) Em contrapartida, no jogo estratégico da competição no mercado, a organização se mantém e se firma se for capaz de propor áreas de problemas, dificuldades, obstáculos sempre novos, o que é feito pela fragmentação de antigos problemas em novíssimos microproblemas, sobre os quais o controle parece ser cada vez maior.¹²

Nessa universidade, a formação, a extensão e a pesquisa voltadas para os interesses públicos e orientadas pelo princípio da democracia não têm valor. É por isso que dizer algo sobre formação hoje na universidade, no cenário dessas últimas décadas, se constitui principalmente como um grande leque de desafios que se põem para a sociedade como um todo. Como agentes diretamente envolvidos nesse processo, nosso maior desafio talvez seja o de resgatar o sentido da formação na universidade como uma formação comprometida com as questões e os princípios públicos e democráticos, que, para fazer juz ao título de formação de excelência, não pode abrir mão da sua “vontade de saber”.

12 CHAUJ, 2001, op. cit., p. 192.

**PERSPECTIVAS DO SERVIÇO
DE ACONSELHAMENTO
PSICOLÓGICO E DA ABORDAGEM
CENTRADA NA PESSOA**

RIQUEZA DE LA DIVERSIDAD DEL ENFOQUE CENTRADO EN LAS PERSONAS¹

Alberto S. Segrera²

ALGUNAS PRECISIONES INICIALES

Quiero comenzar esta presentación indicando algunas precisiones que me permitan enmarcar su significado y contenido.

- ¹ Presentación en Serviço de Aconselhamento Psicológico: 40 Anos de História. São Paulo, São Paulo, Brasil: Universidade São Paulo: Instituto de Psicologia – Laguna; 14-16 de septiembre de 2009.
- ² Mexicano, nacido en Cuba. Licenciado en Psicología y Candidato a Maestro en Ciencias Familiares y Sexológicas por la Université Catholique de Louvain (Bélgica); Especialista en Psicoterapia Autodirectiva (Centrada en el Cliente) y Candidato a Maestro en Educación por la Universidad Iberoamericana Ciudad de México (México). Académico Numerario Emérito de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México. Educador y orientador. Creador de los Foros Internacionales del Enfoque Centrado en la Persona. Fundador y Director de los Archivos Internacionales del Enfoque Centrado en la Persona. Creador y Coordinador de la Red Iberoamericana Centrada en las Personas. Cofundador de los Programas de Posgrado en Desarrollo Humano de la Universidad Iberoamericana. Exmiembro del Board de la World Association for Client-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling. Miembro de la Comisión Gestora de la Asociación Iberoamericana del Enfoque Centrado en la Persona. Endereço electrónico: asegrera_acp@prodigy.net.mx

Algunos profesionales mexicanos hemos comenzado a emplear, como manifestación de una perspectiva social, la expresión *enfoque centrado en las personas* para referirnos a nuestro marco teórico, en reconocimiento de que todos, incluyéndonos a los promotores del desarrollo humano y no sólo a aquellos grupos o personas con quienes trabajamos o, en términos más amplios, entramos en relación, somos personas y que centrarnos nos incluye como sujetos de esa relación.

El enfoque centrado en las personas ha sido descrito por el mismo Carl Rogers (1980)³ como una manera de ser. Comparto la creencia de que dicho enfoque no puede reducirse a una posición teórica o profesional.

El enfoque centrado en las personas es un marco sólido, abierto, flexible y en evolución para la comprensión y la promoción de los grupos y los seres humanos. Pero no podemos adjudicarnos la exclusividad de la acción del desarrollo humano, la cual puede ser llevada a cabo a partir de perspectivas diversas, tales como la psicoanalítica, la marxista, la conductual, entre otras.

El enfoque centrado en las personas, si bien nació en el campo de la psicología clínica, ha ampliado su perspectiva, reconociendo la existencia de una teoría general de las relaciones humanas y su aplicación a diversos campos de trabajo, espacios naturales de desenvolvimiento de aspectos esenciales del funcionamiento humano, dignos de igual importancia que la orientación y la psicoterapia para promover una existencia humana plena.

El enfoque centrado en las personas es una teoría de los grupos y seres humanos que forma parte de la amplia familia de perspectivas humanistas. Sin embargo, debemos distinguir las similitudes y diferencias que tiene con las ideas de Perls, Maslow, May, Frankl y otros iniciadores de dicha corriente, so riesgo de crear confusiones de comprensión.

El enfoque centrado en las personas, si bien surge entre psicólogos, es actualmente la base del trabajo profesional de diversos profesionistas, en un esfuerzo conjunto por elaborar una visión holística de los seres humanos, su funcionamiento, sus relaciones y la promoción de su desarrollo.

El enfoque centrado en las personas permanece vigente y pujante como base para nuestro trabajo académico y profesional, incluyendo el *Servicio de*

.....
³ ROGERS, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin. Tr. (contenido dividido) en: ROGERS, C. R. & ROSENBERG, R. L. (1977). *A pessoa como centro*. São Paulo: EPU; y ROGERS, C. R. (1983). *Um jeito de ser*. São Paulo: EPU.

Aconselhamento da Universidade de Sao Paulo, del que estamos celebrando con alegría los 40 años de existencia. Procuraré mostrar en este trabajo la riqueza de la diversidad teórica y de aplicación del enfoque centrado en las personas, haciendo énfasis en datos correspondientes a América Latina y la península ibérica, en lengua portuguesa y española, complementados con algunos a nivel mundial.

DIVERSIDAD TEÓRICA: TRIBUS O ÉNFASIS

En Europa y Estados Unidos es muy común hablar de las tribus del enfoque centrado en las personas. Esta expresión fue utilizada por primera vez por Warner (1997)⁴ y popularizada por Sanders (2004)⁵.

La expresión tiene, en mi opinión, el defecto de insistir sobre lo que divide a los estudiosos de los diversos matices teóricos del enfoque centrado en las personas. Además, tiende a considerar que cada uno de ellos opta por un solo de estos matices, cuando en realidad todos tendemos a tener un *cocktail* personal teórico en el que incluimos elementos de distintos matices. Por ello, yo prefiero hablar de énfasis diferenciales teóricos.

Estudiar y comparar dichos matices diferenciales nos permite asumir un esfuerzo de comprensión recíproca entre las diversas líneas de desarrollo del enfoque centrado en las personas, que poseen todas elementos complementarios existentes, al menos en germen, en el pensamiento original de Rogers, y que no tienen porqué ser vistas como opuestas ni excluyentes, eliminar inútiles desprecios y buscar su enriquecimiento mutuo. Desde mi personal perspectiva, puedo distinguir las siguientes:

- **Clásica**, proveniente de los trabajos de Rogers (Rogers, 1939⁶, 1942⁷,

.....
⁴ WARNER, M. S. (1997). Person-centered psychotherapy: One nation, many tribes. In *4th International Conference on Client-Centered and Experiential Psychotherapy: Book of abstracts* (p. 42). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Centrada na Pessoa e Abordagem Centrada na Pessoa.

⁵ SANDERS, P. (Ed.). (2004). *The tribes of the person-centred nation: An introduction to the schools of therapy related to the person-centred approach*. Ross-on-Wye, England: PCCS.

⁶ ROGERS, C. R. (1939). *The clinical treatment of the problem child*. Boston: Houghton Mifflin. Tr.: (1979). *O tratamento clínico da criança problema*. São Paulo: Fontes.

⁷ ROGERS, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy: Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin. Tr.: (1987). *Psicoterapia e consulta psicológica*. São Paulo: Fontes.



1946⁸, 1951⁹, 1959¹⁰, 1961¹¹, 1969¹², 1970¹³, 1972¹⁴, 1977¹⁵, 1980¹⁶, 1983¹⁷; Rogers & Kinget, 1959a¹⁸, 1959b¹⁹; Rogers & Freiberg, 1994²⁰, Rogers & Stevens, 1967²¹), con su énfasis en la no-directividad y en

-
- ⁸ ROGERS, C. R. & WALLEN, J. L. (1946). *Counseling with returned servicemen*. New York: McGraw-Hill. Tr.: (2000). *Manual de counselling*. Lisboa: Encontro.
- ⁹ ROGERS, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin. Tr: (1975). *A terapia centrada no paciente*. São Paulo: Fontes; & (2004). *Terapia centrada no cliente*. Lisboa: Edial.
- ¹⁰ ROGERS, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. En S. Koch (Ed.), *Psychology; A study of a science*, Vol. 3: *Formulations of the person and the social context* (pp. 184-256). New York: McGraw Hill. Tr: (1975). Em C. R. ROGERS. e G. M KINGET, *Psicoterapia e relações humanas, Vol. 1*. Belo Horizonte: Interlivros.
- ¹¹ ROGERS, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin. Tr: (1967). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes.
- ¹² ROGERS, C. R. (1969). *Freedom to learn: A view of what education might become*. Columbus, Ohio: Merrill. Tr: 1972). *Liberdade para aprender*. Belo Horizonte: Interlivros.
- ¹³ ROGERS, C. R. (1970). *Carl Rogers on encounter groups*. New York: Harper & Row. Tr: (1972). *Grupos de encontro*. São Paulo: Fontes.
- ¹⁴ ROGERS, C. R. (1972). *Becoming partners: Marriage and its alternatives*. New York: Delacorte. Tr: (1975). *Novas formas de amor: O casamento e suas alternativas*. Rio de Janeiro: Olympio.
- ¹⁵ ROGERS, C. R. (1977). *Carl Rogers on personal power: Inner strength and its revolutionary impact*. New York: Delacorte. Tr: (1978). *Sobre o poder pessoal*. São Paulo: Fontes.
- ¹⁶ ROGERS, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin. Tr. (contenido dividido) en: ROGERS, C. R. & ROSENBERG, R. L. (1977). *A pessoa como centro*. São Paulo: EPU; y ROGERS, C. R. (1983). *Um jeito de ser*. São Paulo: EPU.
- ¹⁷ ROGERS, C. R. (1983). *Freedom to learn for the 80's*. Columbus, Ohio: Merrill. Tr: (1985). *Liberdade para aprender em nossa década*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ¹⁸ ROGERS, C. R. & KINGET, G. M. (1959a). *Psychotherapie en menselijke verhoudingen, Deel 1*. Utrecht: Standard. Tr: (1967a). *Psicoterapia y relaciones humanas: Teoría y práctica de la terapia no directiva, Vol. 1: Exposición general*. Madrid: Alfaguara.
- ¹⁹ ROGERS, C. R. & KINGET, G. M. (1959b). *Psychotherapie en menselijke verhoudingen, Deel 2*. Utrecht: Standard. Tr: (1967b). *Psicoterapia y relaciones humanas: Teoría y práctica de la terapia no directiva, Vol. 2: La práctica*. Madrid: Alfaguara.
- ²⁰ ROGERS, C. R. & FREIBERG, H. J. (1994). *Freedom to learn (3ª ed.)*. New York: Merrill. Tr: (1996). *Libertad y creatividad en la educación (3ª ed.)*. Barcelona: Paidós.
- ²¹ ROGERS, C. R. & STEVENS, B. (1967). *Person to person: The problem of being human: A new trend in psychology*. Lafayette, California: People. Tr: (1978). *De pessoa para pessoa: O problema de ser humano: Uma nova tendência na psicologia*. São Paulo: Pioneira.

centrarse en el cliente. Brodley (1997²²), Bozarth (1998²³), Hannoun (1992²⁴), Justo, (2002²⁵) y de Peretti (1966²⁶, 1974²⁷).

- **Experiencial**, fundada en los estudios sobre la personalidad de Gendlin (1962²⁸, 1978²⁹, 1986³⁰, 1996³¹), con énfasis en la experienciación (*experiencing*) en el propio cuerpo y la focalización (*focusing*) como medio privilegiado de contacto con la primera. Alemany (1983³², 1995³³, 1997³⁴), Amodeo (Amodeo & Wentworth,

-
- ²² BRODLEY, B. T. (1997). The nondirective attitude in client-centered therapy. *Person-Centered Journal*, 4(1), 18-30.
- ²³ BOZARTH, J. D. (1998). *Person-centered therapy: A revolutionary paradigm*. Ross-on-Wye, England: PCCS. Tr.: (2003). *Terapia centrada na pessoa: Um paradigma revolucionário*. Lisboa: Edial.
- ²⁴ HANNOUN, H. (1992). *A attitude não-diretiva da Carl Rogers*. Lisboa: Horizonte.
- ²⁵ JUSTO, H. (2002). *Abordagem centrada na pessoa: Consensos e dissensos*. São Paulo: Vetor.
- ²⁶ PERETTI, A. de. (1966). *Liberté et relations humaines, ou: L'inspiration non-directive*. París: Épi. Tr.: (1971). *Libertad y relaciones humanas o: La inspiración no directiva*. Madrid: Marova.
- ²⁷ PERETTI, A. de. (1974). *Pensée et vérité de Carl Rogers*. Toulouse: Privat. Tr.: (1979). *El pensamiento de Carl Rogers*. Madrid: Atenas.
- ²⁸ GENDLIN, E. T. (1962). *Experiencing and the creation of meaning: A philosophical and psychological approach to the subjective*. New York: Glencoe.
- ²⁹ GENDLIN, E. T. (1978). *Focusing: A step-by-step technique that takes you past getting in touch with your feelings, to change them and solve your personal problems*. New York: Everest House. Tr.: (2006). *Focalização: Uma via de acesso à sabedoria corporal*. São Paulo: Gaia.
- ³⁰ GENDLIN, E. T. (1986). *Let your body interpret your dreams*. Wilmette, Illinois: Chiron. Tr.: (2001). *Deja que tu cuerpo interprete tus sueños*. Bilbao: Desclée.
- ³¹ GENDLIN, E. T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. New York: Guilford. Tr.: (1999). *El focusing en psicoterapia: Manual del método experiencial*. Barcelona: Paidós.
- ³² ALEMANY, C. (1983). Introducción a la edición española. En E. T. Gendlin, *Focusing: Proceso y técnica del enfoque corporal* (pp. 13-18). Bilbao: Mensajero.
- ³³ ALEMANY, C. (Ed.). (1995). *Relatos para el crecimiento personal*. Bilbao: Desclée.
- ³⁴ ALEMANY, C. (Ed.). (1997). *Psicoterapia experiencial y focusing: La aportación de Eugene T. Gendlin*. Bilbao: Desclée.

1986³⁵), Flanagan (1998³⁶), Frezza (1993³⁷); Siems (1986³⁸), Riveros (2000³⁹), Weiser (1996⁴⁰).

- **Experiencial-procesal**, que tiene especial interés en el estudio detallado de los elementos del proceso y el recurso a aspectos gestálticos, representada inicialmente por Rice y continuada por Greenberg y Elliott (Greenberg, Rice & Elliot, 1993⁴¹; Greenberg & Paivio, 1997⁴²; Greenberg, 2000⁴³).
- **existencial-fenomenológica**, que hace énfasis en dichos elementos filosóficos. Amatuzzi (1989⁴⁴), Belém (2000⁴⁵), Cavalcante & Sousa, (2008⁴⁶). Moreira (2001⁴⁷, 2002⁴⁸), Poelman (1993⁴⁹). Incluye la pre-

35 AMODEO, J. A. & WENTWORTH, K. (1986). *Being intimate: A guide to successful relationships*. New York: Arkana. Tr.: (1999). *Creer en intimidad: Guía para mejorar las relaciones interpersonales*. Bilbao: Desclée.

36 FLANAGAN, K. (1998). *Everyday genius: Focusing on your emotional intelligence*. Cork: Marino. Tr.: (2001). *A la búsqueda de nuestro genio interior: Cómo cultivarlo y a dónde nos guía*. Bilbao: Desclée.

37 FREZZA, E. (1993). Focusing: Proceso y técnica de focalización. En A. R. Sánchez-Bodas (Ed.), *¿Crear salud o curar enfermedad?* (pp. 109-140). Buenos Aires: Holos.

38 SIEMS, M. (1986). *Dein Körper weiß die Antwort: Focusing als Methode der Selbsterfahrung: Eine praktische Einleitung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. Tr.: (1991). *Tu cuerpo sabe la respuesta: Focusing como método de autoconocimiento: Una guía práctica*. Bilbao: Mensajero.

39 RIVEROS, E. (Ed.). (2000). *El nuevo paradigma del experiencing*. Santiago, Chile: Lom.

40 WEISER, A. (1996). *The power of focusing: A practical guide to emotional self-healing*. Oakland, California: New Harbinger. Tr.: (1999). *El poder del focusing*. Barcelona: Obelisco.

41 GREENBERG, L. S., RICE, L. N. & ELLIOT, R. K. (1993). *Facilitating emotional change: The moment by moment process*. New York: Guilford. Tr.: (1996). *Facilitando el cambio emocional: El proceso terapéutico punto por punto*. Barcelona: Paidós.

42 GREENBERG, L. S. & PAIVIO, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford. Tr.: (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

43 GREENBERG, L. S. (2000). *Emociones: Una guía interna; cuáles sigo y cuáles no*. Bilbao: Desclée.

44 AMATUZZI, M. (1989). *O resgate da fala autêntica: Filosofia da Psicoterapia e da Educação*. São Paulo: Papirus.

45 BELÉM, D. (2000). *Carl Rogers: Do diagnóstico à abordagem centrada na pessoa*. Recife: Bagaço.

46 CAVALCANTE JR., F. S. & SOUSA, A. F. de. (2008). *Humanismo de funcionamento pleno: Tendência formativa na abordagem centrada na pessoa - ACP*. Campinas: Alinea.

47 MOREIRA, V. (2001). *Más allá de la persona: Hacia una psicoterapia fenomenológica mundana*. Santiago, Chile: Universidad de Santiago. Tr.: (2007). *De Carl Rogers a Merleau Ponty: A pessoa mundana em psicoterapia* (ed. rev.). São Paulo: Annablume.

48 MOREIRA, V. & SLOAN, T. (2002). *Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica*. São Paulo: Escuta.

49 POELMAN, J. (1993). *O homem a caminho de si mesmo*. Belo Horizonte: Paulinas.

terapia de Prouty (Prouty, 1994⁵⁰; Prouty, Van Werde & Pörtner, 2002⁵¹) y la perspectiva perceptual de Combs (1999⁵²).

- **trascendental**, que enfatiza aspectos espirituales, pastorales o religiosos, así como transpersonales o de conciencia. AmatuZZi (2005⁵³), Boainain (1999⁵⁴), Curran (1952⁵⁵), A. M. González (1995⁵⁶), L. J. González (1981⁵⁷), Saint-Arnaud (1969⁵⁸), Schmid (1995⁵⁹), Thorne (1998⁶⁰, 2002⁶¹).
- **expresiva**, que integra y desarrolla elementos de arte, juego, de movimiento y corporales, que, en algunos casos, establece puentes con la gestalt y el psicodrama. Axline (1947⁶²), N. Rogers (1993⁶³), West (1992⁶⁴).
- **analítica**, que incluye influencias de diversos planteamientos de la

⁵⁰ PROUTY, G. F. (1994). *Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy: Applications to schizophrenic and retarded psychoses*. Westport, Connecticut: Praeger. Tr.; (2001). *Evolução teórica na terapia experiencial/ centrada-na-pessoa: Sua aplicação nas psicoses esquizofrênicas e de atraso mental*. Lisboa: Encontro.

⁵¹ PROUTY, G. F., VAN WERDE, D. & PÖRTNER, M. (2002). *Pre-therapy: Reaching contact-impaired clients*. Ross-on-Wye, England: PCCS.

⁵² COMBS, A. W. (1999). *Being and Becoming*. London: Sage.

⁵³ AMATUZZI, M. (Org.). (2005). *Psicologia e espiritualidade*. São Paulo: Paulus.

⁵⁴ BOAINAIN JR., E. (1999). *Tornar-se transpessoal: Transcendência e espiritualidade na obra de Carl Rogers*. São Paulo: Summus.

⁵⁵ CURRAN, C. A. (1952). *Counseling in Catholic life and education*. New York: Macmillan. Tr: (1963). *La psicoterapia autagógica (counseling) y sus aplicaciones educativas y pastorales*. Madrid: Razón y Fe.

⁵⁶ GONZÁLEZ, A. M. (1995). *De la sombra a la luz: Desarrollo humano-transpersonal*. México: Jus.

⁵⁷ GONZÁLEZ, L. J. (1981). *El diálogo liberador*. México: Parroquial.

⁵⁸ SAINT ARNAUD, Y. (1969). *La consultation pastorale d'orientation rogérienne*. Bruxelles: Desclée. Tr: (1972). *La consulta pastoral de orientación rogeriana*. Barcelona: Herder.

⁵⁹ SCHMID, P. F. (1995). *Personale Begegnung: Der personzentrierte Ansatz in Psychotherapie: Beratung, Gruppenarbeit und Seelsorge* (2ª ed.). Würzburg: Echter.

⁶⁰ THORNE, B. (1998). *Person-centred counseling and Christian spirituality: The secular and the holy*. London: Whurr.

⁶¹ THORNE, B. (2002). *The mystical power of person-centred therapy: Hope beyond despair*. London: Whurr.

⁶² AXLINE, V. M. (1947). *Play therapy: The inner dynamics of childhood*. Boston: Houghton Mifflin. Tr: (1972). *Ludoterapia: A dinâmica interior da infância*. Belo Horizonte: Interlivros.

⁶³ ROGERS, N. (1993). *The creative connection: Expressive arts as healing*. Palo Alto, California: Science & Behavior.

⁶⁴ WEST, J. (1992). *Child-centred play therapy*. London: Arnold. Tr.: (1994). *Terapia de juego centrada en el niño*. México: Manual Moderno.

psicología profunda, y otros con interés en las relaciones entre la psicología del mí mismo de Heinz Kohut y otros elementos analíticos. Artiles (1975⁶⁵, 1996⁶⁶), Kahn (1985⁶⁷, 1989⁶⁸), Lerner (1974⁶⁹).

- **comportamental-operacional**, que hace énfasis en el desarrollo de habilidades. Carkhuff (1969a⁷⁰, 1969b⁷¹, 1973⁷²), Egan (1975⁷³), Giordani (1985⁷⁴, 1988⁷⁵, 1997⁷⁶), Gordon (Gordon, 1970⁷⁷, 1977⁷⁸; Gordon & Burch, 1974⁷⁹; Gordon & Gordon-Sands, 1976⁸⁰), Marroquín

⁶⁵ ARTILES, M. F. (1975). *La actitud psicoterapéutica*: En torno a Carl Rogers. Buenos Aires: Bonum.

⁶⁶ ARTILES, M. F. (1996). *La sonrisa de Eros*: El amor y la pareja. Buenos Aires: Almagesto.

⁶⁷ KAHN, E. (1985). Heinz Kohut and Carl Rogers: A timely comparison. *American Psychologist*, 40(8), 893-904.

⁶⁸ KAHN, E. (1989). Heinz Kohut and Carl Rogers: Toward a constructive collaboration. *Psychotherapy*, 26(4), 555-563.

⁶⁹ LERNER, M. (1974). *Introducción a la psicoterapia de Rogers*. Buenos Aires: Nueva Visión.

⁷⁰ CARKHUFF, R. R. (1969a). *Helping and the human relations*: A primer for lay and professional helpers, Vol. 1: Selection and training. New York: Holt, Rineholt & Winston.

⁷¹ CARKHUFF, R. R. (1969b). *Helping and the human relations*: A primer for lay and professional helpers, Vol. 2: Practice and research. New York: Holt, Rineholt & Winston.

⁷² CARKHUFF, Robert R. (1973). *The art of helping*: An introduction to life skills. Amherst, Massachusetts: Human Resource Development Press. Tr.: (1976). *O relacionamento de ajuda para pais, professores, psicólogos*. Belo Horizonte: Centro para o Desenvolvimento da Pessoa (CEDEPE).

⁷³ EGAN, G. V. (1975). *The skilled helper*: A model for systematic helping and interpersonal relating. Belmont, California: Brooks/Cole. Tr.: (1981). *El orientador experto*: Un modelo para la ayuda sistemática y la relación interpersonal. México: Wadsworth.

⁷⁴ GIORDANI, B. (1985). *Il colloquio psicologico nella direzione spirituale*: Il metodo di R. R. Carkhuff. Roma: Rogate. Tr.: (1985). *Encuentro de ayuda espiritual*: Adaptación del método de R. R. Carkhuff. Madrid: Atenas.

⁷⁵ GIORDANI, B. (1988). *Psicoterapia umanistica da C. R. Rogers a R. Carkhuff*: La terapia centrata sulla persona. Assisi: Cittadella. Tr.: (1997). *La relación de ayuda*: De Rogers a Carkhuff. Bilbao: Desclée.

⁷⁶ GIORDANI, B. (1997). *La relación de ayuda*: De Rogers a Carkhuff. Bilbao: Desclée.

⁷⁷ GORDON, T. (1970). *Parent effectiveness training*: The "no-lose" program for raising responsible children. New York: Wyden. Tr.: (1998). *Eficácia na educação dos filhos*. Lisboa: Encontro.

⁷⁸ GORDON, T. (1977). *Leader effectiveness training*. New York: Wyden. Tr.: (1998). *Eficácia na liderança*. Lisboa: Encontro.

⁷⁹ GORDON, T. & Burch, N. (1974). *Teacher effectiveness training*. New York: Wyden. Tr.: (1998). *Programa do ensino eficaz*. Lisboa: Escola Superior de Educação João de Deus.

⁸⁰ GORDON, T. & GORDON-Sands, J. (1976). PET [Parent Effectiveness Training] in action. New York: Wyden. Tr.: (1978). *PET en acción*: Nuevas experiencias, problemas y soluciones para el entrenamiento de familias PET. México: Diana.

(Marroquín, 1991⁸¹; Marroquín & Villa, 1995⁸²), Martínez Otero (2003⁸³, 2005⁸⁴), Tausch (1994⁸⁵), Meadows (1998⁸⁶), Truax (Truax & Carkhuff, 1967⁸⁷).

- **sistémica**, la más joven de todas, que procura integrar los elementos de los grupos y seres humanos como sistemas flexibles y abiertos. Kriz (2008⁸⁸). Pudiera incluir también los planteamientos de la teoría del caos. Gobbi (2002⁸⁹), Rud (2004⁹⁰).

DIVERSIDAD DE APLICACIÓN

El enfoque centrado en las personas nació en el campo de la psicología clínica, como una teoría de la terapia u orientación. En ese campo, Rogers y numerosos cooperadores desarrollaron los constructos centrales del enfoque, partiendo de su experiencia profesional, para aplicarlos a dicha actividad. De aquí que durante mucho tiempo, e incluso actualmente, sea aún conocido por muchos como terapia centrada en el cliente.

El mismo Rogers utilizó frecuentemente los términos orientación

.....
⁸¹ MARROQUÍN, M. (1991). *La relación de ayuda en Robert R. Carkhuff* (2ª ed.). Bilbao: Mensajero.

⁸² MARROQUÍN, M. & VILLA, A. (1995). *La comunicación interpersonal: Medición y estrategias para su desarrollo*. Bilbao: Mensajero.

⁸³ MARTÍNEZ OTERO, L. (2003). *Autoconocimiento y comunicación humana*. México: Universidad Iberoamericana.

⁸⁴ MARTÍNEZ OTERO, L. (2005). *Entendámonos: Guía práctica para mejorar la comunicación con los demás*. México: Paidós.

⁸⁵ TAUSCH, R. (1994). Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie: Notwendigkeit der Ergänzung und Möglichkeiten der Kombination. En M. Behr, U. Esser, F. Petermann, R. Sachse & R. Tausch (Eds.), *Jahrbuch für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie, Band 4* (pp. 145-162). Köln: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie.

⁸⁶ MEADOWS, E. & STILLWELL, W. (1998). Voicing congruence. En W. Stillwell (Ed.), *Questing voices: Interviews with person-centered practitioners* (pp. 5-22). La Jolla, California: Center for Studies of the Person.

⁸⁷ TRUAX, C. B. & CARKHUFF, R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice*. Chicago: Aldine.

⁸⁸ KRIZ, J. (2008). *Self-actualization: Person-centred approach and systems theory*. Ross-on-Wye, England: PCCS.

⁸⁹ GOBBI, S. L. (2002). *Teoria do caos e abordagem centrada na pessoa: Uma possível compreensão do comportamento humano*. São Paulo: Vetor.

⁹⁰ RUD, C. A. (2004). *Entre metáforas y caos: De la intervención pasiva a la contemplación activa en psicoterapia*. Buenos Aires: Nueva Generación.

(counseling) y psicoterapia de manera intercambiable; sin embargo, entre los profesionales hay concepciones diferentes, no suficientemente trabajadas, acerca de la profundidad, aplicabilidad y objetivos de una y otra. Es preciso profundizar en las respectivas identidades, las similitudes y los matices entre los constructos representados por dichos términos.

Posteriormente, Rogers amplió sus perspectivas, planteó la existencia de una teoría general de las relaciones interpersonales y su aplicación a diversos campos de la vida humana. Sin embargo, por diversas razones, la mayoría de los profesionales y académicos que basan su trabajo en el enfoque centrado en las personas siguen vinculados al campo de la psicología y, específicamente, de la psicología clínica, siendo menos frecuente su participación en el campo de la educación y aun menos en los de la organización, la sociedad y la trascendencia.

Actualmente se diversifican los campos de trabajo a ámbitos como el personal íntimo, la educación, la organización, la sociedad y la trascendencia -espacios naturales de desenvolvimiento de aspectos esenciales del funcionamiento humano-, dignos de igual importancia que la orientación y la psicoterapia para promover una existencia humana plena. Mencionaré algunos tipos de intervención en dichos ámbitos, indicando fuentes bibliográficas disponibles:

- En el ámbito personal íntimo, actividades grupales y talleres dirigidos a la transformación de las personas, en los que se precisa desbordar la relación de ayuda, propia de la orientación diádica, grupal o familiar, para abarcar la relación de reciprocidad entre amigos, parejas, familias; al desarrollo de la congruencia, la aceptación y la empatía en relaciones humanas no centradas en la "otra" persona, sino en las personas en relación, incluyendo un sentido plenamente humano de la sexualidad. Barceló (2003⁹¹), Buys (1987⁹²), Campos (1984⁹³), Farber, Brink, & Raskin

.....
⁹¹ BARCELÓ, B. (2003). *Creer en grupo: Una aproximación desde el enfoque centrado en la persona*. Bilbao: Desclee.

⁹² BUYS, R. C. (1987). *Supervisão de Psicoterapia na Abordagem Centrada na Pessoa*. São Paulo: Summus

⁹³ CAMPOS, A. (1984). *La orientación no directiva: Enseñanza, grupos de encuentro, terapia lúdica*. Barcelona: Herder.

(1996⁹⁴), Fonseca (1988⁹⁵), Gondra (1975⁹⁶), Gordon (Gordon, 1970⁹⁷, Gordon & Gordon-Sands, 1976⁹⁸), Martínez Otero (2003⁹⁹, 2005¹⁰⁰), R. M. Moreno (2003¹⁰¹), Patterson (1959¹⁰²), Poelman (1993¹⁰³), N. Rogers (1993¹⁰⁴), Rosenberg (1987a¹⁰⁵, 1987b¹⁰⁶), Sánchez Bodas (2003¹⁰⁷), A. dos Santos (2004¹⁰⁸), O. dos Santos (1957¹⁰⁹), Tausch & Tausch (1981a¹¹⁰). Así mismo, reconocer la especificidad diferencial de la atención de poblaciones particulares. Brandão (2000¹¹¹), Briant-Jefferies (2003¹¹²),

.....
⁹⁴ FARBER, B. A., BRINK, D. C. & RASKIN, P. M. (Eds.). (1996). *The psychotherapy of Carl Rogers: Cases and commentary*. New York: Guilford. Tr.: (2001). *La psicoterapia de Carl Rogers: Casos y comentarios*. Bilbao: Desclée.

⁹⁵ FONSECA, A. H. (1988). *Grupo: Fugacidade, ritmo e forma: Processo de grupo e facilitação na Psicologia Humanista*. São Paulo: Agora.

⁹⁶ GONDRA, J. M. (1975). *La psicoterapia de Carl R. Rogers: Sus orígenes, evolución y relación con la psicología científica*. Bilbao: Desclée

⁹⁷ GORDON, T. (1970). Op. Cit.

⁹⁸ GORDON, T. & GORDON-Sands, J. (1976). Op. cit.

⁹⁹ MARTÍNEZ OTERO, L. (2003). Op. Cit.

¹⁰⁰ MARTÍNEZ OTERO, L. (2005). Op. Cit.

¹⁰¹ MORENO, R. M. (2003). *Taller de sexualidad: Para la liberación de la persona*. México: Seminario Conciliar de México.

¹⁰² PATTERSON, C. H. (1959). *Counseling and psychotherapy: Theory and practice*. New York: Harper & Row. Tr.: (1970). *Orientación autodirectiva y psicoterapia: Teoría y práctica*. México: Trillas.

¹⁰³ POELMAN, J. (1993). Op. Cit.

¹⁰⁴ ROGERS, N. (1993). Op. Cit.

¹⁰⁵ ROSENBERG, R. L. (Ed.). (1987a). *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa*. São Paulo: EPU.

¹⁰⁶ ROSENBERG, R. L. (Ed.). (1987b). *Vivência Académica: O Enfoque Centrado na Pessoa*. São Paulo: Universidade de São Paulo (Cuadernos, 2).

¹⁰⁷ SÁNCHEZ BODAS, A. R. (2003). *¿Qué es el counseling?* Buenos Aires: Lector.

¹⁰⁸ SANTOS, A. dos. (2004). *Momentos milagrosos: A natureza da força da mente nos relacionamentos e na psicoterapia*. São Paulo: Psico-Pedagógica.

¹⁰⁹ SANTOS, O. dos (1959). O Aconselhamento Psicológico na orientação. *Boletim de Psicologia*, 37, 1-9.

¹¹⁰ TAUSCH, R. & TAUSCH, A-M. (1981a). *Gesprächspsychotherapie: Einfühlsame, hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und alltäglichen Leben* (8ª ed.). Göttingen: Hogrefe. Tr.: (1987). *Psicoterapia por la conversación: Conversaciones empáticas individuales y de grupo*. Barcelona: Herder.

¹¹¹ BRANDÃO, L. (2000). *Psicologia hospitalar: Uma abordagem holística e fenomenológico-existencial*. Campinas: Livro Pleno.

¹¹² BRYAN-JEFFERIES, R. (2003). *Problem drinking: A person-centred dialogue*. Ross-on-Wye, England: PCCS.



Carrenho (2007¹¹³), Hawkins (2002¹¹⁴), Prouty (1994¹¹⁵), Sommerbeck (2003¹¹⁶), Stockinger (2007¹¹⁷).

- **En el ámbito de la educación**, esfuerzos educativos formales e informales, incluyendo la capacitación, que impulsen el proceso de aprendizaje significativo y de la relación docente-estudiante, para lograr integrar la afectividad con la efectividad, la libertad con la disciplina, el respeto del proceso personal con la evaluación objetiva; y conciliar la importancia de la vivencia afectiva con la necesidad de la simbolización y la sistematización de pensamiento, que permita una necesaria comprensión de nuestra existencia, enriqueciendo así nuestra vivencia de la misma. Blanco (1982¹¹⁸), Britto (1987¹¹⁹), Brunelle (1973¹²⁰), A. M. González (1987¹²¹), Gordon (1974¹²²), Hameline & Dardelin (1967¹²³), Mearns & Thorne (2000¹²⁴), Milhollan

.....
¹¹³ CARRENHO, E. (2007). *Depressão: Tem luz no fim do túnel*. São Paulo: Vida.

¹¹⁴ HAWKINS, J. (2002). *Voices of the voiceless: Person-centred approaches and people with learning disabilities*. Ross-on-Wye, England: PCCS.

¹¹⁵ PROUTY, G. F. (1994). Op. cit.

¹¹⁶ SOMMERBECK, L. (2003). *The client-centred therapist in psychiatric contexts: A therapist's guide to the psychiatric landscape and its inhabitants*. Ross-on-Wye, England: PCCS.

¹¹⁷ STOCKINGER, R. C. (2007). *Reforma psiquiátrica brasileira: Perspectivas humanistas e existenciais*. Petrópolis: Vozes.

¹¹⁸ BLANCO, R. (1982). *Docencia universitaria y desarrollo humano*. México: Alhambra.

¹¹⁹ BRITTO, S. (1987). *Psicologia da aprendizagem centrada na pessoa*. Campinas: Papirus.

¹²⁰ BRUNELLE, L. (1973). *Qu'est-ce que la non-directivité?* Paris: Delagrave. Tr.: (1975). *¿Qué es la no-directividad?* Madrid: Narcea.

¹²¹ GONZÁLEZ, A. M. (1987). *El enfoque centrado en la persona: Aplicaciones a la educación*. México: Trillas.

¹²² GORDON, T, & BURCH, N. (1974). Op. cit.

¹²³ HAMELINE, D. & DARDELIN, M-J. (1967). *Liberté d'apprendre: Justifications pour un enseignement non-directif*. Paris: Ouvrières. Tr.: (1973). *La libertad de aprender*. Madrid: Studium.

¹²⁴ MEARNS, D. & THORNE, B. (2000). *Person-centred therapy today: New frontiers in theory and practice*. London: Sage. Tr.: (2003). *La terapia centrada en la persona hoy: Nuevos avances en la teoría y en la práctica*. Bilbao: Desclee.

& Forisha (1972¹²⁵/1977), S. Moreno (1983¹²⁶, 1993¹²⁷), Poeydomenge (1984¹²⁸), Puente (1970¹²⁹), Tausch & Tausch (1981a¹³⁰), Troncoso & Repetto (1997¹³¹).

- **En el ámbito de la organización**, consultorías y actividades que permitan impactar a las organizaciones y promuevan la creatividad productiva y la actualización por medio del trabajo, la creación de relaciones sanas de liderazgo y cooperación en los equipos de trabajo, y la concepción de las organizaciones como redes de relación en función de la satisfacción de las necesidades de los seres humanos. Carkhuff (1969a¹³², 1969b¹³³, 1973¹³⁴), Gordon (1977¹³⁵), Rizvi (Rizvi, 2001¹³⁶, 2002¹³⁷; Rizvi, Araújo & Lima, 1996¹³⁸).

125 MILHOLLAN, F. & FORISHA, B. E. (1972). *From Skinner to Rogers: Contrasting approaches to education*. Lincoln, Nebraska: Professional Educators. Tr.: (1978). *Skinner x Rogers: Maneiras contrastantes de encarar a educação*. São Paulo: Summus.

126 MORENO, S. (1983). *La educación centrada en la persona* (2ª ed.). México: Manual Moderno.

127 MORENO, S. (1993). *Guía del aprendizaje significativo: Orientación para estudiantes y maestros*. México: Trillas.

128 POEYDOMENGE, M-L. (1984). *L'éducation selon Rogers: Les enjeux de la non-directivité*. París: Dunod. Tr.: (1986). *La educación según Rogers: Propuestas de la no directividad*. Madrid: Narcea.

129 PUENTE, M. de la. (1970). *Carl Rogers: De la psychothérapie à l'enseignement*. París: Épi. Tr.: (1973). *Carl R. Rogers: De la psicoterapia a la enseñanza*. Madrid: Razón y Fe.

130 TAUSCH, R. & TAUSCH, A-M. (1981a). Op. Cit.

131 TRONCOSO, E. & REPETTO, A. (1997). *Curriculum centrado en la persona: El milagro de creer en las capacidades del niño* (2ª ed.). Santiago, Chile: Colegio The Angel's School.

132 CARKHUFF, R. R. (1969a). Op. cit.

133 CARKHUFF, R. R. (1969b). Op. cit.

134 CARKHUFF, Robert R. (1973). Op. Cit.

135 GORDON, T. (1977). Op. cit.

136 RIZVI, I. (2001). *Existe espaço nas organizações para atuação do profissional referenciado pela acp?* Apresentação no 4º Fórum Brasileiro da Abordagem Centrada na Pessoa. Pirenópolis, Goiás; 28 de Outubro-5 de Novembro de 2001.

137 RIZVI, I. (2002). *Dificuldades e possibilidades de atuação em empresas para o profissional de ajuda*. Apresentação no 12th Pajaro Group Symposium on Person-Centered Approach in Organizations. Amanalco, México; 18-22 de Fevereiro.

138 RIZVI, I., ARAÚJO, J. A & LIMA, J. L. (1996). *Programa de formação para facilitadores de desenvolvimento humano e organizacional: Um caminhar de aprendizagem e desenvolvimento*. Apresentação no 1º Fórum Brasileiro da Abordagem Centrada na Pessoa. Paulo de Frontin, Rio de Janeiro; 28-05 de Maio.

- **En el ámbito de la sociedad**, asesorías a comunidades y grupos sociales encaminada a la armonización del poder personal con el poder colectivo, del desarrollo personal con el comunitario y la adecuación del funcionamiento político para que contribuya a la resolución de los conflictos intergrupales e internacionales, para el desarrollo humano de las naciones y del mundo en general, y para la promoción y la cooperación en lugar del odio y de la guerra, así como una reconsideración a fondo de nuestras poco exploradas relaciones con el mundo en que vivimos y con el universo en general. Campiche, Hippolyte & Hipólito (1992¹³⁹), Gómez del Campo (1999¹⁴⁰), Moreira (2001¹⁴¹, 2002¹⁴²), Pagès (1965¹⁴³), Parreira, (2007¹⁴⁴), Sámano (2000¹⁴⁵), Sánchez Quintanar (1982¹⁴⁶), Segrera & Mancillas (1998¹⁴⁷).
- **En el ámbito de la trascendencia**, intervenciones que impulsen el encuentro y el sentido de la vida humana y una más profunda comprensión de la relación del ser humano con el absoluto y con el universo, independientemente de la posición personal sobre la existencia de un Dios, ser superior único o múltiple. Boainain (1999¹⁴⁸),

-
- ¹³⁹ CAMPICHE, C., HIPPOLYTE, J. C., & HIPÓLITO, J. (1992). *A comunidade como centro*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbekian.
- ¹⁴⁰ GÓMEZ DEL CAMPO, J. F. (1999). *Psicología de la comunidad: Perspectivas teóricas, modelos y aplicaciones; un modelo humanista*. México: Plaza & Valdés.
- ¹⁴¹ MOREIRA, V. (2001). Op. Cit.
- ¹⁴² MOREIRA, V. & SLOAN, T. (2002). Op. cit.
- ¹⁴³ PAGES, M. (1965). *L'orientation non-directive: En psychothérapie et en psychologie sociale*. París: Dunod. Tr.: (1976). *Orientação não-diretiva em psicoterapia e em psicologia social*. Rio de Janeiro: Forense.
- ¹⁴⁴ PARREIRA, W. A. (2007). *Tawé, nação mundurucu: Uma aventura na Amazônia (2ª ed.)*. Belo Horizonte: FUMEC & Decálogo.
- ¹⁴⁵ SÁMANO, J. A. (2000). *Entendiendo el uso del poder político en México: Una alternativa de conciencia y crecimiento*. México: Autor.
- ¹⁴⁶ SÁNCHEZ QUINTANAR, C. (1982). *Desarrollo social e integración personal: Por medio de los grupos humanos*. México: Contraste.
- ¹⁴⁷ SEGRERA, A. S. & MANCILLAS, C. (Eds.). (1998). *Desarrollo humano social centrado en la persona* [(nº especial)] *Psicología Iberoamericana*, 6(1), 1-66.
- ¹⁴⁸ BOAINAIN JR., E. (1999). Op. Cit.

Curran (1952¹⁴⁹), Giordani (1985¹⁵⁰), A. M. González (1995¹⁵¹), Martín del Campo (1992¹⁵²), Ortigosa (1985¹⁵³), Saint Arnaud (1969¹⁵⁴), A. dos Santos, Rogers & Bowen (1987¹⁵⁵), Thorne (1998¹⁵⁶, 2002¹⁵⁷).

OTRAS RIQUEZAS

Sin abandonar el trabajo unidisciplinar desde diversas perspectivas, incluyendo la psicológica, precisaremos desarrollar el estudio pluri e interdisciplinar del fenómeno humano, comparar inicialmente los diversos estudios, avanzar hacia la realización de estudios conjuntos y aspirar a alcanzar algún día, con la indiscutible dificultad que representa, una transdisciplinaridad en la que el estudio y el conocimiento trasciendan las perspectivas parciales.

Lo anterior conlleva la formación de una concepción del enfoque centrado en las personas en la que los planteamientos del psicólogo dejarán de ser vistos como centrales, para encontrar su siempre importante espacio al lado y en relación con los abordajes del sociólogo y del politólogo, del filósofo y del teólogo, del arquitecto y del músico, del ingeniero y del astrónomo, en un esfuerzo conjunto por elaborar una visión holística y transdisciplinar del ser humano, su funcionamiento, sus relaciones y la promoción de su desarrollo.

La investigación exige cada vez más la integración de la vía privilegiada de la metodología cualitativa para la comprensión holística de la existencia humana, logrando el reconocimiento de su valor como método científico, sin caer por ello

.....
¹⁴⁹ CURRAN, C. A. (1952). Op. Cit.

¹⁵⁰ GIORDANI, B. (1985). Op. cit.

¹⁵¹ GONZÁLEZ, A. M. (1995). Op. Cit.

¹⁵² MARTÍN DEL CAMPO, J. L. (1992). *La promoción moral no directiva: Diálogo interdisciplinar: Con la psicología de C. Rogers, con la sociología de Peter L. Berger, con la teología moral actual*. México: Universidad Pontificia de México.

¹⁵³ ORTIGOSA, J. (1985). *La relación de ayuda: Perspectivas psicológicas de la entrevista pastoral*. Sal Terrae, 73(5), 397-405.

¹⁵⁴ SAINT ARNAUD, Y. (1969). Op. Cit.

¹⁵⁵ SANTOS, A. dos, ROGERS, C. R., & BOWEN, M. (1987). *Quando fala o coração: A essência da Abordagem Centrada na Pessoa*. Porto Alegre: Artes Médicas.

¹⁵⁶ THORNE, B. (1998). Op. cit.

¹⁵⁷ THORNE, B. (2002). Op. cit.



en el exceso de adjudicarle un valor exclusivo como medio de conocimiento de la realidad, actitud que criticamos en quienes ven la metodología cuantitativa experimental como única fuente de ciencia.

Es necesario sobrepasar la discusión sobre la realidad como ilusión o como espacio que desborda la capacidad de todo ser individual de aprehenderla en su totalidad espacio-tempo-cultural, y reconocer la necesidad simultánea de compromiso con la verdad y de humildad para no erigirnos en supuestos poseedores de la misma ni tampoco caer en un paralizante relativismo.

La práctica profesional y paraprofesional sólida y ética de la promoción del desarrollo humano plantea la urgencia de programas de formación que contribuyan a formar personas que puedan responder a las ingentes necesidades individuales y colectivas de promoción del ser humano en diversas áreas, resolviendo la difícil paradoja de la libertad y de los criterios objetivos, de la confianza en el ser humano y la necesidad de llegar a acuerdos sobre competencia y evaluación.

En América Latina y la península ibérica existen programas única o centralmente fundamentados en el enfoque centrado en las personas en Argentina, Brasil, México y Portugal. Existen también otros programas de formación dentro de los cuales, a título individual, se han formado numerosos profesionistas, académicos e investigadores en el enfoque centrado en las personas.

La promoción del desarrollo de los seres humanos precisa una práctica profesional comprometida, al mismo tiempo, con valores éticos que orienten la acción del promotor y con un respeto de la libertad que evite caer en la imposición de estos mismos valores, convirtiéndolos en elementos de control del ser humano. Existe un amplio número de profesionales centrados en las personas activos en múltiples ámbitos de actividad profesional y académica en varios países de América Latina y de la península ibérica, así como un sinnúmero de centros, consultorios y despachos de asesoría y orientación.

Los ciclos de reuniones internacionales, regionales y nacionales, con diversidad en sus formatos y objetivos, constituyen otra forma de contacto y enriquecimiento mutuo que se fortalece y multiplica. En idiomas portugués y español, han sido de una especial importancia los Encuentros Latinoamericanos del Enfoque Centrado en la Persona, iniciados en 1983 en Brasil (el próximo tendrá lugar en 2010 en Minas Geraes); los Foros Brasileiros da Abordagem Centrada na

Pessoa (el siguiente se llevará a cabo en octubre de este año en Florianópolis). Los Encuentros Argentinos del Enfoque Centrado en la Persona han tenido varias reuniones y el I Foro Mexicano del Enfoque Centrado en la Persona se llevó a cabo el año pasado. En estas y otras reuniones se han presentado numerosas ponencias en portugués y en español. Es muy deseable que, tal como ya se ha comenzado a hacer, se incluyesen los procedimientos que permitan la preservación de los textos presentados para asegurar su disponibilidad a los interesados.

Existen también los Foros Internacionales del Enfoque Centrado en la Persona (el próximo está programado para 2010 en Rusia), las Conferencias Internacionales de Psicoterapia Centrada en el Cliente y Experiencial (la siguiente se llevará a cabo en 2010 en Roma), las reuniones anuales de la Association for the Development of the Person-Centred Approach, así como otras, como las de lenguas alemana y francesa.

El desarrollo del enfoque centrado en las personas exige también la amplia difusión de los trabajos de investigación y de aplicaciones del mismo a la promoción del desarrollo humano, tanto en revistas especializadas académicas y profesionales, como en revistas de divulgación, que permitan a los académicos y profesionales, así como al público en general, conocer los planteamientos del enfoque, de manera explícita y no diluidos con otros marcos teóricos.

En portugués y en español se han realizado esfuerzos esporádicos, sin lograr hasta ahora, desgraciadamente, la continuidad requerida. En Brasil se han editado diversos boletines de grupos y asociaciones centrados en la persona, pero ninguno parece ha tenido continuidad. La mayoría de los artículos aparecen en revistas de instituciones de educación superior públicas y particulares. Alentadora resulta la existencia de algunas revistas, en inglés, alemán y francés, dedicadas centralmente a la publicación de los trabajos del enfoque.

En portugués y en español existe una amplia producción original de libros, así como un buen número de traducciones de libros publicados en otros idiomas (especialmente inglés, francés, alemán y holandés). La bibliografía de este trabajo permite apreciar una parte de las publicaciones.

El proyecto comunitario de académicos y profesionales del enfoque centrado en las personas requiere resolver la aparente contradicción entre la libertad personal y la necesidad de continuidad de esfuerzo de desarrollo teórico y profesional, sin reducir la existencia a la vida individual, y encontrar y

establecer formas de organización participativa y flexible, evitando caer en viejos moldes de estructuras rígidas y autoritarias, hasta lograr constituir asociaciones y organizaciones que permitan un fructífero trabajo en común. El estado de São Paulo posee su Associação Paulista da Abordagem Centrada na Pessoa. En 2008 se constituyó en Cartagena, la Asociación Iberoamericana del Enfoque Centrado en la Persona. En Europa existen numerosas asociaciones nacionales, así como algunas otras en África del Sur y Japón. Entre las asociaciones de ámbito internacional podemos mencionar la World Association of Person-Centered Counseling and Psychotherapy, la Association for the Development of the Person-Centered Approach y el Pajaro Group, que reúne profesionistas interesados en las aplicaciones organizacionales del enfoque.

Los primeros logros en el uso de la electrónica fueron el establecimiento de redes de comunicación entre académicos y profesionales de todo el mundo interesados en el enfoque. Dichas redes ofrecen una oportunidad de comunicación para el intercambio de conocimientos personales, elementos de teoría y práctica profesional y la posibilidad de establecer proyectos comunes de una manera jamás soñada hasta hace pocos años. La Rede Iberoamericana Centrada nas Pessoas / Red Iberoamericana Centrada en las Personas (en portugués y español,) reúne unos 800 participantes de 25 países y territorios, siendo los más numerosos México, Brasil y Argentina. En Brasil existen la Abordagem Centrada na Pessoa SP y la Lista ACP Brasil. De la misma manera funcionan redes en inglés, francés y otros idiomas.

A través de estas redes, así como de páginas electrónicas y otras formas de comunicación, comienza también a ser posible algo que se hará indispensable en poco tiempo: el intercambio de artículos y ponencias, tanto para su enriquecimiento previo como para su difusión inmediata a un público situado a grandes distancias; si bien, en opinión de este autor, el libro y la revista nunca serán completamente desplazados por la electrónica, ésta nos obliga a replantear el aporte específico del impreso en la difusión de la cultura.

El enfoque centrado en las personas requiere recuperar y preservar su historia, tanto en lo que se refiere a la producción impresa (artículos, capítulos, libros y ponencias en reuniones, monografías, tesis de maestría y de doctorado), como material audiovisual (discos, cintas, casetes, CDs, filmes, videos y DVDs), de manera que los aportes de diversos individuos y grupos no se pierdan para la posteridad.

Los Archivos Internacionales del Enfoque Centrado en la Persona, en la Universidad Iberoamericana, México, realizan una labor de recopilación y clasificación de trabajos; podemos afirmar que las referencias sobre el enfoque centrado en las personas ya identificadas sobrepasan los 35,000 títulos. Los Archivos cuentan con un Consejo Científico Consultivo Internacional, con la participación de dos brasileñas, Marcia Tassinari y Raquel Wrona; actualmente trabajamos en reunir un equipo internacional que ayude en la recopilación de referencias y ejemplares de los documentos.

Una red coordinada de centros de documentación que, en esfuerzo comunitario, lleven a cabo la labor de identificación, preservación, clasificación y difusión del material disponible, se hará indispensable para evitar pérdidas irremediabiles. De la misma forma, la disponibilidad de consulta por redes electrónicas de los documentos disponibles es un proyecto a futuro.

Llegamos al final de este panorama de la vida actual del enfoque centrado en las personas. Aprovecho este momento para enfatizar su carácter incompleto, ya que, debido a la dificultad para reunir la información, especialmente sobre nuestros países latinoamericanos y peninsulares, están lamentablemente ausentes aquellos datos que escapan a mi conocimiento; pido disculpas a quienes esta ausencia hace injusticia en su callada labor académica y profesional. Por mi parte, concluyo: el enfoque centrado en las personas está hoy más vigente y pujante que nunca; depende de todos nosotros el mantenerlo vivo y enriquecerlo.

Cuajimalpa, Distrito Federal, México; 3 de julio de 2009.



PERSPECTIVAS DO ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO E DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

Maria Julia Kovács

O Serviço de Aconselhamento Psicológico do Instituto de Psicologia da USP foi fundado em 1969 por Rachel Rosenberg e Oswaldo de Barros Santos tendo como principal missão ampliar o campo das práticas psicológicas para além da psicoterapia e da avaliação psicológica. Tinha como objetivo a escuta cuidadosa das variadas demandas da população que, na época, ainda não se constituía como alvo dos atendimentos psicológicos nas clínicas e instituições de saúde. Segundo as palavras da fundadora é mais do que um programa, local ou divisão burocrática, é fruto de conjunturas, personalidades e dinâmicas particulares (Rosenberg, 1987)¹

Tinha também, nos primeiros anos, ainda em plena ditadura militar, o objetivo de formar alunos e jovens profissionais para que pudessem refletir de forma mais crítica sobre cuidados psicológicos inseridos num contexto social, naquele momento, em situação de anomia, com privação de direitos, envolvendo sofrimento em vários âmbitos. Visava oferecer aos alunos a possibilidade de experiência nas

1
ROSENBERG, R.L. *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa*. São Paulo: EPU, 1987. p. 1.

práticas psicológicas em que se exercita o verdadeiro “Consillium” como aponta Schmidt (1987)², em que aquele que procurava o serviço e o aluno/psicólogo buscavam esclarecer a demanda, sem definições ou restrições. Trata-se, desde o início, de uma mudança de paradigma no que tange a cuidados psicológicos a uma clientela que aqui não encontra impedimentos à priori para seu atendimento e à formação do psicólogo agora como clínico num sentido mais amplo.

Após 40anos de existência, o SAP manteve sua vocação inicial visando a formação do psicólogo com uma perspectiva mais ampla das práticas psicológicas que não só a psicoterapia. Porém muita coisa mudou nestes 40 anos. Destacamos algumas questões. Observa-se um aumento significativo da procura de cuidados psicológicos pela população de uma metrópole como São Paulo, pelas crises pessoais vividas, que podem ser potencializadas pelos problemas da cidade grande.

Podemos observar também que um número maior de pessoas apresenta sofrimento psicológico pelas demandas excessivas dos tempos atuais: horários, carga de trabalho, solidão, pouco tempo para lazer e uma falta de raiz e do sentimento de pertença.

Ao mesmo tempo em que as pessoas detectam seu sofrimento, observa-se também diminuição do estigma em relação aos cuidados psicológicos, que não são mais vistos como só para pessoas “loucas”.

Observa-se maior procura de cuidados psicológicos por parte de uma população, que antes não procuraria psicoterapia, análise ou cuidados psicológicos por acreditar que seus custos são altos. Com a “desliberalização” dos atendimentos psicológicos e o reconhecimento da psicologia como serviço ao público, houve maior afluxo da população às instituições de saúde mental, na esfera municipal, estadual ou federal. O Serviço de Aconselhamento Psicológico por estar na USP (universidade pública) também verificou aumento da procura por atendimento psicológico.

É preciso ressaltar que este aumento de demanda no SAP está relacionado, ainda, a um desmonte de serviços de saúde mental públicos. As clínicas-escola ligadas às universidades têm verificado afluxo maior de pessoas e de muitos casos graves, com comprometimento psiquiátrico. No caso especificamente de nosso serviço, temos uma condição que nossos clientes relatam, assim como nossos

2 SCHMIDT, M.L.S. Questões introdutórias *In*: ROSENBERG, R. L. (Org.) *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa*. São Paulo: EPU, 1987.

colegas: o atendimento no SAP é mais fácil e rápido, sem filas e sem necessidade de agendamento. Há no Serviço, também, um cadastro organizado de profissionais que atendem em seus consultórios e por um preço simbólico (que varia de 0 a 10% do salário mínimo por sessão) pessoas encaminhadas por nós. Por isso os clientes que nos procuram são encaminhados com maior facilidade. Então, acabamos por absorver uma demanda que poderia ser atendida em outros lugares, se formassem um cadastro de profissionais e se trabalhassem com modalidades como plantão psicológico.

Na perspectiva teórica e reflexiva, o Aconselhamento Psicológico, como proposto no Instituto de Psicologia, enfatiza a transdisciplinaridade, contribuição de várias áreas do conhecimento para estimular transição e transformação. Esta possibilidade de criação permite que o Serviço de Aconselhamento Psicológico tenha sua própria identidade, abrindo espaço para a liberdade, desenvolvendo subjetividade, reconhecendo a alteridade. (Morato, 1999)³. Neste sentido, diferencia-se da visão restrita de cuidados psicológicos mais relacionada com diagnósticos fechados, avaliação psicológica e psicoterapia.

O Aconselhamento Psicológico tal como se apresenta no SAP envolve o exercício de práticas psicológicas que se reformulam frente às demandas dos clientes, que também se alteram a cada época. É campo fértil para pesquisas envolvendo o aprofundamento da compreensão das demandas das pessoas. Apresenta vocação institucional desde o início e vem mantendo esta perspectiva desde então. Está inserido na USP e tem mantido laços com outras instituições de saúde e educação, através de parceria no atendimento à sua clientela e abertura de novos campos de estágio para os alunos.

A teoria do Aconselhamento Psicológico é construída pela compreensão de práticas psicológicas que se baseiam na experiência, na reflexão sobre ela, revendo o que já foi instituído. Assim, a teoria plena de sentido é assimilada, elaborada e construída com seus vários atores: profissionais, estagiários de vários níveis e clientes. É o verdadeiro “consillium” em ação.

O carro chefe do SAP é o plantão psicológico. Foi proposto pela primeira vez neste Serviço e hoje é conhecido em várias partes do Brasil pelos cursos propostos e pela bibliografia produzida. O plantão psicológico é porta de entrada

3 MORATO, H.T.P. Aconselhamento psicológico: uma passagem para transdisciplinariedade *In*: MORATO, H.T.P.(Org.) *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

do SAP, espaço de escuta qualificada no momento em que se busca ajuda, elaboração da experiência e respeito ao sofrimento expresso. Permite adaptação tendo em vista as especificidades das instituições onde será implantado. Entre as modalidades desta prática, podemos citar: plantão como encontro único, plantão e retorno, plantão em grupo, atendimento em sala de espera e tantas outras que ainda poderão ser criadas. Hoje, temos notícia de plantão psicológico em instituições de saúde, educação, residências para idosos, para jovens autores de ato infracional, cursinhos preparatórios para vestibular, entre outras. Muitas vezes, o plantão é ponto de referência para o cliente na instituição. Para o futuro, pensamos que outras modalidades de plantão psicológico poderão ser criadas e que instituições poderão se apropriar desta modalidade e transformá-la para atender sua clientela.

Os clientes do SAP são, também, participantes destas transformações, pois na forma de “consillium” opinam e assim ajudam na criação de novas modalidades. É a tendência atualizante em ação. Fundamentado na abordagem humanista, o Serviço nunca se propôs a responder rapidamente às queixas trazidas. Embora, se proponha a receber aqueles que o procuram, não busca soluções rápidas e imediatas e sim abrir possibilidades para compreender o sentido da experiência e sua relação com os problemas vividos. Procura despertar na clientela a busca da cidadania, além de acolher seu sofrimento e acompanhar a busca de seus recursos internos. É proposto o deslocamento da perspectiva da resolução de problemas para o exercício da autonomia e controle sobre a própria vida. Como afirma Schmidt (1999)⁴, há favorecimento de práticas democráticas e valorização da singularidade.

As transformações deste Serviço sempre se relacionaram com a atenção cuidadosa às demandas da comunidade que o procura. Busca-se despertar nos alunos a sua percepção destas necessidades, privilegiando sua experiência de atendimento e a reflexão sobre elas. Defrontar-se com o desconhecido, o não planejado assusta, mas abre a possibilidade de conhecer novos caminhos, ao mesmo tempo que são trilhados. Os alunos, desde o início do estágio, se defrontam com os conflitos vividos pelos profissionais do SAP, como por exemplo, o grande fluxo de clientes com sofrimento psicológico, o que torna esta experiência

.....
4 SCHMIDT, M.L.S. Aconselhamento psicológico e instituição: algumas considerações. In: MORATO, H.T.P. (Org.) *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

muito semelhante a que encontrarão nas instituições públicas em que trabalham psicólogos atualmente. (Eisenlohr, 1997)⁵

Os alunos também aprendem como estagiários, experimentam ser facilitadores e terapeutas a quem não cabe resolver os problemas de seus clientes ou oferecer soluções. Nas suas primeiras descobertas, percebem que o que lhes cabe fazer é a acolhida e a facilitação do processo do cliente, e não dar respostas prontas a partir do seu referencial. Aprendem que não é apenas o escutar passivo e sim o escutar clínico que se envolve e exercita a empatia. Procura-se quebrar a hegemonia do especialista, que algumas teorias valorizam. A formação do facilitador reconhece a potencialidade de quem procura o SAP para que possa ter sua cultura e história valorizadas como elementos fundamentais para retomada de sua trajetória da vida.

Trabalhamos intensamente com a idéia de que o estagiário e futuro psicólogo é seu instrumento de trabalho e é neste ponto que as disciplinas vinculadas ao SAP e à supervisão focam suas forças, refletindo a aprendizagem significativa em ação. As condições facilitadoras propostas por Rogers são utilizadas pelos professores e supervisores com os alunos estagiários. Eles são estimulados para que se apropriem da teoria como ampliação e reflexão sobre sua experiência e seu modo de ser terapeuta/facilitador.

Uma das questões importantes do conjunto das disciplinas do Aconselhamento Psicológico é quebrar o automatismo de que todos os clientes que procuram o plantão do SAP querem psicoterapia e que a decisão não é do terapeuta e sim do cliente.

A supervisão potencializa a aprendizagem do aluno, sujeito de sua experiência no estágio interno no SAP e nos últimos anos, também, em outras instituições propondo a formação de um profissional criativo e atento às necessidades da comunidade que busca cuidados psicológicos. Assim, amplia-se o campo de atuação do Serviço como um braço estendido a estas instituições, que podem ser tornar parceiras.

Desejamos que nossos alunos sejam agentes multiplicadores, que possam contribuir para a ampliação do trabalho do psicólogo como co-construtor desta área do saber.

.....
5 EISENLOHR, M.G.V. *Formação de alunos em Psicologia: uma possibilidade para educadores*. São Paulo: Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, 1997. 209f.

Temos a expectativa de que a teoria construída na história do Aconselhamento Psicológico, principalmente a que está sendo construída no Brasil, continue a sua trajetória a partir da história de cada ator (profissionais, alunos e clientes). Aí se apresenta a diversidade de possibilidades como uma tendência atualizante da equipe do SAP, à semelhança de todos os seres humanos, como postulado por Rogers. A cada ano, novos alunos ingressam nas disciplinas do AP e se tornam estagiários do SAP. Assim, novos encontros acontecem nos plantões e nas atividades de estágio, confirmando a equação psicológica proposta por Rogers de que se pode prever a abertura das potencialidades deste Serviço e de outros, criados com esta mesma vocação.

Acolher a demanda da clientela nem sempre é atendê-la o que tem se constituído em grande conflito para o SAP, que vê seus limites testados em vários momentos de sua trajetória. Há períodos, principalmente no início do semestre, em que o fluxo de procura é muito maior do que nossa capacidade para atendê-lo, fazendo com que alguns usuários que nos procuram não possam ser acolhidos naquele momento, tendo que voltar em outra data. Este grande afluxo fez com que em outras épocas tivéssemos que regionalizar o Serviço.

Temos discutido a necessidade de nos articular a outras instituições de saúde mental e cuidados psicológicos como possibilidade de pensar num atendimento mais amplo e coletivo à população. Parcerias podem potencializar o raio de ação das clínicas-escola articulando-se com recursos governamentais e ONGs, permitindo, assim, uma continuidade nos cuidados.

A supervisão está relacionada com a parte prática do estágio para os alunos do IPUSP. Neste caso, é centrada no aluno, trabalhando a sua experiência, auto-conhecimento e reflexão sobre o seu atendimento ao cliente. Não é instruí-lo, dizer o que fazer e sim como vê seu lugar como facilitador do processo do cliente, o que percebeu, como lidou e o que sentiu como dificuldade. O grupo de supervisão potencializa e reverbera as experiências vividas entre eles. A supervisão é a suspensão do cotidiano, reflexão sobre a própria prática, assimilação de outros pontos de vista trazidos pelo supervisor e pelos colegas do grupo, reconstruindo e articulando novos significados. Assim, cada aluno pode descobrir seu modo pessoal de atender e, pela sua experiência, contribuir com as descobertas dos outros. Trata-se de local protegido e com as condições facilitadoras em ação para poder examinar-se sem julgamentos a priori.

Infelizmente, no momento, temos um número muito grande de alunos por grupo, o que tem dificultado um cuidado mais aprofundado a cada um deles, principalmente nos seus primeiros atendimentos. Esperamos, no futuro, aumentar o número de supervisores contratados e dos que colaboram conosco como atividade do Programa de Aperfeiçoamento do Ensino vinculados aos Programas de Pós-Graduação na USP.

Oferecemos, ainda, supervisão de apoio psicológico para profissionais das áreas de saúde e educação. Neste caso, não se foca no atendimento aos clientes ou alunos, trabalha-se o profissional, focando a relação entre os colegas, com a instituição à qual se vincula e com a população que atende. Atenção especial é voltada para como se dão as relações no trabalho., podendo aparecer aí discussões pontuais sobre os atendimentos realizados.

E quais são as perspectivas para o futuro do SAP? Uma delas é ampliar as redes entre serviços de atendimento à comunidade que também tenham vocação institucional. É uma forma de potencializar nosso trabalho e estabelecer parcerias.

O SAP sempre teve como vocação a formação de profissionais que pensam em cuidados psicossociais de forma mais ampla, nos cursos de graduação, pós-graduação e extensão. Estes últimos destinam-se a profissionais que desejam aprofundar seus conhecimentos e reflexões sobre sua prática nas instituições em que trabalham. Estes cursos têm, também, como objetivo formar facilitadores e supervisores que podem multiplicar as propostas de plantão psicológico, atendimento psicológico em diversas modalidades e supervisão de apoio psicológico a ser oferecida aos profissionais que trabalham em instituições de saúde, educação, residenciais, judiciárias e outras.

Planejamos, também, retomar espaços de acolhida e cuidados ao sofrimento psicológico dos alunos do Instituto de Psicologia, seus impasses, conflitos e escolhas durante e após o curso. O SAP tem como uma das tarefas cuidar no sentido de acolher e elaborar dúvidas sobre as primeiras experiências de atendimento. É o resgate da experiência do Serviço a serviço dos alunos de Psicologia (Eisenlohr, 1997⁶, Bachi, Carvalho, Kovács, 1999⁷). Este trabalho foi retomado em 2008/2009 pela psicóloga Maria Gertrudes Eisenlohr.

6 EISENLOHR, M.G.V. (1997), op. cit.

7 BACHI, C., CARVALHO, A.C., KOVÁCS, M.J. A formação de psicólogos: Um serviço a serviço de alunos. *In*: MORATO, H.T.P. (Org.) *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

Pensamos em retomar as oficinas de criatividade, mesclando arte e aprendizagem como propõe Jordão (1999)⁸. Trata-se de proposta de trabalho em grupo, ponto de encontro favorecendo consciência e elaboração. São propostas e experiências com sentidos diversos, espaços para narrativa de histórias e elaborações de sentidos. Essas oficinas desenvolvem a potencialidade criativa a partir de atividades corporais e recursos expressivos. É um lugar para rever práticas institucionais rotineiras abrindo-se para uma ampliação do contexto institucional.

O SAP, desde a sua fundação, foi pioneiro na criação e desenvolvimento de práticas psicológicas que têm um caráter mais amplo e atento às necessidades da clientela que procura o Serviço. Busca, também, aperfeiçoar a formação do psicólogo para que possa, na sua prática, oferecer cuidados de qualidade àqueles que irão buscar os serviços nos quais vai atuar. Nestes 40 anos, podemos nos orgulhar de nossa história e temos a expectativa, como equipe, de assim continuar nossos caminhos inspirados nesta trajetória.

8 JORDÃO, M.P. Oficinas em aconselhamento: um processo em andamento. In: MORATO, H.T.P. (Org.) *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

RODAS DE CONVERSA

A VIDA DOS OUTROS: ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE PRÁTICAS PSICOLÓGICAS E PRODUÇÃO DE MODOS DE EXISTÊNCIA

Carlos Alberto Marconi da Costa

Centro de Psicologia da Pessoa (CPP)¹

Aprendendo a estabelecer acordos (o impacto em mim provocado pela participação na roda de conversa)

A tarde está tão fria. Chove lá fora. Aqui dentro, contudo, o ambiente é aquecido por um afeto vigoroso e tranquilo. Se, no período da manhã, a mesa de abertura compartilhou emoção e memória, os integrantes do painel que inaugura a tarde instigam a pensar a relevância do outro em nossa existência. O tema, é claro, provoca a platéia, obrigando a prorrogar o término da atividade.

Saio do auditório e enfrento a chuva no caminho para o prédio ao lado. Lá, encontro uma ampla sala de aula, com carteiras arrumadas em semicírculo. Aos poucos, os participantes vão chegando e se instalando. Enquanto isso, organizo o material para a projeção do filme. Não somos muitos. Estamos atrasados cerca de meia hora e me preocupo, pois o “compacto” que editei tomará uns 40 minutos e sei que, às seis horas, um táxi estará me esperando para me levar ao aeroporto. Estou em São Paulo e, na certa, haverá engarrafamento no trajeto. Minha pulsação e minha respiração se aceleram. Faço uma rápida introdução sobre o filme e os motivos que me levaram a escolhê-lo: servir de ponto de partida para analisar a relação de distanciamento que, nós psicólogos, aprendemos a estabelecer profissionalmente e suas implicações para as vidas dos envolvidos. Procuro, ainda, criar um laço com a questão da alteridade, levantada no painel a que havíamos acabado de assistir.

Ligo o aparelho de DVD e projeto o filme, apreensivo com os cortes efetuados e possíveis dificuldades de compreensão da trama. Temo que a

¹ e-mail do autor: carlosmarconi@terra.com.br

roda de conversa não aconteça ou se movimente por caminhos não previstos. Ou seja, começo mal, esquecendo que o campo é o território do imprevisível e, mais grave ainda, que isso consta do roteiro de reflexões por mim preparado

Nada de novo no *front*. Aberta a roda, a discussão gira em torno das mudanças observadas em Wiesler (o agente da STASI). Como era de se esperar, o grupo, formado por psicólogos e estudantes de Psicologia, centra seus comentários na alteração do comportamento e atitudes de um dos personagens. Por quê? Quando? Como Wiesler foi afetado? Apesar de o grupo ser pequeno, tal como acontece em uma boa conversa, múltiplos temas são gerados e colocados na roda: emoção, sensibilidade, estética, ética, estranhamento, intuição etc.

Tento, algumas vezes, conduzir a conversação para o assunto que havia preparado. Os participantes, educada e sabiamente, não cedem. Recalcitrantes diante de meus esforços, retomam seus pontos de interesse. Eu que me movimente em direção à roda. Sinto-me o diplomata incompetente em cumprir sua missão. O que está sendo negociado entre os participantes é entender o outro (no caso, Weisler) e não nós mesmos a partir do outro (minha proposta inicial). Penso que, provavelmente, a discussão seria outra se houvesse distribuído previamente meu texto para os participantes. Havia, todavia, escolhido correr o risco e observar em mim os impactos causados pelo grupo. “Perdeu, playboy” é a frase que me surge. Carimbo, em tinta vermelha, “reprovado” em meu boletim. Afinal, demonstrava não haver aprendido a primeira lição: “Questão interessante é a que interessa ao outro”. Não fico triste, nem arrependido com a escolha. Há muito a aprender.

A missão proposta (o que havia preparado para discutir)

“A vida dos outros”², filme dirigido por Florian Henckel von Donnersmarck, nos incita a refletir sobre diversos temas. O mais evidente é o que diz respeito ao controle exercido pelo Estado sobre as pessoas. Não é por acaso, portanto, que a ação se inicia em 1984, data que serve de título para o famoso livro de George Orwell. No romance, todas as pessoas são continuamente vigiadas pelo Grande Irmão (Big Brother), cujas afirmações não são colocadas em dúvida, pois, suas previsões sempre se confirmam, ainda que, para tanto, muitas vezes, a história tenha que ser alterada. Dessa forma, no filme, também praticamente todos os cidadãos estavam sob vigilância, como sabemos na última parte da história, assim como são abolidas as estatísticas de suicídio a partir de 1977.

Estou, entretanto, interessado em outro tema também suscitado pelo filme: as formas de relação estabelecidas com o outro e os modos de existência que elas promovem para os que nela estão envolvidos. Mais especificamente, entendo que o filme se presta a reflexões acerca do tipo de relação intersubjetiva que tem sido preconizada para as práticas profissionais do psicólogo. Para tanto, iniciarei destacando dois atores coadjuvantes da história contada no filme: Brecht e a Psicologia.

Brecht e seu pensamento atravessam explícita e implicitamente todo o filme de von Donnersmarck. Por exemplo, o último trabalho dirigido por Jerska cujo cartaz de encenação aparece no momento em que Dreyman procura Jerska; Brecht é o autor do livro que Jerska lê durante a festa de aniversário de Dreyman, livro que, posteriormente será subtraído por Weisler; o diálogo no momento em que Christa-Maria presenteia Dreyman com uma gravata (“- Ou será que você não pode usar gravata, seu poeta de classe média? – Como assim? Eu nasci de gravata”) faz menção aos versos iniciais de *Caçado com Boa Razão* (“Cresci como filho / de gente

² A Vida dos Outros. Produção de Wedemann & Berg Productions. Direção de Florian Henckel Von Donnersmarck. São Paulo: Europa Filmes, 2008.

rica. Meus pais deram-me / uma gravata e me educaram nos hábitos de ser servido)³; as portas que compõem o cenário da segunda encenação do texto de Dreyman tanto podem nos remeter à possibilidade de livre circulação (existente naquele momento), quanto ao primeiro verso do poema *Perguntas de um trabalhador que lê*, no qual o autor aponta para os personagens anônimos que não são citados nos relatos dos grandes acontecimentos.

Uma das características marcantes da proposta de Brecht refere-se a uma forma de encenação em que é valorizado o distanciamento – dos atores e dos espectadores em relação aos personagens - a fim de produzir “um estado de surpresa semelhante ao que para os gregos se manifestava como o início da investigação científica e do conhecimento”.⁴ Isso é, para Brecht, o teatro não é um lugar para oferta de prazer imediato, mas de exercício do juízo crítico das platéias, exigindo uma tomada de posição diante do que está sendo encenado. Não é fortuita, portanto, a afirmação de Paul Hauser ao se despedir de Dreyman em sua festa de aniversário: “Se você não toma posição, você não é humano”.

Esse distanciamento, também presente na concepção de Psicologia que sustenta o trabalho dos agentes da STASI, manifesta-se já nas primeiras cenas, quando Wiesler explica aos seus alunos como conduzir um interrogatório e como interpretar as respostas do suspeito. É imprescindível privar a pessoa interrogada de sono, coletar o seu suor e verificar as palavras com que as respostas são compostas (o uso da mesma frase em diferentes ocasiões indicaria a falsidade da informação). Mais adiante, na película, essa Psicologia *objetiva* retorna abertamente nos comentários de Grubitz sobre o trabalho acadêmico que havia orientado (Condições de prisão para artistas subversivos baseadas em perfis de caráter) e cujo objetivo era criar meios científicos para acabar

³ BRECHT, Bertold. *Antologia poética*. Rio de Janeiro: Elo, 1982.

⁴ FREITAS, Eduardo Luiz Viveiros de. Brecht: teatro, estética e política. n. 1, 1º semestre, 2005. Disponível em:

<http://www.apropucsp.org.br/revista/rcc01_r09.htm>. Acesso em 5 jul. 2009.

com as atividades artísticas de profissionais que não interessassem ao regime.

Podemos discordar dessa concepção ou a considerarmos excessivamente marcada por um determinado momento histórico da Psicologia no qual ela se aproximou da Fisiologia. Não há, entretanto, como deixar de notar a ênfase concedida à objetividade necessária à observação, a qual é igualmente ressaltada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia. Nelas, entre as habilidades a desenvolver na formação dos psicólogos, encontra-se a de “utilizar o método experimental, de observação e outros métodos básicos de investigação científica”.⁵ Isto é, de acordo com esse documento legal, entende-se, no século XXI, que o psicólogo brasileiro ainda há de ser formado com forte preparo para emprego do método experimental e da observação (note-se que, pela redação, os demais métodos são colocados na categoria “outros”, ou seja, são considerados como menos importantes).

Ora, aprendemos que, para assegurar a objetividade, é imprescindível a existência de distanciamento entre o observador e o observado, sob o risco de “contaminar” a percepção do objeto. Esse mesmo distanciamento é preconizado para a prestação de serviços profissionais pelo psicólogo a fim de que ele “não se misture” com a pessoa atendida. A justificativa é que a prática científica busca a verdade e, por conseguinte, a subjetividade do profissional deve ser afastada do cenário da pesquisa ou do atendimento. A relação com o outro, portanto, deve primar pela neutralidade.

Considerando esses parâmetros, as práticas desenvolvidas por muitos psicólogos se aproximam daquelas adotadas por Wiesler. A propósito, vale lembrar que Wiesler é indicado para o trabalho exatamente porque deseja por em xeque a fidelidade de Dreyman. Para

⁵ BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Parecer CNE/CES n. 062/2004, de 19 de fevereiro de 2004. Relatora: Marília Ancona-Lopez. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2004/pces062_04.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2007.

isso, é escolhido para observar sistemática e continuamente o comportamento de Dreyman. O que torna o filme interessante é exatamente a “contaminação” sofrida por Wiesler, proporcionada pela vigilância, levando-o a trair seus propósitos e o Partido. A verdade que a espionagem deveria revelar se mantém oculta não porque a subjetividade do observador tenha afetado a observação, mas, ao contrário, porque o ato de observar afetou a subjetividade do observador.

A implicação de Wiesler com a “vida dos outros” (de Dreyman e Cristha-Maria) promove a ruptura que dá à história um rumo inesperado, criando novos caminhos para as vidas de Dreyman e do próprio Wiesler. Mas, é igualmente por estar implicado com Jerska que Dreyman, com o suicídio do amigo, resolve abandonar sua posição de neutralidade diante da opressão. Isto é, o novo, para ser gerado, demandou que o “outro” (Dreyman) perdesse sua condição de alguém indefinido, de uma pessoa a quem se é indiferente, que não nos afeta. O imprevisto aconteceu quando o outro deixou, exatamente, de ser “o outro” e passou a contar na observação. Essa é uma forma de tomar posição, de tornar-se humano.

A defesa do divórcio acirrado não se limita, entretanto, à relação sujeito e objeto, mas, engloba também a existente entre o saber científico e os demais, e, por extensão, a mantida entre o cientista (ou o profissional cuja prática é cientificamente fundamentada) e o leigo. Não é demais lembrar que o reconhecimento de nossa profissão está assentado nessas últimas distinções. Por isso, nossa prática não se confunde (e não pode ser por nós confundida) com as de religiosos, de astrólogos, de adivinhos etc. Em resumo, de acordo com essa lógica, entre nós e os outros deverá haver sempre uma diferença. Conseqüentemente, podemos, se desejarmos, trabalhar *para o outro*, por exemplo, buscando ajudá-lo a melhorar suas condições de vida, mas não *com o outro*, já que isso implica ser por ele afetado e, daí, misturar conhecimentos, poluindo um saber que é relevante por sua pureza (o saber científico).

É possível exercer práticas científicas sendo afetado pelo outro?

Para tentar responder à pergunta recrutarei como meus aliados três autores ainda pouco conhecidos na Psicologia que exercemos no Brasil: Isabelle Stengers, Bruno Latour e Vinciane Despret.

Para começar, retomemos a habilidade estabelecida nas Diretrizes Curriculares, destacando, agora, o método experimental, no qual a distância sujeito-objeto é característica fundamental. Historicamente, o método experimental tem sido concebido como aquele capaz de testar a veracidade de afirmativas acerca de um dado fenômeno. De acordo, com a lógica experimental, o cientista tem um certo conhecimento sobre o fenômeno, o que lhe permite estabelecer hipóteses (afirmativas) que serão experimentalmente verificadas. Recordemos que a superioridade do modelo experimental tem sido contestada em diferentes campos de conhecimento, entre outros motivos, pela artificialidade requerida pela situação do experimento. Na Psicologia vem ganhando força a proposta de que a pesquisa se realize em condições naturais (no campo), já que, assim, tem-se um conhecimento mais próximo da realidade.

No campo, todavia, não há como simplificar o cenário em que o fenômeno ocorrerá (o que é possível quando se trabalha com o modelo experimental). Isso, entretanto, não é um obstáculo para o pesquisador que valoriza o ambiente natural exatamente porque valoriza explorar os desvios, os acidentes de percurso, o inesperado. Afinal, os defensores da pesquisa no campo advogam o contato com o fenômeno tal como ele se dá, e não como ele é produzido nas condições artificiais do laboratório. Acredita-se, portanto, que o investigador, ao realizar o seu trabalho, deixa-se levar pelo *processo*, o que acarreta, muitas vezes, o encontro com histórias que se cruzam, mas que, necessariamente, não se completam ou formam um todo coerente.

Imaginemos um psicólogo da área jurídica e que esteja trabalhando em um processo envolvendo a guarda de uma criança. Ele pode se deparar com histórias que se contradizem, que se desautorizam mutuamente, que conduzem a outras histórias e a outros narradores,

tornando mais complexo o entendimento da situação. Por conseguinte, ao final de seu estudo, talvez não consiga demonstrar alguma coisa, ou chegar a uma verdade, pois o investigador de campo é aquele que, ao atentar para novos indícios, cria incertezas. Daí, como afirma Stengers, “a incerteza irreduzível é a marca das ciências de campo”.⁶

Por isso, a transposição da defesa do estudo de campo para a prática do psicólogo não desperta o mesmo entusiasmo. É bastante comum (e compreensível) que os psicólogos se sintam inseguros quando se deparam com o imprevisto e, portanto, não aceitem com tanta facilidade a idéia de que não há técnicas prontas a aplicar; de que decisões tenham que ser tomadas no calor dos acontecimentos e de que a verdade não está lá esperando para ser descoberta. Esse é, porém, apenas um primeiro (e, talvez, o menor) problema quando se pretende trabalhar *com o outro*.

Nas ciências de campo, há uma profunda alteração na relação entre o sujeito e objeto, já que, ao se deixar conduzir a investigação pelos indícios, as posições de quem pergunta e de quem responde podem oscilar a cada instante. Nelas, freqüentemente, o objeto de estudo não é indiferente às perguntas que lhe são endereçadas, configurando um quadro de impasse para o pesquisador. O dilema que se impõe é: pode/deve o profissional deixar-se afetar pela ação de seu objeto?

Tal pergunta tem um reatamento todo especial para a Psicologia. Afinal, por lidar com pessoas, ela pertence ao território em que as distinções sujeito/objeto não são tão claras. Além disso, o desafio amplifica-se quando entendemos o psicólogo como um profissional *socialmente comprometido* (o que, aliás, tem sido a marca de inúmeros trabalhos desenvolvidos pelo Serviço de Aconselhamento Psicológico do IPUSP).⁷ Nesse caso, há uma modificação radical nas posições assumidas pelo sujeito e pelo objeto, já que, em nossos estudos, como enfatiza

⁶ STENGERS, Isabelle. *A invenção das ciências modernas*. São Paulo: Ed. 34, 2002, p. 174.

⁷ A propósito, consultar especialmente a parte II de: MORATO, Henriette Tognetti Penha (coord.) *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa novos desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

Stengers, “as condições de existência de produção de conhecimento de um são igualmente, inevitavelmente, condições de *produção de existência* para o outro”⁸ (grifo do autor).

Por conseguinte, as nossas ações (consultas clínicas, entrevistas, aplicações de testes etc.) e narrativas (nossos relatórios) não são meramente ações ou narrativas *sobre* o outro, mas ações e narrativas que são também *do* outro e com ele construídas. Apenas, aparentemente, ele é objeto de nossa ação. Ou seja, ele não é passivo, como indica a definição usual do termo. Ele também observa, examina, busca compreender e arregimenta aquele que se supõe o principal responsável pela ação ou autor do relatório de pesquisa (psicólogo/pesquisador). Dessa forma, retomando a afirmação de Stengers acerca da produção de modos de existência, cabe-nos colocar a pergunta: que condições de existência, para o outro e para nós mesmos, estamos produzindo com nossas práticas? Ou, tomando o filme como metáfora: que Wieslers e Dreymans temos produzido?

Atuar em consonância com essa proposta é fundamentalmente trabalhar com o que *inter-essa*, com aquilo que articula, conecta, afeta os envolvidos. Dessa forma, ainda segundo Stengers, “os laços criados em nome do saber a ser produzido vinculam e comprometem os seres humanos com os seres inéditos que eles *fizeram existir*”⁹ (grifo do autor). E, por isso, estar consciente dos efeitos que produzimos com nossas práticas é estar atento aos altos riscos nelas envolvidos, assim como à nossa inevitável implicação. Nada mais distante do distanciamento preconizado pela observação objetiva!

As estratégias sofisticadas para distinguir fatos de ficções, para evitar misturas, para impedir que o psicólogo “se confunda com o outro” perdem o sentido de ser quando reconhecemos que incontestavelmente trabalhamos *com o outro*. As influências mútuas são assumidas sem medo e entendidas como o motivo para a ocorrência dos fenômenos. Estamos, por conseguinte, diante de uma questão ética e política, pois, afinal, que

⁸ STENGERS, Isabelle. *Op. cit.*, p. 177.

⁹ STENGERS, Isabelle. *Op. cit.*, p. 177.

direitos têm nos permitido submeter o outro, “em nome da ciência”, às mais diversas e inusitadas situações (alguns testes situacionais utilizados em processos seletivos podem ilustrar bem essa nossa prepotência).

Admitir que, nas ciências sociais e humanas, a produção de saber e as intervenções profissionais se dão em conjunto com a produção de existências (do sujeito/profissional e do objeto/pessoa atendida) implica aceitar que a pessoa a quem nos dirigimos não é indiferente à interrogação ou à ação que lhe é endereçada, por melhores que sejam nossas intenções. Por conseguinte, o psicólogo deve permanentemente se interpelar: “quem eu penso que sou para formular essa questão ao outro? Para colocá-lo nessa situação?”. Pensar assim é por em funcionamento outra forma de fazer ciência, e, para nós, especificamente, de fazer Psicologia.

Para trabalhar *com o outro*, um passo essencial é abandonar a diferenciação, segundo a qual, nós *sabemos* enquanto o outro *acredita, crê*. Latour afirma que os cientistas acreditam na crença, mas acreditam também que estão dela desprovidos.¹⁰ Dessa forma, para terminar com a distância existente entre o cientista e o *outro*, é imprescindível que os cientistas abandonem sua atitude tolerante diante daqueles que *ainda crêem*, não obstante os avanços da ciência.

Essa atitude tolerante, como alerta Stengers,¹¹ nada tem de aceitação do direito que as pessoas têm de pensar, sentir e agir de maneiras diferentes das nossas. A tolerância dos cientistas (e dos que agem fundamentados cientificamente), ao contrário, oculta o profundo orgulho que eles possuem (e que os apossa) de acreditar que podem enfrentar o mundo desencantado de suas ilusões e garantias. Para refletirmos em termos de Psicologia, basta pensarmos na quantidade imensa de psicólogos que acreditam saber sobre as outras pessoas mais do que elas mesmas conhecem; que entendem que sua missão é revelar para as pessoas aquilo que elas desconhecem (e aqui se encontram desde

¹⁰ LATOUR, Bruno. *Reflexão sobre o culto moderno dos deuses fe(i)tiches*. Bauru: EDUSC, 2002.

¹¹ STENGERS, Isabelle. *Cosmopoliques II*. Paris: La Découverte / Les Empêcheurs de penser en rond, 2003.

a indicação da profissão que elas devem seguir até a noção de que as ajudamos a descobrir “quem elas verdadeiramente são”).

A tolerância, segundo a autora citada, vai se traduzir tanto na ambição de fazer ciência (na acepção moderna) quanto na arrogância das práticas que os profissionais de intervenção/assistência (pedagogia, psicologia, serviço social) implementam em suas relações com as pessoas que atendem. Ambição e arrogância decorrentes de uma suposta diferença de natureza entre *nós* e os *outros*, que se traduz “pela possibilidade que ‘nós’ teríamos de julgar ‘os outros’ em termos de crenças, sem mesmo encontrá-los”¹² (tradução nossa) e que supostamente permitiria, em nome da ciência, “endereçar aos outros questões bem estranhas, de submetê-los [...] a situações muito curiosas, de descrevê-los de uma maneira que, em outro contexto, seria julgada muito pouco civilizada”¹³ (tradução nossa).

Deixar de ser tolerante é caminhar em direção ao mundo do outro, o que se faz abandonando a postura centrada em si mesmo e se colocando as perguntas que o outro está se formulando. Em outras palavras, é interessar-se por aquilo que interessa ao outro. É abrir mão da idéia de que o mundo do outro pode ser traduzido em palavras tal como ele, profissional, vivência.

A exigência a ser atendida pelo pesquisador/interventor é, portanto, bem maior, pois implica transitar no mundo do outro sem denunciá-lo por suas estranhezas. As questões deslocam-se do pesquisador para o outro, impossibilitando a imposição de narrativas previamente conhecidas. Busca-se a invenção de uma nova história, que será bem criada se estiver calcada em uma articulação propiciadora de um universo comum. O primeiro passo para isso, então, é modificar as formas tradicionais como vem se dando a interação com o outro, alicerçadas em uma clara distinção entre sujeito (o profissional) e objeto (a pessoa atendida).

¹² STENGERS, Isabelle. *Op. cit.*, p. 289.

O texto em língua estrangeira é: “par la possibilite que ‘nous’ aurions de juger ‘les autres’ en termes de croyances, sans même les rencontrer”.

¹³ STENGERS, Isabelle. *Op. cit.*, p. 292.

O texto em língua estrangeira é: “d’adresser à d’autres de bien étranges questions, de les soumettre [...] à de fort curieuses situations, de les décrire sur un mode qui, dans tout autre cadre, serait jugé fort peut civilisé”.

PAPEL DO PSICÓLOGO NA ELABORAÇÃO DAS PERDAS

Maria Julia Kovács

Instituto de Psicologia da USP

O luto é o processo de elaboração diante da perda de pessoas com quem vínculos foram estabelecidos. É a vivência da morte consciente. Faz parte da vida, todos têm histórias de perda para contar. É um vínculo que se rompe de forma irreversível, quando se trata de morte concreta.

O luto ocorre nas mortes simbólicas, como perdas do desenvolvimento ou adoecimento. Não ocorre morte concreta, mas há dor, ruptura, tristeza, medo. A elaboração depende do estágio de desenvolvimento, fatores constitucionais e experiências vividas.

Há eventos que não são vistos como perdas, embora causem sofrimento, como amputações e mutilações, alterando a imagem corporal, como aponta Parkes¹. São situações típicas em doenças como câncer. Para algumas pessoas, a integridade corporal pode ser mais importante do que a própria vida. Outra perda difícil é a da função cognitiva, como nas demências e na doença de Alzheimer. No início a pessoa consegue perceber sua mente se deteriorando. Esta situação é retratada com sensibilidade no filme *Íris*², em que é apresentada a história de Íris Murdoch que teve a doença e foi cuidada o tempo todo pelo marido.

O processo de luto evoca sentimentos fortes e ambivalentes necessitando de tempo e espaço para sua elaboração. A perda de pessoas significativas tem potencialidade de desorganização, as ações do cotidiano ficam tingidas por esta situação. Seres humanos são

¹ Parkes CM. Luto. Estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo, Summus; 1998

² *Íris*. Diretor Richard Eyre (Inglaterra/EUA)

conscientes de sua finitude, mas é como se a morte se tornasse (in)esperada³.

Franco⁴ diferencia luto e pesar. Pesar é o processo interno, experiência e vivência de pensamentos e sentimentos envolvendo a morte de uma pessoa querida. O luto é o lado público do pesar, incluindo a expressão e compartilhamento de sentimentos, sendo validado pela cultura em que vive a pessoa.

O luto já foi visto como doença pelos sintomas físicos e psíquicos, buscando-se auxílio médico. Atualmente, não é visto como doença e sim como crise que necessita de cuidados, como aponta Corr⁵.

Parkes⁶ refere que o luto não é um conjunto de sintomas que se inicia após a perda e sim um processo com quadros que se mesclam, afetando o sistema imunológico com risco de adoecimento e depressão.

A morte interdita, presente nos séculos XX e XXI⁷ não permite a expressão do luto. Os rituais fúnebres são rápidos ou eliminados como se a morte tivesse que ser oculta. Crianças são afastadas com a intenção de que não sofram, porque adultos não sabem o que fazer. Hospitais exigem assepsia e também a estendem para a expressão dos sentimentos para não haver contágio de sofrimento. A não expressão do luto tão presente atualmente pode acarretar sérias conseqüências psicológicas, que estão relacionadas com a sua má elaboração⁸. A conseqüência é que as pessoas, ao viverem perdas significativas, sentem-se sozinhas, sem saber o que fazer, quando estão separadas dos familiares, o que é comum na atualidade. Nos centros urbanos,

³ Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992.

⁴ Franco MHP. Estudos avançados sobre o luto. Campinas: Livro Pleno; 2002.

⁵ Corr CA. Enhancing the concept of disenfranchised grief. Omega, Journal of Death and Dying, 1998/1999, 38 (1): 1-20.

⁶ Parkes CM op.cit.

⁷ Áries P. História da morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

⁸ Kovács MJ op cit.

houve aumento significativo da violência, de acidentes, de abuso de drogas, aumentando o número de mortes violentas, traumáticas e coletivas, fatores de risco para luto complicado.

São difíceis a elaboração do luto e a participação em rituais para aqueles que têm que emigrar. Defrontam-se com perdas separados de suas famílias, sem rede de apoio ou sem poder participar de rituais, que poderiam dar a segurança tão necessária nestas circunstâncias. Questões econômicas também causam problemas porque enlutados podem não conseguir pagar o preço das cerimônias fúnebres. Estas situações podem causar sofrimento adicional em situações difíceis. É um erro considerar como patologia o que é diferente de nossa cultura.

Há várias linhas teóricas sobre o luto. O texto clássico na abordagem psicodinâmica é "Luto e Melancolia"⁹. Para Freud, o luto é a reação à perda do objeto amado, levando ao desligamento do mundo. O trabalho de luto leva ao teste de realidade, à constatação de que a perda de fato ocorreu. Este processo pode ser doloroso pelo contato com lembranças, expectativas, abandono e aniquilação. Com a elaboração do luto a energia amorosa vai se desligando da pessoa morta e se liga a novos relacionamentos.

Diferente do luto na melancolia não há elaboração possível. A trajetória pode a princípio parecer semelhante ao luto, mas a diferença é que no luto se chora a perda da pessoa amada, na melancolia, o processo vira contra a própria pessoa. Observa-se intensa auto-recriminação, com pedidos de punição, ocorrendo empobrecimento do ego.

Bowlby¹⁰ refere quatro fases do luto:

⁹ Freud S. Luto e melancolia, 1914/1918. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1971.

¹⁰ Bowlby J. Apego, perda e separação. São Paulo, Martins Fontes, 1985.

- *Fase do choque*: o momento do conhecimento da perda, ocorrendo torpor ou descontrole;
- *Fase de busca*: com anseio pela pessoa perdida e contato com a realidade da perda irreversível. Surgem vários sentimentos: raiva, culpa, tristeza, às vezes, com grande intensidade;
- *Fase de desorganização e desespero*: a perda é vista como realidade. A depressão pode se manifestar e se tornar crônica necessitando de cuidados profissionais;
- *Fase de reorganização*: em novos patamares sem a presença de quem morreu. Novas habilidades e relacionamentos são desenvolvidos.

A qualidade do vínculo influencia o processo do luto posterior, bem como a vivência anterior das perdas, os recursos psíquicos da pessoa e o suporte social recebido.

O processo de luto nunca é concluído. Há momentos de tristeza e anseio pelo falecido. Cassorla¹¹ se refere a reações de aniversário, como datas de nascimento ou morte, festas religiosas ou aquelas em que a lembrança do falecido fica mais intensa.

Para Raimbault¹², a elaboração ocorre quando há aceitação da inevitabilidade da perda e retomada da vida.

Parkes¹³ relata os efeitos das perdas no organismo, principalmente no sistema imunológico. Após a viuvez ocorrem doenças que podem levar à morte. Inicialmente as manifestações do luto eram vistas como sintomas de doença física: insônia, anorexia, aumento no uso de álcool

11 Cassorla RMS. Suicídio: estudos brasileiros. Campinas: Papirus, 1991.

¹² Raimbault G. A criança e a morte. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1979.

¹³ Parkes CM. Research bereavement. Omega, Journal of Death and Dying, 1987/1988, 18(4): 365-377.

e drogas. Muitos enlutados buscavam ajuda psiquiátrica por causa de depressão reativa.

Bowlby¹⁴ destaca os fatores de risco que devem ser observados no processo de luto:

1. *O relacionamento com a pessoa perdida.* Relacionamentos com ressentimento, mágoa ou dependência são mais difíceis de serem elaborados.
2. *Idade e sexo do enlutado:* morte de crianças e jovens
3. *As causas e circunstâncias da perda:* perdas inesperadas não permitem preparo, muitas delas acompanhadas de violência. Corpos mutilados ou desaparecidos podem atrapalhar o processo do luto. Mortes lentas envolvem convivência com sofrimento e dor.
4. *A personalidade do enlutado:* É importante considerar a história de vida do enlutado, suas experiências anteriores, formas de enfrentamento escolhidas, características de personalidade. Distúrbios psiquiátricos podem afetar ou impedir o processo de luto.
5. *A rede social e de apoio do enlutado:* Pessoas sozinhas com famílias desorganizadas ou pouco continentas estão sob maior risco de luto complicado.

A elaboração do luto é a aceitação da modificação do mundo externo ligado à perda e a alteração do mundo interno com reorganização da vida e das relações. Sentimentos ambivalentes, depressão e falta de ânimo podem fazer parte do processo. Mecanismos de defesa podem ser acionados como proteção à dor. O que caracteriza

¹⁴ Bowlby J. op. Cit.

um luto complicado é sua persistência, como a negação que não permite a elaboração da perda, já que não é vista como definitiva.

Parkes ¹⁵ menciona alterações no curso do processo de luto:

1. *Luto crônico*: que se prolonga de forma indefinida. É difícil caracterizá-lo, já que o processo de luto tem tempos diferentes para cada pessoa.

2. *Luto adiado*: parece não haver contato com a perda, não há expressão de sentimentos e sinais de elaboração.

3. *Luto inibido*: Os sinais de que a pessoa está em luto parecem ausentes.

Bowlby ¹⁶ afirma que é difícil estabelecer as fronteiras entre processos normais e complicados porque a labilidade emocional, atribuição de culpa, identificação com o falecido, aparecimento de sintomas parecidos com os do morto, aparecem em diversos graus em pessoas enlutadas. O que as diferencia é a intensidade, frequência e duração destes sintomas nas situações de luto complicado.

Suicídios são perdas difíceis de serem elaboradas porque trazem à tona sentimentos de impotência e culpa. Os sobreviventes, assim chamados os enlutados por suicídio, se perguntam: será que poderiam evitá-lo? O luto por suicídio não é aceito pela sociedade, que vê o sobrevivente como alguém que não foi capaz de cuidar do familiar.

É importante considerar as fases do desenvolvimento e os riscos para luto complicado. Uma situação de alto risco é o luto em pessoas idosas, principalmente quando há perda de filhos adultos. O número de idosos aumenta de maneira significativa, com situações de risco: problemas financeiros, solidão, doenças graves que podem se complicar

¹⁵ Parkes CM. op. cit.

¹⁶ Bowlby J. op.cit.

com os processos de luto superpostos, constituindo o que Kastenbaum¹⁷ denominou de “sobrecarga de luto”.

Profissionais de saúde não estão preparados para lidar com o luto complicado. Rando¹⁸ traz subsídios relevantes para discussão deste assunto, mostrando as conseqüências envolvendo adoecimento físico e psíquico quando não se cuida do luto complicado. Há necessidade de revisão de alguns conceitos como luto patológico, desajustado, anormal, disfuncional, desviante, entre outros. A tendência atual é falar em fatores complicadores do luto, não responsabilizando a pessoa por seu sofrimento.

Há distorções que podem afetar a expressão do luto, tais como adiamento, inibição ou cronificação. É necessário observar distúrbios nos seguintes aspectos: reconhecimento da perda, forma de lidar com a separação, com o vínculo rompido e a ausência da pessoa, as mudanças na vida, expressão de sentimentos, finalizações, sintomas físicos e psíquicos.

O prolongamento do tempo de vida, também de doentes crônicos pode levar familiares a desgaste físico e psíquico, ao ver a degeneração corporal, a perda da pessoa que conheciam, levando à impotência, como aponta Hennezel¹⁹. Podem ocorrer sentimentos ambivalentes: tristeza pela perda e desejo de morte para alívio do sofrimento.

Ver o paciente morrer com grande sofrimento e dor é penoso para os familiares, deixando imagens de impacto, que podem ser revividas durante o processo de luto influenciando na sua elaboração. A proximidade com a pessoa à morte e um ambiente calmo dá ao familiar

¹⁷ Kastenbaum R. Death and bereavement in later life. In: Kutcher AH (Eds) Death and bereavement. New York: Springfield, 1969: 28-54.

¹⁸ Rando T. Treatment of complicated mourning. Champaign, Illinois Research Press, 1993.

¹⁹ Hennezel M. Nós não nos despedimos. Lisboa: Editorial Notícias, 2001.

a sensação de que fez o que pôde, aliviando eventuais culpas que poderiam dificultar o processo de luto.

O luto não autorizado, relatado por Corr²⁰, é aquele que não é reconhecido. Ocorre entre amantes que não podem chorar a perda porque familiares não sabiam da relação. A sociedade não vê o aborto como perda, já que, a morte ocorre antes da vida ser reconhecida, o que é grave engano, pois há grande investimento de amor numa gravidez com expectativa do nascimento do filho. Há situações em que se considera que o enlutado não tem capacidade de elaboração, como: crianças ou idosos com quadros de demência. Há mortes que não são validadas por serem estigmatizadas, como é o caso da morte de criminosos ou pessoas que cometerem suicídio. Em nosso meio Casellato²¹ publicou obra em que há pesquisas sobre situações de luto silenciado, não autorizado.

Boss²² aponta situações em que não ocorre morte, mas há perdas. Como exemplo cita a convivência com pessoas com a demência tipo Alzheimer. A pessoa está presente e ausente ao mesmo tempo porque não se pode contar com ela. Há presença física e ausência psicológica. A guerra, em contrapartida, envolve ausência física e presença psicológica. O companheiro está na guerra, portanto não está presente fisicamente, mas é presença constante na imaginação, na saudade.

As perdas por doença vão ocorrendo gradativamente, mas ainda não implicam em morte. Pode ser constrangedor chorar a perda de quem ainda não morreu. Outros não podem chorar por razões culturais, outros por razões profissionais, como médicos e enfermeiros que perdem pacientes sob seus cuidados. Muitos profissionais têm na sua

²⁰ Corr CA. op. cit

²¹ Casellato G. Dor silenciosa ou dor silenciada? Campinas: Livro Pleno, 2005.

²² Boss P. Ambiguous loss. In: Walsh F, Mc Goldrick M. (Eds) Living beyond loss. Death in the family. New York: E. Norton & Co, 1991: 79-93.

formação recomendações para controle e não expressão de emoções. Se não podem ser expressas de forma aberta podem passar despercebidas pelos colegas. Então podemos dizer que profissionais de saúde não têm seu processo de luto autorizado.

Há perdas na velhice: corporais (sensoriais e neuro-motoras, dos dentes, acarretando problemas alimentares), cognitivas, trabalho e aposentadoria com eventual mudança de status econômico. Muitos octogenários estão sozinhos e por vezes dependentes. Há um alto índice de depressão que pode ser vista como normal nesta fase. O alto índice de suicídios na velhice deveria estimular um maior cuidado com esta questão.

Rangel²³ refere-se à perda de filhos, como uma experiência muito difícil de ser superada. A partir da sua experiência elabora obra detalhada e profunda sobre a questão do luto, mais particularmente do luto parental. Trata-se de uma tragédia, perda cruel. No Brasil tem crescido de maneira significativa perda de jovens pela morte escancarada, pela violência. Infelizmente o nosso país ocupa o quinto lugar nesta situação tão trágica.

O luto antecipatório é o processo que ocorre antes da morte. No processo de adoecimento envolve perdas da pessoa e da família: perdas corporais, do companheiro de trabalho, de lazer, de sexo, entre outros. O favorecimento da expressão dos sentimentos que acompanham esta perda pode ajudar no processo de luto após a morte, como aponta Rando²⁴.

²³ Rangel APFN. Do que foi vivido ao que foi perdido. O doloroso luto parental. São Paulo: Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia USP, 2005.

²⁴ Rando T. op.cit.

Rolland²⁵ ressalta a importância do luto antecipatório no cuidado a familiares de pacientes com enfermidades graves e crônicas. Com o agravamento da doença a ambivalência de sentimentos pode se manifestar. O conflito é preparar-se para a morte que se aproxima, ou investir a energia na sobrevivência. A preparação não é só para a morte como evento final e sim para o processo de morrer. É importante que sentimentos ambivalentes, possam ser elaborados em relação à pessoa doente. Trabalhar com a ambivalência e culpa, nestes momentos pode ajudar no processo de luto após a morte.

Deve-se observar o cuidador principal que é quem assume os cuidados, com muita energia dedicada ao doente, podendo restar pouco tempo para a própria vida. Quando ocorre a morte, pode ficar uma sensação de vazio.

Em pacientes gravemente enfermos, pode-se falar no luto de si próprio. As dimensões a serem consideradas são:

- ? *Profissional*: já que não pode mais trabalhar;
- ? *Identidade*: de pessoa saudável, autônoma, de posse de sua vida;
- ? *Familiar*: não poder realizar as atividades de cuidador, ou provedor;
- ? *Saúde*: do ser saudável;
- ? *Corporais*: as mutilações resultantes da doença ou do tratamento, perdas de partes do corpo, aumento ou diminuição de peso, inchaço, mudança de cor, perda de cabelo;
- ? *Planos e projetos*: interrompidos pela doença ou morte.

Numa situação extrema, o paciente se perde, torna-se um estranho a si mesmo, como aponta Hennezel²⁶. A elaboração destas perdas necessita de tempo e de envolvimento, à semelhança do processo de luto que se instala quando se perde uma pessoa próxima. Há perdas

²⁵ Rolland J. Helping families with anticipatory loss. In Walsh F, Mc Goldrick M (Eds) Living beyond loss. Death in the family. New York: W. Norton & Co, 1991: 144-163.

²⁶ Hennezel M. op. cit.

temporárias pela hospitalização e perdas definitivas pela separação por morte, deixando pessoas queridas.

Por outro lado, o adoecimento e a proximidade da morte podem trazer novos elementos para a elaboração pessoal, ajudando no processo de auto-conhecimento e transformação. É fundamental trabalhar o luto antecipatório, para elaborar as perdas em vida, como aponta Fonseca²⁷.

Crianças também passam por processo de luto, sendo o adulto seu modelo. No período pré-operacional elas não têm conhecimento de que a morte é irreversível, precisam ser informadas. A culpa pode aparecer com força relacionada com o pensamento mágico onipotente tão presente nas crianças nesta fase do desenvolvimento. Como apontam Aberastury²⁸ e Raimbault²⁹ sonegar informações acaba trazendo problemas. A criança sabe que há algo errado, busca informações para entender o que está acontecendo, sentindo medo e insegurança. Aberastury denomina de micro-suicídios os comportamentos que levam a criança a situações de risco. Muitas vezes, adultos ocultam seus sentimentos crendo que estão protegendo a criança. É uma falsa crença imaginar que a criança não compreende o que é a morte, nada deve ser dito e tudo deve continuar normalmente. Outra crença errônea é a de que crianças superam a dor da perda facilmente, distraíndo-se com suas brincadeiras.

Crianças passam pelas mesmas fases do luto que o adulto, embora não comuniquem seus sentimentos pela fala, mas podem registrá-los em desenhos ou atividades lúdicas, indicando que vivenciam perdas, tentando elaborar a falta. A importância da formação dos

²⁷ Fonseca JP. Luto antecipatório. Campinas: Livro Pleno, 2004.

²⁸ Aberastury A. A percepção da morte na criança e outros escritos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

²⁹ Raimbault G. op.cit.

primeiros vínculos tem relação estreita com a maneira como a criança vai elaborar suas perdas, como apontam Mazorra, Tinoco³⁰.

Os seguintes aspectos inspiram cuidado quando se trata de crianças: ansiedade persistente, medo de outras perdas, medo da própria morte; esperança de se reunir ao morto, desejo de morrer; culpa, cuidados compulsivos, sintomas físicos e psíquicos e identificação com os sintomas do morto.

Schachter³¹ aponta a importância de se falar sobre morte com adolescentes, que têm se confrontado de maneira intensa com ela na atualidade. Estão expostos ao terrorismo, à violência e acidentes, à perda de pessoas da mesma faixa etária e, mais recentemente, aos comportamentos autodestrutivos e suicídio. A experiência de perda de amigos pode ser assustadora, levando à sensação de vulnerabilidade. Mesmo com o maior confronto com a morte, as escolas não abordam o assunto. Perdas repentinas e violentas são difíceis de serem elaboradas. Para os jovens é importante saber a causa da morte, poder participar dos cuidados e rituais funerários.

Amizades são muito importantes nesta faixa etária. Os adultos podem não dar atenção devida aos jovens, porque estes ficam calados, sem compartilhar sua dor, dando a falsa impressão de que não se importam com a situação.

Adolescentes vivem processos de luto com sentimentos intensos, podem se sentir assustados e solitários. A participação nos rituais fúnebres é importante, pois estes podem dar segurança em momentos de grande desorganização, além de aproximá-los dos familiares que também estão sofrendo. Participar dos ritos funerários é a oportunidade

³⁰ Mazorra L, Tinoco V. Luto na infância. Intervenções psicológicas em diferentes contextos. Campinas: Livro Pleno, 2005.

³¹ Schachter, S. Adolescents experiences with death of a peer. *Omega, Journal of Death and Dying*, 1992/1993, 24(1): 1-11.

para despedida que, para muitos jovens é vivida pela primeira vez. Podem sentir culpa, porque pensam que poderiam ter evitado a situação. A possibilidade de compartilhar os sentimentos diminui a solidão.

Caruso³² desenvolve a questão da “morte entre vivos” no livro “A separação dos amantes”. Tem um subtítulo que chama atenção para a dor envolvida nesta perda: “Uma fenomenologia da morte”. As separações, embora não envolvam mortes concretas, podem ser mais difíceis de elaborar do que a própria morte.

O suicídio pode ser uma defesa para lidar com a perda, aliviando a dor. Matar-se antes de viver a dor da separação. Impulsos destrutivos e de aniquilação despertados pela perda podem ser projetados, resultando em ataque e destruição do outro na forma de homicídios, ou volta-se para dentro, numa intenção autodestrutiva, chegando ao suicídio.

Além da morte concreta e da perda por separação, há outras que ocorrem durante o processo vital, como descrevemos em outra obra³³. Há as previsíveis como as fases do desenvolvimento e as inesperadas como: doenças ou perda de emprego. Cada uma destas situações carrega analogia com a morte: a desestruturação e o desconhecido.

O luto envolve o grupo familiar. Uma das metáforas usadas para representar a família é a de um organismo vivo. Apresenta organização, seus membros desempenham funções, envolvendo hierarquias e estruturas de poder, papéis e funções que são distribuídos entre seus membros. Cada família tem seus esquemas, estratégias desenvolvidas para sobrevivência e qualidade de vida de seus membros. Tem seus mitos, segredos e ritos influenciados pela sociedade da qual fazem parte. Deve se observar como são celebrados aniversários, festas religiosas e os cuidados nos processos de doença.

³² Caruso I. A separação dos amantes. São Paulo: Diadorim Cortez, 1982.

³³ Kovács MJ. Vida e morte. Laços da existência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

Há sub-sistemas com diferentes graus de permeabilidade. As famílias têm ciclos de desenvolvimento, como os seres vivos: nascem, crescem e passam por diversas fases. A comunicação é elemento fundamental para que os diversos subsistemas se relacionem e possam funcionar em equilíbrio. A informação é transmitida pelos diversos sistemas familiares: pais, filhos, irmãos ou qualquer outro que for criado e tem como objetivo favorecer interação e adaptações necessárias. Quando ocorre boa comunicação entre os membros da família, os desejos e necessidades de cada um podem ser expressos. Quando há distúrbios nesta comunicação, conflitos surgem perturbando o funcionamento que ocorre nas crises: doenças físicas, psíquicas ou a morte de seus membros. Não é a crise que leva aos distúrbios e sim a forma como a família reage, a diversidade de suas estratégias.

Devemos observar o grau de adaptabilidade e flexibilidade diante da crise. Nas famílias rígidas, os papéis são estruturados de forma a não permitir mudanças, a liderança é autocrática, e são utilizadas sempre as mesmas estratégias para lidar com a crise, ainda que ineficazes. Há famílias nas quais impera o caos, não há regras e decisões ficam postergadas. Nas famílias em que a simbiose entre seus membros é intensa, não há espaço para individualidade.

O grupo familiar pode resolver seus problemas, depositando-os em um de seus membros, que aparece como bode expiatório. Pode ser o caso da pessoa doente, que é responsabilizada pelas dificuldades vividas. É uma forma de equilíbrio, mesmo que precário, provocando, por vezes, uma situação perversa, ao boicotar as possibilidades de cura ou recuperação da pessoa doente. Se ocorrer a cura, este equilíbrio é rompido e a família terá que enfrentar novamente os seus problemas.

Uma doença grave não atinge só a pessoa e sim o grupo familiar, que passa a ser a unidade de cuidados. Cada membro da família pode

passar pelas fases do luto, nem sempre coincidentes em tempo e intensidade, podendo provocar desequilíbrio, mal-estar e necessidade de novas formas de relacionamento. A doença e proximidade da morte provocam reorganizações na sua estrutura e distribuição de papéis. Cada família tem sua forma e ritmo de adaptação, não é possível então falar de um padrão de enfrentamento diante de doenças.

Walsh & Mc Goldrick³⁴ apontam para a importância de se considerar o ciclo da existência que a família se encontra no momento da perda: recém casados com filhos pequenos, com filhos que saíram de casa, ou se são idosos.

Para Bromberg³⁵, a crise provocada pelo luto leva ao desequilíbrio entre demandas provocadas pela doença e a morte, adaptações necessárias e recursos disponíveis. Os fatores de risco para elaboração do luto antecipatório podem ser:

1. Aparecimento repentino de doença ou acidente com hospitalização, afastamento das atividades cotidianas, sem tempo para planejamento ou antecipação;

2. Famílias com dificuldades de comunicação, sem coesão, com segredos, bloqueios, interdições e situações tabu; desunida, sem tolerância, num sistema rígido e sem flexibilidade;

3. Problemas econômicos, famílias com poucos membros, isolados, distribuídos em várias partes do mundo, sem amigos e sem acesso a uma rede de suporte social;

4. Dificuldade de encontrar quem possa dar conta das atividades exercidas pelo paciente, cuja realização é essencial:

³⁴ Walsh F, Mc Goldrick M. Living beyond loss. Death in the family. New York: W. Norton & Co, 1991.

³⁵ Bromberg MHPF. Psicoterapia em situação de perda e luto. Campinas: Editorial Psy, 1995.

prover alimentação, levar as crianças à escola, entre outras, agregando mais sofrimento à dor da perda;

5. Brigas, discussões, pontos de vista contraditórios em relação a como cuidar do doente ou administrar a casa;

6. Culpa excessiva de seus membros envolvendo adoecimento e morte.

Wright & Nagy³⁶ apontam para a importância dos segredos e crenças das famílias em relação a temas tabus, como a morte. Algumas dessas crenças são limitadoras e trazem a sensação de perda de controle.

Na constelação familiar, o cuidador principal deve ser acompanhado. É o membro da família responsável pelos cuidados, que acompanha o paciente ao médico, está presente nas internações e garante a continuidade dos tratamentos em casa. É uma relação íntima tingida pelas características pessoais e sentimentos dos membros envolvidos. Pode ser harmoniosa e respeitosa ou carregada de sentimentos ambivalentes. Podem ocorrer relações de poder, submissão, manipulação e sadismo. Estas formas de interação são influenciadas por relações anteriores, entretanto o processo de doença pode modificar algumas delas. Exemplificando, pai tirano e poderoso, agora enfermo, está sob o poder dos filhos, antes submissos; agora são eles que tomam decisões sobre o tratamento e cuidados deste pai em casa. Essas situações causam sofrimento até serem assimiladas e aceitas.

A proximidade da morte leva a intensificação da experiência de perdas: do corpo, da identidade, da auto-estima. Há deterioração da qualidade de vida em geral com sofrimento psíquico, social e espiritual.

³⁶ Wright L, Nagy J. Morte: o mais perturbador segredo familiar. In: Imber-Black E. (Eds). Segredos na família e terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994: 128-146.

Surge o temor sobre como será o processo de morrer, se vai haver dor, sofrimento, e solidão.

Sérios problemas de comunicação ocorrem, evita-se falar sobre o agravamento da doença, ou dos medos que acompanham o processo de morrer. Há uma crença que ao não falar sobre dor e sofrimento protege-se a pessoa. Esta situação pode provocar em pacientes e familiares, sentimentos de isolamento e desamparo. A nossa experiência mostra que nestes momentos a comunicação clara e aberta facilita a proximidade entre as pessoas.

É importante que a família possa cuidar do seu doente, aliviando seus sintomas. Pode ocorrer sensação de paz e harmonia quando o paciente se sente bem e acolhido em casa, promovendo nos familiares a sensação de terem feito tudo o que foi possível, ajudando na elaboração da perda.

Parkes³⁷ menciona a importância de cuidar das mortes violentas, traumáticas e desastres, acidentes que envolvem a coletividade. São situações horríveis, ameaças à vida, perdas inesperadas, que exacerbam a sensação de vulnerabilidade. É uma situação de grande impacto, com intensa desorganização social. Como resultado pode ocorrer amnésia ou fenômenos de dissociação. As emoções provocadas por estes eventos são muito fortes e há risco de depressão e suicídio. É importante uma rigorosa avaliação dos cuidados a serem oferecidos a estas pessoas. Os rituais coletivos são fundamentais, já que ajudam a lidar com a desesperança, o desespero e vulnerabilidade. Memórias dolorosas são recorrentes, criando-se uma situação de hiper vigilância com pesadelos freqüentes.

³⁷ Parkes CM. op.cit.

Cuidados ao enlutado

O cuidado aos enlutados pode ter vários formatos. Nas fases mais agudas acolhida e suporte podem ser mais indicados. Na psicoterapia se trabalha com os vários sentimentos despertados nesta situação e o processo de elaboração.

Há propostas mais diretivas que favorecem que as pessoas realizem tarefas do luto, como propõe Worden³⁸. É fundamental clarificar que houve a perda, explorar seu significado, oferecer informações necessárias em cada caso, encorajar o reenlutamento pela perda de todos que sofreram na situação e promover a reintegração social. Há atividades que ajudam neste processo: fazer visitas a cemitérios; escrever cartas aos mortos; olhar para fotos de várias épocas do relacionamento, conversar com parentes a respeito da perda.

Imber-Black³⁹ aponta a importância de retomada de rituais ao se falar de perdas e do grau de desorganização que provocam. Vivemos em uma época em que os rituais perderam muito de sua força e significado; a sua importância na psicoterapia é a possibilidade de demarcar certas situações, oferecendo espaço para expressão de sentimentos, com ações que facilitem despedidas. Os rituais são próprios de cada cultura e envolvem metáforas, símbolos, ações dramáticas que facilitam a expressão de sentimentos, trazendo sentido à perda. Os rituais envolvem tempo, espaço e o ciclo da existência oferecendo segurança psicológica numa situação de desestruturação. Não se trata de uma ritualização de fachada, e sim do sentido e significado para cada família, que tem seus costumes. As datas festivas e os rituais trazem informações sobre recursos de elaboração da família, já que os

³⁸ Worden JW. Terapia do luto. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

³⁹ Imber-Black E. Rituals and healing process. In Walsh F, Mc Goldrick M. (Eds). Living beyond loss. New York: W. Norton &Co, 1991: 207 -223.

sentimentos em relação à pessoa perdida podem ressurgir ou se intensificar.

Bowen⁴⁰ fala em onda de choque emocional envolvendo a forma como as perdas vão reverberando em várias gerações de uma mesma família e como se repetem em outras situações. As perdas são como ondas que afetam o equilíbrio existente e os eventos significativos que atingem os membros da família, como doenças graves ou mortes, envolvendo aspectos físicos, psíquicos e sociais. Vemos a ilustração desta proposição pelas histórias de perdas sucessivas na vida de pessoas famosas, como a rainha Vitória, Sigmund Freud, Emily Bronthe e a família Kennedy.

Outra proposta de cuidado é o que se chama de enlutamento operacional. É a possibilidade de ajudar a família a passar pelo processo de luto, expressando sentimentos, abrindo a comunicação entre os seus membros. Este cuidado deve ser redobrado quando se percebe pessoas em risco de processo de luto complicado ou com disposições patológicas como é o caso da depressão.

Bromberg⁴¹ propõe processos de psicoterapia breve, com o foco no tema da perda e do luto, enfatizando os cuidados numa abordagem familiar. A psicoterapia pode auxiliar no reconhecimento e experiência conscientes da perda; no processo de desligamento da pessoa amada e na capacidade de viver sem a presença do morto, facilitando o estabelecimento de novas relações. Os seguintes aspectos podem ser trabalhados: depressão, auto-resistência, busca de estímulo, reações autônomas, preocupações, a saúde em geral e o estabelecimento de novas relações.

⁴⁰ Bowen M. Family reaction to death. In Walsh F, Mc Goldrick M. (Eds). Living beyond loss. New York: W. Norton &Co, 1991: 79-93.

⁴¹ Bromberg MHPF. op. cit

A psicoterapia pode facilitar o contato com a experiência da perda numa atmosfera protegida, estimulando a expressão de seus sentimentos. Pode-se trabalhar a permissão para o encerramento do processo, a possibilidade de integrar a perda na vida, e assim restaurar a economia psíquica. Ao terapeuta cabe ser receptor do grau de sofrimento que a situação de perda provoca, ajudando na reorganização da vida.

Walsh & Mc Goldrick⁴² apontam para aspectos que devem ser levados em conta no cuidado a pessoas enlutadas: como é a lembrança das datas de mortes; se os membros da família se sentem autorizados a falar sobre a morte e de que maneira o fazem; como era o relacionamento familiar por ocasião da morte; quais as crenças religiosas e culturais da família.

Avaliando-se os fatores de risco pode-se pensar em intervenções mais apropriadas, a partir do conhecimento dos recursos da família. São propostas intervenções focais, buscando formas adaptativas da pessoa para esta situação. Enfatiza-se a retomada do luto com foco na perda e no ritual do reenlutamento com a demarcação (o que é do enlutado e do morto), expressão de sentimentos e reorganização da vida. A re-ritualização da perda envolve revisar histórias da família em relação às perdas e os relacionamentos atuais. É importante dar espaço para expressão de sentimentos, que, se reprimidos, podem se transformar em sintomas. É transformar a vítima em sobrevivente, diríamos num "vivente".

Na abordagem fenomenológico-existencial e na Abordagem Centrada na Pessoa os cuidados aos enlutados guardam semelhanças com os cuidados à população em geral que procura o Serviço de Aconselhamento Psicológico. São fundamentais as atitudes: empatia,

⁴² Walsh F, Mc Goldrick M. op. cit.

aceitação incondicional e congruência que favorecem a atmosfera acolhedora que permite a expressão de sentimentos, a liberdade experiencial e a potencialização da tendência atualizante, que podem ficar bloqueadas na situação de luto e adoecimento.

Uma outra proposta de cuidados aos enlutados é a biblioterapia, como sugere Doka⁴³. O autor indica livros que abordam o assunto do luto. Enlutados podem acreditar que sua tristeza nunca vai acabar ou que vão enlouquecer. Os livros podem ajudá-los a partir dos relatos apresentados. Podem encontrar semelhanças e identificação com seus processos vividos. Os relatos podem incluir sentimentos, dificuldades encontradas e sugerem estratégias de enfrentamento.

A biblioterapia pode ser importante auxiliar nos cuidados a pessoas vivendo situações de perda e morte. A recomendação de livros para este fim deve ser feita com cuidado, pois alguns deles podem ter fortes repercussões para uma dada pessoa, exacerbando os sentimentos, ou serem irrelevantes ou não significativos para outras. Livros não substituem o contato com outras pessoas e ajuda terapêutica, mas podem ser complementares a outras propostas de cuidados.

Atualmente está presente um novo paradigma do luto, em vez da idéia de encerramento e conclusão, é saudável manter os vínculos em continuidade, como apontam Klass, et al⁴⁴. É um processo que nunca se encerra, a cada passo uma nova elaboração pode ocorrer. É uma forma de manter a presença na ausência, com possível reinvestimento em novas atividades e relacionamentos. Não se fala mais em esquecimento, e sim em ressignificação da vida.

⁴³ Doka K. The therapeutic bookshelf. *Omega, Journal of Death and Dying*, 1990, 2(4): 321-326.

⁴⁴ Klass D, Silverman P, Steven N. *Continuing bonds. New understandings of grief*. New York, Taylor e Francis, 1996.

ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE COLETIVA: UMA REORIENTAÇÃO DA PRÁTICA PSICOLÓGICA

SILVA, Marísia O. da¹; GOMES, André de L.; PORTO, Suellen da C.² & SILVA, Rafaela F. da³
Universidade Federal da Paraíba

1. INTRODUÇÃO

A Psicologia é uma ciência que abrange uma diversidade de teorias, escolas e diferentes âmbitos de atuação (Clínica, Social, Educacional, Trabalho etc.), contribuindo de modo significativo, através das suas diferentes práticas. Entretanto, evidencia-se que historicamente o referencial clínico ainda tem ocupado um espaço de maior difusão e reconhecimento na nossa sociedade e, que, esta modalidade de atuação encontra-se fundamentada numa perspectiva elitista e comprometida com os ideais e valores de uma classe social específica: a classe mais favorecida de nossa sociedade. Mostra-se, assim, distanciada da realidade concreta da maioria de nossa população e de suas diversas formas de expressão, linguagens, emoções e sofrimentos (CAMPOS⁴ et al, ; AMATUZZI⁵).

Dessa forma observa-se que, ao situar-se numa ótica predominantemente clínica, individualista e de atendimento em consultório, a referida ciência tem demonstrado suas limitações e inadequações no atendimento às populações de baixa renda e ao contexto comunitário, pois não tem conseguido oferecer uma assistência efetiva e condizente com as especificidades e necessidades de atenção à saúde da maior parte de nossa população (CAMPOS⁶ et al, ; CODO⁷; HITOMI⁸, CODO e SAMPAIO).

¹ Professora assistente do Departamento de Psicologia da UFPB Coordenadora do Projeto "Para Além da Psicologia Clínica Clássica: atenção à saúde na comunidade Maria de Nazaré".
dmaris13@hotmail.com

² Psicólogos formados pela UFPB e ex-bolsistas do Projeto. suellencporto@hotmail.com;
andrelimagomes@yahoo.com.br

³ Extensionista do Projeto. rafafs_pe@hotmail.com

⁴ CAMPOS, Regina Helena de Freitas (org.). Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia. Petrópolis: Vozes, 2002.

⁵ AMATUZZI, Mauro Martins. Por uma Psicologia Humana. 1. ed. Campinas SP: Alínea, 2001.

⁶ CAMPOS, op. cit,

Diante do cenário evidenciado, sentiu-se a necessidade de desenvolver um projeto com o propósito de responder a essas lacunas e insuficiências da psicologia e, que, ao mesmo tempo, possibilitasse uma reorientação na formação e na prática profissional do psicólogo. Foi assim que no ano de 2004 surgiu o Projeto de Extensão Universitária intitulado, "Para Além" da Psicologia Clínica Clássica: atenção à saúde na Comunidade Maria de Nazaré.

O presente trabalho refere-se à atuação desenvolvida pelo referido projeto, o qual se encontra vinculado à Universidade Federal da Paraíba (UFPB), através da Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários (PRAC), sendo coordenado pela professora Marísia Oliveira da Silva.

A atuação deste Projeto vem se desenvolvendo desde junho de 2004, com o objetivo de inserir a psicologia "para além" do modelo clínico tradicional (individualizante e privado), e, assim, possibilitar às classes populares uma maior atenção à saúde, o seu empoderamento (*empowerment*) e contribuir para o resgate da sua cidadania e melhoria da qualidade de vida (VASCONCELOS⁹; VASCONCELOS¹⁰). Desafio que nos tem colocado na busca do aprendizado de novas possibilidades de atuação, tendo em vista as limitações do Curso de Psicologia e de seu modelo hegemônico.

A UFPB, através da sua Clínica-Escola de Psicologia, enquanto espaço de aprendizagem e formação dos alunos do curso, tem possibilitado responder ao desafio exposto, desenvolvendo, por meio da extensão universitária, uma atuação inter e transdisciplinar com outros profissionais e alunos da área da saúde. Este propósito origina-se da necessidade de superação dos limites da nossa área de conhecimento (Psicologia) enquanto olhar específico, e, assim, podermos ampliar nossa

⁷ CODO, Wanderley e Lane, Sílvia J. M. (org.). Psicologia Social: o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, 1989.

⁸ HITOMI, Alberto Haruyoshi; CODO, Wanderley; SAMPAIO, José Jackson Coelho. Indivíduo, Trabalho e Sofrimento: uma abordagem interdisciplinar. Petrópolis: Vozes, 1992.

⁹ VASCONCELOS, Eymard. Mourão. Educação Popular e a atenção à saúde da família. Revista de Atenção Primária à Saúde, Juiz de Fora, v. 1, p. 13-18, 1998.

¹⁰ VASCONCELOS, Eduardo Mourão. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

visão acerca do fenômeno humano e das suas condições de funcionamento saudável. Desse modo, entendemos que a interação e comunicação com as diferentes disciplinas ajudam-nos a obter uma maior percepção do fenômeno humano e das condições promotoras de saúde, objeto de nossa compreensão e ação/práxis.

É relevante destacar que a concepção de saúde adotada pelo projeto parte da perspectiva psicossocial proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e veiculada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, as questões de saúde abrangem condições de emprego, moradia, transporte, educação, alimentação e demais direitos de cidadania (BUSS¹¹).

2. ATUANDO “PARA ALÉM” DA PSICOLOGIA CLÍNICA CLÁSSICA

Antes de adentrarmos na descrição da atuação do referido projeto, faz-se necessário revermos brevemente os fundamentos teórico-metodológicos norteadores da prática desenvolvida.

2.1 Fundamentos Teórico-Metodológicos

Visando superar as limitações e inadequações da psicologia clássica e da formação em psicologia, o projeto Para além da Psicologia Clínica tem se norteado pela instrumental metodológica da escuta psicológica fenomenológica-existencial da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), subsidiada pela perspectiva da educação popular e pelos fundamentos da psicologia social-comunitária. Essa proposta orienta-se pela valorização do humano, suas condições de crescimento e de funcionamento saudável, e, mais precisamente, por um profundo respeito à experiência subjetiva e única vivenciada pelos sujeitos, que buscam se comunicar de forma genuína, tanto a nível individual quanto grupal, no sentido de uma

¹¹ BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. Revista Ciência e Saúde Coletiva. Vol.5, Rio de Janeiro, 2000.

interação transformadora favorecendo, assim, a auto-descoberta, o crescimento pessoal e o resgate da saúde, bem-estar e cidadania dos mesmos (ROGERS¹²; BUBER¹³, MORATO¹⁴).

A perspectiva dialógica assim, enfatizada converge com a da educação popular proposta por Freire, encontrando-se comprometida com uma práxis que possibilite aos sujeitos e grupos desenvolverem uma apreensão maior de sua realidade social e das suas possibilidades de transformação. Desse modo, temos procurado desenvolver uma ação-participante, considerando as demandas da comunidade, identificadas através do diálogo e da compreensão de suas necessidades. E, a partir daí, encontrar coletivamente estratégias que possam efetivamente atendê-las (FREIRE¹⁵; GÓIS¹⁶).

2.2. Cenário de Atuação do Projeto

A Comunidade Maria de Nazaré - lócus da atuação do projeto - situada do bairro Funcionários III, na cidade de João Pessoa – PB tem se apresentado como um espaço concreto para a realização de nossa ação e aprendizagem, uma vez que, esta devido a sua organização social, política e comunitária, vem sendo apoiada e acompanhada desde 1997 pelo “Projeto Educação Popular e Atenção à Saúde da Família”(criado pelo Prof^o. Eymard Mourão Vasconcelos), possibilitando a aproximação e o acesso da psicologia, juntamente com outros cursos da universidade, a uma atuação na promoção da saúde, em novos moldes de atendimento, propiciando o aprendizado de formas mais adequadas de intervenção social, no contexto comunitário.

2.3 Objetivos e metas do Projeto

¹² ROGERS, Carl. Tornar-se pessoa. Lisboa: Martins fontes, 1978.

¹³ BUBER, Martin. Eu e Tu. São Paulo: Moraes Editora , 1979.

¹⁴ MORATO, Henriette T (Org.). Aconselhamento Psicológico: Novos Desafios. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

¹⁵ FREIRE, Paulo. Política e Educação. São Paulo: Cortez, 1993 – (Coleção questões da nossa época).

Objetivos gerais:

- ? Acompanhar e assistir, de forma inter e transdisciplinar, as famílias da Comunidade Maria de Nazaré no processo de atenção à saúde;
- ? Proporcionar atendimento psicológico breve e emergencial às pessoas em sofrimento psíquico;
- ? Proporcionar um espaço de encontro coletivo (grupo de encontro comunitário) que possibilite a troca de experiências, o crescimento mútuo, o enfrentamento das questões e demandas existenciais vividas e, o fortalecimento dos vínculos comunitários;
- ? Construir junto com a comunidade e de forma articulada com os movimentos sociais, práticas promotoras de saúde;
- ? Contribuir para a formação dos estudantes do curso de Psicologia da UFPB, proporcionando o aprendizado de novas formas de atuação junto às camadas populares.

Objetivos específicos:

- ? Identificar as demandas relativas ao processo saúde/doença adotando condutas que possam efetivamente responder às demandas individuais e coletivas da comunidade;
- ? Conhecer melhor a comunidade, sua história, sua dinâmica de funcionamento, seus problemas e possibilidades de auto-superação e, suas diversas formas de inserção social;
- ? Aprofundar estudos que subsidiem a atuação do psicólogo no contexto comunitário, na ação inter e transdisciplinar e no atendimento de cunho breve;
- ? Atender, de forma breve, casos que necessitem de uma assistência psicológica mais imediata.

¹⁶ GÓIS, Cezar Wagner Lima. Noções de Psicologia Comunitária. Fortaleza: Edições UFC, 1993.

- ? Atender, sistematicamente, casos que necessitem de um acompanhamento com maior duração.
- ? Analisar conjuntamente os casos das famílias e pessoas assistidas;
- ? Encaminhar para atendimento especializado, possíveis casos que requeiram uma a atenção mais específica no campo da saúde e saúde mental;
- ? Apoiar a comunidade nos movimentos e iniciativas locais no enfrentamento de suas dificuldades;
- ? Avaliar semanalmente o desenvolvimento do projeto identificando possíveis dificuldades, avanços e necessidades de novos direcionamentos;
- ? Elaborar trabalhos relacionados à experiência vivenciada na comunidade com o intuito de sistematizá-la;
- ? Estabelecer uma maior integração com a Estratégia Saúde da Família local e com os diversos centros de referência em saúde do município;

Metas:

- ? Estabelecer parcerias e articulações com outros serviços e profissionais da saúde, tanto da comunidade, quanto de outras localidades e instituições da sociedade;
- ? Inserir a comunidade nas ações desenvolvidas pelo projeto;
- ? Colaborar com as iniciativas dos grupos da comunidade local;
- ? Minimizar, por meio do serviço prestado, o sofrimento psíquico das pessoas atendidas;
- ? Complementar a formação dos alunos do curso de psicologia, sobretudo, em sua dimensão prática;
- ? Desenvolver oficinas entre os extensionistas com o intuito de trabalhar o valor da humanização e da sensibilização nas relações interpessoais;
- ? Produzir trabalhos científicos a respeito da experiência vivenciada pelo projeto com a finalidade de apresentá-los em encontros e

instituições, como forma de incentivo à produção e sistematização do conhecimento construído.

2.4 Ações Desenvolvidas

São realizadas **visitas domiciliares** (em duplas) às famílias da comunidade aos sábados, visando acompanhar de forma inter e transdisciplinar o processo saúde/doença vivenciado por estas famílias. Ao mesmo tempo, os extensionistas realizam na Unidade de Saúde da Família da comunidade o **plantão psicológico**, o qual consiste num atendimento emergencial e breve, visando à minimização do sofrimento psíquico das pessoas atendidas. Este é realizado aos sábados, no horário das 9 às 12 h, nos espaços disponibilizados pela comunidade (PSF), tendo também atendimento domiciliar às pessoas que têm limitações para acesso ao PSF. Nos contatos estabelecidos com seus moradores, os extensionistas puderam detectar as demandas da comunidade, assim desenvolvendo **oficinas e grupos temáticos** com crianças, adolescentes, gestantes, mulheres, homens, idosos, além da elaboração de programas na Rádio Comunitária abordando temas relacionados às questões da comunidade, como alcoolismo, hipertensão, ecologia, saúde coletiva, entre outros.

Nas reuniões semanais de **supervisão** do projeto, discute-se e são analisados os casos das famílias assistidas e das pessoas atendidas no plantão psicológico, e alternadamente a cada quinze dias, realizam-se grupos de **estudos temáticos** envolvendo questões relativas à saúde coletiva, psicologia comunitária, inter e transdisciplinaridade, educação popular, psicologia humanista etc. As reuniões são também espaços importantes para **discussão, avaliação e tomada de decisões** acerca do desenvolvimento do projeto.

Outra atividade que se encontra em fase inicial de desenvolvimento é o **grupo de encontro comunitário**, onde as pessoas se reúnem para compartilhar e expressar os seus sentimentos, sonhos, expectativas,

angústias, sofrimento ou qualquer outro assunto de interesse, a fim de obterem apoio social. Este vem se desenvolvendo na Escola Estadual de Ensino Fundamental Antonio Mariz, aos sábados pela manhã e/ou nas sextas-feiras à tarde na Unidade Saúde da Família (USF).

As ações citadas encontram-se em desenvolvimento até a presente data e têm possibilitado aos extensionistas o aprendizado e amadurecimento de novas formas de atuação da psicologia no âmbito da saúde, no contexto social-comunitário.

3. RESULTADOS

As referências feitas em relação aos resultados obtidos pelo projeto em enfoque, podem ser descritas em termos da formação acadêmica (reorientação da prática psicológica) e das metas alcançadas. Esses resultados partem das informações, depoimentos, situações evidenciadas e avaliações obtidas pelos usuários acompanhados pelo projeto, grupos sociais, lideranças comunitárias, amigos e familiares das pessoas assistidas, equipe do PSF local, outros atores envolvidos na rede de apoio social da comunidade, bem como, pelos integrantes do projeto.

3.1. Relacionados à Formação

Os resultados apresentados no processo de desenvolvimento do Projeto inserem-se na premissa da Educação Popular de que “ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão” (FREIRE¹⁷) e na concepção ampliada do conceito de saúde, onde o foco e as estratégias desenvolvidas centram-se nas condições promotoras de saúde.

Nesse sentido, evidencia-se que a rica experiência do contato entre os saberes popular e acadêmico tem proporcionado aos extensionistas o

aprendizado de novas formas de atuação da Psicologia junto às camadas populares, na medida em que estes vão se aproximando da realidade da comunidade, conhecendo suas demandas e anseios. Conhecimento que, além de propiciar o aprendizado de uma escuta atenciosa, tem valorizado o diálogo e a experiência subjetiva dos sujeitos e grupos sociais envolvidos.

Ao mesmo tempo, observa-se uma maior sensibilização por parte dos extensionistas em relação ao modo de vida da comunidade, contribuindo para o desenvolvimento de uma postura mais crítica e humanizada frente à realidade. Isto tem propiciado a produção e a sistematização de um conhecimento dialógico construído pelo encontro desses dois saberes, permitindo a articulação entre os três pilares da formação acadêmica: ensino, extensão e pesquisa.

Trabalha-se, assim, no intuito de contribuir para a construção de uma nova práxis psicológica, menos elitista e muito mais comprometida com as questões sociais, portanto, mais condizente com as reais demandas por saúde apresentadas pelas populações pobres.

3.2. Relacionados às Metas Alcançadas

Dentre as várias metas alcançadas no processo de atuação do projeto, destaca-se:

- ? Complementação da formação dos alunos do curso de psicologia, possibilitando-lhes o conhecimento de um novo campo de prática e o aprendizado de novas formas de atuação no âmbito da promoção da saúde física e mental das pessoas assistidas pelo projeto;
- ? Inserção da comunidade nas ações desenvolvidas pelo projeto enfatizando a transdisciplinaridade no processo de promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida ;

¹⁷ FREIRE, op. cit.

- ? Desenvolvimento de oficinas entre os extensionistas com o intuito de trabalhar o valor da humanização e da sensibilização nas relações interpessoais;
- ? Elaboração de trabalhos científicos a respeito da experiência vivenciada pelo projeto com a finalidade de apresentá-los em encontros e instituições, como forma de incentivo à produção e sistematização do conhecimento construído;
- ? Minimização dos estereótipos desenvolvidos acerca do papel da psicologia e de seus serviços;
- ? Minimização do sofrimento psíquico das pessoas atendidas pelo serviço;

Como mais um fruto desse processo, observa-se o aumento do poder e da autonomia nas relações estabelecidas entre as pessoas e os diversos grupos sociais que compõem a comunidade, fortalecendo o protagonismo social-comunitário através das suas diferentes representações, movimentos e lideranças.

4. CONCLUSÃO

O desenvolvimento de um projeto como este aqui descrito, tem aproximado o ensino acadêmico da realidade social, propiciando um enriquecimento à formação dos futuros profissionais da psicologia, ao mesmo tempo em que amplia o campo de atuação da referida ciência na atenção à saúde da população de baixa renda.

Baseando-se no princípio de que a construção do conhecimento não se dá de forma isolada, mas de forma dialética e que deve contemplar a relação entre teoria e prática tanto no âmbito inter e transdisciplinar o projeto em questão permite uma reorientação da prática (práxis) psicológica no contexto da promoção da saúde coletiva.

O diálogo entre saber popular e acadêmico tem oferecido a atmosfera ideal para um cuidado em saúde dinâmico e integral. Esta

proposta inovadora tem proporcionado uma maior compreensão do contexto sócio-cultural dos indivíduos e grupos sociais, além de estender o raio de ação da comunidade acadêmica sobre a realidade, tendo em vista que o sofrimento psíquico não se limita aos economicamente privilegiados. Salientamos assim, a importância de ampliar cada vez mais as dimensões de compromisso e responsabilidade frente ao social, considerando sempre a possibilidade de repensar a práxis do profissional da psicologia.

Pelas metas atingidas até o presente momento pelo projeto, observa-se que significativos passos pela caminhada da transformação das nossas práticas psicológicas foram dados, caminho este que encontra-se em movimento permanente de construção, desconstrução e reconstrução.

SÍNDROME DE ALIENAÇÃO PARENTAL

Maria do Céu Lamarão Battaglia¹

A Síndrome de Alienação Parental (SAP) consiste em programar uma criança para que ela odeie um de seus genitores sem justificativa real e concreta, utilizando como recurso a implantação de falsas memórias. Trata-se de uma forma de dano ou abuso psicológico emocional e tem sua base no desequilíbrio social e emocional, na insegurança pessoal, no egoísmo e na carência afetiva. Foi descrita pela primeira vez em 1985, por Richard A. Gardner, professor de Clínica Psiquiátrica Infantil da Universidade de Columbia (EUA). Gardner insistia em utilizar a denominação de Síndrome para diferenciá-la de outras formas de alienação parental que poderiam se confundir com a especificidade da situação descrita por ele considerando, portanto, Alienação Parental (AP) um termo mais abrangente.

“A Síndrome de Alienação Parental (SAP) é um distúrbio da infância que aparece quase exclusivamente no contexto de disputas de custódia de crianças. Sua manifestação preliminar é a campanha denegatória contra um dos genitores, uma campanha feita pela própria criança e que não tenha nenhuma justificção. Resulta da combinação das instruções de um genitor (o que faz a “lavagem cerebral, programação, doutrinação”) e contribuições da própria criança para caluniar o genitor-alvo. Quando o abuso e/ou a negligência parentais verdadeiros estão presentes, a animosidade da criança pode ser justificada, e assim

¹ Psicóloga graduada na USU. Mestre em Terapia de Família pela UFRJ. Pós graduada em: Terapia de Família Sistêmica Construtivista pelo ITF, Facilitação de Grupos e Psicoterapia pelo CPP, Mediação pelo MEDIARE. Psicoterapeuta, Professora. Supervisora. Orientadora Vocacional. Perita Judicial. mclb@pobox.com

a explicação de Síndrome de Alienação Parental para a hostilidade da criança não é aplicável." (GARDNER, 2002)²

Importante ressaltar que a doutrinação de uma criança através da SAP é uma forma de abuso emocional que poderá levar ao enfraquecimento progressivo da ligação psicológica entre a criança e um genitor amoroso. Em muitos casos, conduz à destruição total dessa ligação, com alienação por toda a vida.

A criança nesta situação encontra-se totalmente indefesa para ajudar a si mesma cabendo, unicamente, ao genitor afastado lançar mão de recursos efetivos que resolvam o problema para libertá-la do pesadelo. Caso a intervenção não aconteça, a criança ficará abandonada, incapaz de recursos próprios e crescerá com poucas chances de estabelecer uma relação positiva com o genitor afastado.

O tempo trabalha em favor do alienador. Quanto maior for a demora na identificação do que realmente ocorreu, menor a chance da falsidade das denúncias serem detectadas.

Um genitor que atue desta maneira denota uma disfuncionalidade parental séria, embora alegue ser um genitor exemplar. Em sua fixação no intuito de destruir o vínculo entre a criança e o genitor alienado, torna-se cego às graves conseqüências psicológicas provocadas na criança decorrentes de suas instruções de SAP, não apenas no momento presente, em que está operando a doutrinação, mas também no futuro.

Os profissionais de saúde mental, advogados e juizes de maneira geral concordam que nos últimos anos temos, freqüentemente, nos deparado com casos em que um genitor aliena a criança contra o outro genitor. Esse problema é especialmente comum no contexto de disputas de custódia de crianças, onde tal

² GARDNER, R. A. (2002). *O DSM-IV tem equivalente para o diagnóstico de Síndrome de Alienação Parental (SAP)?*, Manuscrito não-publicado. <http://www.alienacaoparental.com.br/textos-sobre-sap-1/o-dsm-iv-tem-equivalente>

programação auxilia o genitor alienante a ganhar força no tribunal para alcançar seus objetivos.

Os casos mais graves estão relacionados à sensação de posse exclusiva, ao desejo irracional de ter os filhos somente para si, sem correr o risco de ter que dividir seu amor com o pai (ou mãe) ou com a nova família que ele (ou ela) possa formar.

Em casos mais graves, o detentor da guarda chega a levantar acusações falsas como agressão física e abuso sexual com o intuito de separar o outro genitor do filho, desqualificá-lo e reforçar a imagem ruim que tenta criar sobre ele. Esmera-se em convencer a todos que apenas ele sabe como cuidar do filho.

A primeira sensação dos pais que sofrem com a SAP é de desespero e total impotência. Isso acontece, em primeiro lugar, por desconhecimento da síndrome.

O que o alienador não realiza é que os danos produzidos na saúde mental de seus filhos pelo sentimento incontrolável de propriedade podem ser irreversíveis. Muitas crianças, com a personalidade em formação, se vêem no meio de um campo de batalha. Pivô da briga entre duas pessoas que, a princípio, ama de forma igual, a criança se desestrutura, se confunde, entra em profundo conflito por se sentir na obrigação de ficar do lado de um ou de outro. Tomar partido da mãe ou do pai tem um preço muito alto: o de se sentir traindo um ou outro e achar que deixará de ser amado por algum deles. O conflito interno se consolida e entra em campo, então, o sentimento de culpa, uma verdadeira tortura. Por uma questão de sobrevivência, ela opta pelo genitor que tem a guarda e faz uma clivagem abrindo mão do outro. Também, por perceber quem é emocionalmente mais fraco na relação, assume o papel de protetora para preservá-lo.

O modelo de família atual, onde se busca uma divisão mais igualitária entre o homem e a mulher tanto fora quanto dentro de casa, implica não só numa ampliação da atuação feminina no campo do trabalho como numa maior participação e envolvimento dos pais

nos cuidados e na convivência com os filhos. No momento da separação, esta reformulação dos papéis vai implicar numa demanda masculina muito além da antiga obrigação de apenas pagar a pensão em dia. A verdade é que muitas mães não querem dividir a educação e o controle dos filhos e querem dominar a situação completamente, sem ceder em nada, mesmo que não tenham tempo para ser mães em tempo integral, como acontecia no padrão antigo.

Neste momento, a guarda compartilhada chega trazendo a esperança de um reconhecimento legal de que tanto a mãe quanto o pai têm a mesma responsabilidade e capacidade de atender as necessidades dos filhos de educação, afeto, proteção e cuidados não sendo necessário, nem mesmo positivo, tirar o poder de algum dos genitores, salvo nos casos em que um risco real e comprovado à integridade física ou emocional da criança seja observado. Mais que isso, a guarda compartilhada reforça o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no sentido de que a convivência com o pai e a mãe é um direito da criança que deve ser preservado a todo custo.

A não ocorrência de um diagnóstico preciso dificulta a rápida identificação dos casos para que a rede legal possa vir a atuar mais proativamente estabelecendo critérios definidos para tratar as famílias de maneira mais eficiente e célere. Não usar o termo SAP diminui a probabilidade que alguma edição futura do DSM reconheça o subtipo da AP que chamamos de SAP. Isto, além das implicações diagnósticas, tem implicações terapêuticas, pois os diagnósticos incluídos no DSM servem como fundamentação para tratamento e diretriz para intervenções e objetivos terapêuticos específicos permitindo que uma rede maior de profissionais possa identificar e dar o devido encaminhamento aos casos.

A urgência em se detectar a SAP e agir imediatamente é crucial. À medida que o tempo passa, torna-se cada vez mais difícil identificar a inverdade das narrativas. As histórias vão se perdendo no tempo, ganhando veracidade, e perdendo possibilidade de se

checarem os detalhes e os ocorridos. Sem contar com os estragos que o passar do tempo vai produzindo na esfera emocional da criança e do alienado, cronificando e dificultando mais e mais qualquer possibilidade de recuperação.

Como identificar a síndrome na criança

Gardner (2002)³ descreve a existência de três tipos de SAP, variando em intensidade e gravidade como fraca, moderada e severa. Cada uma delas vai requerer uma abordagem especial pelos profissionais legais e de saúde mental.

Para distingui-las, ele aponta sintomas que são encontrados com alta frequência na maioria dos casos, nos ajudando a identificá-los e a propor estratégias diferenciadas em abordar cada caso. São eles:

1. Uma campanha denegritória contra o genitor alienado (agressividade verbal ou física)
2. Racionalizações fracas, absurdas ou frívolas para a depreciação
3. Falta de ambivalência (comum nas relações afetivas)
4. O fenômeno do "pensador independente". (O filho afirma que chegou sozinho às suas conclusões, conta casos que não viveu e guarda na memória fatos considerados "negativos" sobre o genitor alienado, que ele não se lembraria sem a ajuda de outra pessoa)
5. Apoio automático ao genitor alienador no conflito parental
6. Ausência de culpa em relação ao genitor alienado
7. Presença de encenações 'encomendadas'
8. Propagação da animosidade aos amigos e à família extensa do genitor alienado

³ GARDNER, R. A. (2002). *Op. Cit.*

Tipicamente, as crianças que sofrem com SAP exibirão a maioria desses sintomas. Nos casos leves, os oito sintomas podem não estar todos presentes mas, quando progredirem para moderado ou severo, é altamente provável que a maioria ou todos estejam presentes.

Importante ressaltar que as crianças submetidas à AP não se prestam a esta classificação por causa da grande variedade de distúrbios que podem estar vinculados como abusos físicos, abusos sexuais, negligência e parentalidade disfuncional. Portanto, há na SAP uma causa subjacente específica que é a programação por um genitor alienante, conjuntamente com contribuições adicionais da criança programada. Segundo Gardner, é por essa razão que a SAP é uma síndrome na melhor definição médica do termo.

Como agir

Alguns tribunais ao redor do mundo realizam um trabalho que tem apresentado resultados eficientes. Um deles é o Tribunal de Cochem (Alemanha), cujo juiz Jürgen Rudolph e seus colaboradores, há aproximadamente 20 anos, desenvolveu um método de atuação pré-determinado para resolver os casos de separações e divórcios litigiosos onde há crianças presentes e um dos genitores recusa todas as propostas oferecidas.

Através de uma cooperação entre os profissionais "ordenada" pelo juiz e após várias reuniões, sua equipe composta de advogados, mediadores, psicólogos, assistentes sociais, peritos e conselheiros construiu uma maneira rápida e eficiente de levar os pais a encontrar um meio de manter a convivência de ambos com a criança, não a privando do afeto de nenhum dos dois.

"Isso se realizou, encontrando o outro, para finalmente desenvolver uma compreensão mútua, aceitação, estima, busca

de objetivos comuns e uma aliança de trabalho comum. Na prática, essa cooperação "ordenada" chegou tão longe com os profissionais que, por exemplo, advogados que tinham adotado uma desconfiança em relação a esta aliança e que ainda estavam apresentando os dossiês sempre formulados de maneira litigiosa nos debates judiciais, foram chamados diretamente pelo juiz de família e energicamente lembrados dos objetivos do trabalho." (Fuechsle-Voigt, 2004)⁴

Toda equipe trabalha com o objetivo claro de restabelecer a convivência equilibrada das crianças com os dois genitores. O cuidado com uma linguagem conciliadora é privilegiado. É um método que reconhece a importância fundamental de um trabalho interdisciplinar, de maneira equilibrada. Reconhece, sobretudo, que nenhum dos profissionais poderia resolver qualquer coisa sozinho. Reconhece, ainda, que esta é uma tarefa dos pais onde a equipe funciona apenas como facilitadora do processo e reforça a retomada de responsabilidade dos genitores em relação a sua prole. Apenas caso a equipe realize todos os esforços em direção a auxiliar os pais a encontrarem alternativas viáveis e algum dos genitores se recuse continuamente, este é então obrigado a cumprir um acordo determinado pelo juiz.

Segundo o juiz Jürgen Rudolph (2002)⁵, o índice de sucesso desta maneira de proceder é extraordinariamente elevado e, até esse momento, não apareceu um só caso que não tivesse sido resolvido com um acordo aceito pelos dois pais. Para alguns é o resultado do impacto do grupo de trabalho que induz os advogados a moderarem as partes e faz com que os mesmos participem ativamente do processo. Os resultados, após todos esses anos, é que este Tribunal

⁴ FUECHSLE-VOIGT, T. (2004). *Cooperação ordenada no conflito familiar como processo de ajuste: Reflexões teóricas e transposição prática*, Coblença, http://www.sos-papai.org/br_cochem.html

⁵ RUDOLPH, J. (2002). *O papel dos juizes*, original http://www.ak-cochem.de/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=26, tradução http://www.sos-papai.org/br_juizes.html

resolve, em média, qualquer separação em apenas 6 meses e em todos estes anos há relato de apenas um caso que demorou 18 meses.

Philippe Maillard (2007)⁶, do grupo SOS-Papai, comenta sobre outro trabalho semelhante, que acontece no sul da França, desenvolvido pelo juiz Marc Juston, presidente do Tribunal de 1ª Instância de Tarascon, e que tem obtido resultados bastante semelhantes aos de Cochem. Relata que, mais recentemente, este juiz, também por iniciativa própria e sem o conhecimento do trabalho de Cochem, construiu um modelo semelhante que tem dado resultado, levando o Tribunal de Toulon, no fim de 2008, a reconhecer a SAP e, pelos resultados alcançados em seu tribunal, seguir este método.

Diversas outras experiências em todo o mundo têm ocorrido com sucesso. O que todas estas experiências bem sucedidas têm em comum, é a comprovação da necessidade de medidas emergenciais no sentido de estancar os sintomas da SAP de imediato. São ações que devem ser tomadas como em uma catástrofe, onde o mais importante é estancar o acontecimento para que posteriormente medidas mais acuradas e adequadas a cada caso possam ser consideradas.

Existe extensa literatura a respeito da definição e das providências sugeridas pelos profissionais e estudiosos para as diferentes intensidades de SAP. Todo este material, assim como o conhecimento dos trabalhos que já são realizados pelos Tribunais em todo mundo, já é suficiente para que a SAP, suas conseqüências e as alternativas de atuação sejam consideradas. Apenas como ponto de partida, sugerimos alguns endereços para uma busca inicial de mais informação sobre o assunto.

⁶ MAILLARD, F. (2007). *Síndrome de alienação parental*, palestra proferida no VI Congresso brasileiro de Direito de família, Belo Horizonte

Onde buscar informações

BÉNÉDICTE, G. (2008). *A síndrome de alienação parental*, Monografia de Doutorado em medicina, Universidade Claude Bernard-Lyon1, faculdade de Medicina Lyon-Nord, França

CORREIO BRASILIENSE (2003). *Em família - Amor que exclui. Mães e pais atingidos pela Síndrome da Alienação Parental fazem de tudo para afastar os filhos dos ex-companheiros*, 28 de setembro, Brasília, DF

GARDNER, R. A. (1998). *Recommendations for dealing with parents who induce a parental alienation syndrome in their children*, Journal of Divorce & Remarriage.

Participais - www.participais.com.br

Apase - www.apase.org.br

Pailegal - <http://www.pailegal.net>

SOS Papai - <http://www.sos-papai.org>

Pais para sempre Brasil - www.paisparasemprebrasil.org

R. Gardner - www.rgardner.com

Links de entrevistas e reportagens sobre SAP:

Em português:

<http://www.youtube.com/watch?v=mAxtKMFfHRs&NR=1>

<http://www.youtube.com/watch?v=lj43Pr2rFGE>

http://www.youtube.com/watch?v=lv2pf2V5_k4

<http://www.youtube.com/watch?v=2MJ0I9qEIAE&feature=related>

<http://www.youtube.com/watch?v=g8xXxzGmg2o&NR=1>

Em espanhol:

<http://www.youtube.com/watch?v=obGepfxwWOA&mode=related&search>

<http://www.youtube.com/watch?v=oYVrzhO8-s0>

<http://www.youtube.com/watch?v=86JsMkHunWI>

<http://www.youtube.com/watch?v=dYcAOHnPDk0>

A força da união dos pais

Com o não reconhecimento mundial da SAP, muitos pais encontram enorme dificuldade e passam por grande sofrimento durante anos, sendo que alguns, não suportando tudo a que são expostos tanto socialmente quanto juridicamente, acabam desistindo e abrindo mão de seus filhos.

Como, tradicionalmente, nos casos de separação a guarda tem sido indiscutivelmente dada à mãe, a maioria dos casos de SAP tem como alienador a figura materna. Somente muito recentemente, os pais têm reivindicado a guarda e hoje, após o estabelecimento da lei da guarda compartilhada, esperamos que esta situação futuramente seja minimizada.

Hoje, talvez, o mito do amor materno seja o principal vilão da cegueira social em relação às situações de SAP. E a redefinição dos papéis materno e paterno, o principal fator que tem levado os pais a lutarem arduamente pelo direito de conviver e estreitar os vínculos afetivos com seus filhos.

Os movimentos sociais possuem uma enorme força e em relação à SAP não tem sido diferente. Vários pais têm se empenhado em estudar o assunto e se envolver na defesa do reconhecimento e do estabelecimento de medidas efetivas e preventivas da síndrome.

Cada um traz idéias, sugestões experiências de sucesso e sugestões através de sites, palestras, eventos, entrevistas na mídia,

filmes etc. Com isso, eles têm contribuído para conscientizar e despertar o interesse da sociedade, dos profissionais de saúde e da justiça que passam a reconhecer e considerar a existência do quadro.

Segundo Philippe Maillard (2007)⁷, presidente do SOS-Papai e Mamãe,

“o drama das situações litigiosas é que elas são, muitas vezes, por definição e pela lógica dos tribunais, guiadas, em parte, pelos comportamentos dos advogados, que na defesa e a serviço dos seus clientes, atuam contra o outro progenitor, desacreditando-o e desqualificando-o”.

Reforça que dessa forma, o advogado torna-se, muitas vezes, cúmplice da alienação parental, assim como o próprio sistema judiciário, ainda que inconsciente, seja pela cultura, seja por desinformação, seja por condutas arraigadas no exercício profissional.

Portanto, é sempre bom ter em mente o Código de Ética e Disciplina da OAB, que nos diz:

*“O advogado, indispensável à administração da Justiça, é defensor do estado democrático de direito, da cidadania, da moralidade pública, da Justiça e **da paz social**, subordinando a atividade do seu Ministério Privado à elevada função pública que exerce.” (Art. 2º)⁸*

Isto posto, Philippe é árduo defensor do modelo alemão de Cochem, que não propõe colocar o advogado de lado, mas propõe a ele outro papel, outra função, assim como aos demais colaboradores de seu Tribunal. Nele o advogado participa dos debates frente ao juiz, preservando suas prerrogativas profissionais, porém, redirecionando sua atuação para uma postura terapêutica. E mais, a originalidade dos juízes alemães está em propor aos advogados o papel de "atores"

⁷ MAILLARD, F. (2007). *Op. cit.*

⁸ www.oabrp.org.br/pdfs/codigo_de_etica.pdf

de um novo diálogo entre os pais, para, então, sair do papel acusador do "adversário" passando a atuar como mediadores e facilitadores de diálogo ao lado do juiz. O interesse da criança volta a ser considerado em primeiro lugar, a deontologia do advogado é restaurada, e a função social de sua atuação profissional é privilegiada e restabelecida em grau máximo.

Uma luz no fim do túnel

Enquanto nossos tribunais não se reestruturam e se reorganizam criando metodologias apropriadas e possíveis para atender estes casos particulares na urgência que eles demandam, algumas alternativas interessantes são propostas.

Como um exemplo de proatividade, gostaríamos de citar, em particular, aspectos destacados por Major⁹ (s/d) que identifica e lista algumas características do perfil dos pais que tiveram sucesso em conseguir a guarda de seus filhos numa situação de SAP:

- "1- Concluíram cursos de pais e tiveram excelentes notas em conhecimento, técnicas e métodos ensinados. Suas habilidades como pais aprimoraram-se.
- 2- Mantiveram postura sensata, lógica, e emoções sob controle. Nunca retaliavam já que uma pessoa que reage violentamente estaria comprovando a argumentação do pai/mãe alienador de que o outro é emocionalmente instável.
- 3- Até pensaram em desistir, mas nunca desistiram. Não importa o quão difícil a luta tenha se tornado eles sempre se preocuparam em não deixar seus filhos neste tipo de situação. Eles persistiram em tentar convencer a corte a entender a gravidade da questão e até mudar a guarda a seu favor.
- 4- Estavam dispostos e aptos a arcar com os custos financeiros para levar o processo até o final.

⁹ MAJOR, J. (s/d) *Perfil dos pais bem-sucedidos contra a SAP*, Breakthrough Parenting <http://www.breakthroughparenting.com/PAS.htm>

- 5- Procuraram o apoio de advogados habilitados com experiência em casos de SAP.
- 6- Se tornaram grandes conhecedores de como as cortes funcionam e como as leis se aplicavam a casos como os deles. Por causa das despesas excessivas, os pais muitas vezes terminavam o processo representando a si próprios perante a corte, sem a presença de um advogado.
- 7- Obtiveram parecer de um especialista argumentando fortemente contra a alienação sofrida e recomendando que a guarda fosse transferida para o pai alienado.
- 8- Perseveraram em demonstrar o quanto eram racionais, tinham bom senso e tinham o interesse no bem estar da criança em primeiro lugar em seus corações.
- 9- Levaram à corte um plano de cuidados com os filhos por escrito que demonstrava o quão bem a criança seria tratada sob sua guarda.
- 10- Entenderam a natureza do problema e focalizaram no que fazer a respeito do mesmo. Ainda que eles e seus filhos fossem as vítimas, não agiram como vítimas.
- 11- Não levaram vidas de vítimas.
- 12- Foram pró-ativos em buscar ações construtivas.
- 13- Evitaram ser mais um problema evitando todo tipo de ação que piorasse a situação assumindo e mantendo o papel de pacificador.
- 14- Mantiveram um caderno de anotações de eventos importantes descrevendo o que aconteceu e quando.
- 15- Documentaram a alienação com provas aceitáveis perante a corte.
- 16- Sempre ligavam e apareciam para buscar seus filhos mesmo quando sabiam que eles não estariam lá. Isso era sempre muito doloroso, mas pelo menos eles puderam documentar que tentaram quando o pai alienador alegava que o pai alienado não tinha interesse pelo filho.
- 17- Focalizaram em se divertir com seus filhos e nunca falavam com eles a respeito do caso. Eles sempre mantiveram o alto nível, nunca falando mal do outro pai para seus filhos. Nunca mostraram absolutamente nenhuma ordem judicial ou qualquer

outro documento relativo a seu litígio. Eles não deixaram seus filhos escutar qualquer conversa imprópria ao telefone.

18- Não violaram ordens judiciais. Pagaram pensões pontualmente e provaram que poderiam viver totalmente de acordo com a lei.

19- Eram pessoas verdadeiramente decentes, de princípios morais sólidos. Era óbvio que amavam os filhos.”

Conclusão

As controvérsias são comuns sempre que um novo transtorno é descrito pela primeira vez. Isso também seria esperado em relação à SAP. Entretanto, o que, provavelmente, gerou mais controvérsia do que a maioria das contribuições diagnósticas novas foi o fato de que a SAP termina sendo, também, um produto do sistema legal adversarial, que alimenta disputas de custódia de crianças. Sendo assim, torna-se conveniente aos advogados adversários desacreditar a SAP e buscar argumentos possíveis para obstruir sua admissão nos tribunais de justiça.

Infelizmente, não podemos afirmar, hoje, que a Justiça no Brasil está preparada para lidar com esses casos. Precisamos todos conhecer melhor esses fenômenos e suas conseqüências sobre a criança e os pais.

Conforme cita com propriedade a advogada Sandra Regina Vilela, em anteprojeto de convivência familiar e exercício da parentalidade¹⁰,

“as relações entre pais e filhos são um direito dos segundos e um dever dos primeiros. Com isto não parece apropriado dar a este instituto o nome de autoridade parental, pois os pais não têm autoridade nenhuma em relação aos filhos, muito menos poder. Os pais têm responsabilidade.”

¹⁰ www.paillegal.net/forum/viewforum.php?f=28

Entendendo que a criança, e não o problema de cada um de seus pais, deva ser o foco e a prioridade da questão, torna-se urgente o esforço coletivo em direção à construção de recursos eficientes para lidar com a SAP.

Cabe à Justiça encontrar maneiras substanciais de dar um basta imediato a qualquer suspeita de SAP, evitando que os casos se agravem e as perdas se tornem irremediáveis.

Como vimos acima, não nos faltam exemplos de experiências bem sucedidas, bastando às equipes das Varas de Família uma atenção e um esforço redobrado num agir com maior efetividade e celeridade.

Não será de maneira nenhuma uma tarefa fácil e certamente demandará habilidade e diligência do Juiz em coordenar uma equipe interdisciplinar coesa, dedicada e empenhada em um objetivo único, onde todos os profissionais esforcem-se em uma única direção: restaurar a responsabilidade parental de ambos os genitores através do apoio de *experts* e do incentivo dos próprios advogados aos seus clientes em cooperarem com a outra parte respeitando o melhor interesse da criança.

Cabe não só à justiça, mas também a qualquer profissional da área da saúde a identificação e o devido esclarecimento e encaminhamento dos casos.

Enfim, cabe a todos nós estarmos atentos ao que passa a nosso redor, denunciando qualquer caso de abuso infantil, seja ele físico ou psicológico.

Art. 18. É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.
(ECA)¹¹

¹¹ Lei 8069 de 13 de julho de 1990 que institui o **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**. www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm

FAMÍLIA E TRANSTORNOS EMOCIONAIS: ATENDIMENTO CENTRADO NA PESSOA

Profa. Dra. Vera Lucia Pereira Alves¹

Professora Convidada do curso de especialização da UNIOESTE.

Membro da diretoria da APACP.

O atendimento ao grupo familiar realizado por profissionais identificados com os princípios da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) tem sido efetivado, pesquisado e desenvolvido pelos seguidores e estudiosos da teoria de Rogers e tem se configurado de formas bem diversas.

Neste texto pretendo, num primeiro momento apresentar, de forma resumida, como compreendo a diversidade e o significado de práticas de psicoterapia familiar referidas à ACP e, num segundo momento, oferecer um relato de minha experiência de trabalho com uma específica apresentação do grupo familiar, que espero possa contribuir para a roda de conversa sobre transtornos emocionais na família neste evento.

Em artigo anterior (Alves, 2002)² detalhei um panorama da psicoterapia do grupo familiar na ACP e é nele que me baseio no decorrer do presente texto, mesmo quando não em referência direta ao mesmo. Portanto, o leitor pode se remeter a este artigo para as referências citadas no primeiro momento do texto em questão.

Carl Rogers, o criador da Abordagem Centrada na Pessoa praticou, estudou, pesquisou e desenvolveu a psicoterapia individual e grupal, além de ter desenvolvido igualmente o trabalho com pequenos e grandes grupos de encontro. Contudo, ele não atendeu famílias e/ou casais. Embora tenha escrito uma obra sobre o casamento³, este não é um livro sobre psicoterapia

¹ vera@alves.com.br

² ALVES, V. L. P. Psicoterapia Conjugal na Abordagem Centrada na Pessoa: Panorama e Reflexões. **A Pessoa como Centro. Revista de Estudos Rogerianos**. Lisboa. Portugal, 9/10, 33-43, maio-novembro 2002.

³ ROGERS, Carl. Novas formas do Amor. O casamento e suas alternativas. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1972.

conjugal e familiar uma vez que ele não a exerceu, nem tampouco um livro de conselhos, o que, para ele, seria algo estúpido. Trata-se de uma obra em que ele apresenta as configurações de conjugalidade encontrada entre os jovens de sua época, os modelos “modernos” de vida conjugal e da qual considero ser possível obter indicações do que, acredito, seria sua forma de atender casais, em acordo aos princípios da teoria que criou e que eram seus parâmetros de atuação.

Penso que a entrevista de Dick e Gail, transcrita nesta obra, exemplificará minhas considerações acima. Há alguns trechos de diálogo entre Rogers e este casal que apresentava alguns conflitos e após cada trecho de conversa estão anotados comentários de Rogers acerca de sua postura com o casal. Ele enfatiza quanto e como desejou realmente compreender o que estava acontecendo na interação entre eles. A resposta que lhes dá é empática como ele mesmo refere: “minha declaração é empática, não é uma acusação; tentativa e não judicante, e expressa um genuíno desejo de compreensão” (Rogers, 1972, p.53), e lhes possibilita, em consequência, alterar o tom do diálogo por terem percebido que alguém os compreendia. Esta compreensão gerou, segundo Rogers, um aumento na capacidade em pesquisar com “maior profundidade e coerência a natureza das suas divergências” (p. 53).

Numa segunda conversa, Rogers relata ter percebido a mudança que houve nos dois: não mais se julgam um ao outro e assumem a responsabilidade por seus sentimentos. Ele considera promissor aos dois os indícios de compreensão e ternuras mútuas, bem como a expressão dos sentimentos no momento em que estes ocorrem. Rogers toma conhecimento, depois da entrevista, de que o casal sentiu-se compreendido e ajudado por ele.

Acredito ser possível captar, dos trechos de entrevista transcritos na obra, que Rogers propõe para o atendimento de casal as mesmas atitudes mantidas no atendimento individual. As *condições necessárias e suficientes*

parecem ser apontadas por ele como de importância e consistência para a ajuda ao casal na resolução de seus conflitos. A compreensão e o não julgamento provocaram em Dick e Gail, nas palavras de Rogers, a expressão mais livre de seus sentimentos, a responsabilização pessoal e a compreensão mútua. Algo que, a meu ver, aponta para os meandros e resultados que podemos esperar para o processo de psicoterapia conjugal ou familiar. Nos meandros do processo: a expressão pessoal, individual; a responsabilização também individual e, como resultados: uma relação mais compreensiva e terna. Creio que Rogers aponta assim não para o atendimento do "sistema" familiar, mas também para ele, atendendo aos seus participantes, facilitando que cada cônjuge possa expressar-se, compreender a si e ao outro e assim aprimorar a relação entre ambos.

Ao final da transcrição, Rogers reflete sobre o quanto o casal se beneficiaria de uma terapia em que o conselheiro matrimonial fosse receptivo e compreensivo: "Receio que a nossa cultura não ofereça este tipo de serviço e que apenas uma minoria de conselheiros teria as atitudes que poderiam aproveitar a Dick e a Gail". (Rogers, 1972, p. 57)

Ele estava parcialmente enganado e parcialmente correto. Nossa cultura oferece sim este tipo de atendimento e a encontramos no meio profissional da ACP. Todavia, neste mesmo meio encontramos posturas bem diferenciadas do que, acredito, Rogers tenha vislumbrado para o atendimento do grupo familiar.

1) A diversidade da prática de psicoterapia familiar na ACP

1.1) Psicoterapia familiar em acordo aos princípios da ACP

São poucos os profissionais, a minoria apontada por Rogers, que atende o grupo familiar de forma a desenvolver o que nomeei como *tradução dos princípios da psicoterapia individual da ACP para o atendimento familiar*

(Alves, 2002). No entanto, são eles que nos ajudam a entender e desenvolver o atendimento ao grupo familiar. Gaylin (2008, pg.240)⁴, um dos profissionais que considero “representante” do grupo que trabalha em acordo aos postulados psicoterápicos de Rogers, refere que:

“mais do que inventar um elaborado conceito de sistema familiar para o processo de terapia familiar o que o terapeuta da ACP faz é virtualmente o mesmo que o faz o terapeuta individual – não julgar e atender cada membro da família empaticamente refletindo seus sentimentos”

Gaylin entende que as atitudes de empatia, congruência e aceitação positiva incondicional, quando do atendimento ao grupo familiar, são mantidas, simultaneamente, para um maior número de pessoas. Isto torna a vida do psicoterapeuta mais complexa, sendo-lhe mais difícil, porém não impossível, atingi-las e mantê-las para com todos os membros da família.

O contato psicológico entre psicoterapeuta e clientes também é dificultado pelo maior número simultâneo de pessoas. A postura do psicoterapeuta precisa ser percebida na psicoterapia familiar, segundo ele, ao menos por um dos membros da família como uma atitude cuidadosa e compreensiva. Mas frisa a importância de que mais atitudes sejam percebidas por todos os membros da família, para que o psicoterapeuta tenha mais possibilidade de facilitar o processo.

Quanto à resposta psicoterápica, Gaylin (2001) diz ainda que, na psicoterapia familiar, não a utiliza somente para cada um dos membros presentes, mas também a emprega para trabalhar a interação entre estas pessoas. Essa resposta, ele a nomeia de “*reflexo do interespaço*”: “Embora, certamente, o reflexo do interespaço seja feito para compartilharem sentidos

⁴ GAYLIN, Ned. Person-Centered Family Therapy: Old wine in new bottles. Person-Centered and Experiential Psychotherapies. Special Issue, 7(4), 235-244, 2008.

ou argumentos interpessoais entre os membros da família, ele também é utilizado quando existe uma incongruência interpessoal” (pg. 118)⁵.

Em um artigo de 1990, este mesmo autor⁶ aponta para um possível “resultado” promovido por estas atitudes na interação familiar. Os membros da família, ao perceberem o terapeuta demonstrar empatia e aceitação por todos eles com suas diferenças específicas e até contraditórias, sem apontar julgamento de valor, passam a desenvolver também, entre eles, estas mesmas atitudes, assimilando que suas relações são muito mais permeadas por diferenças de percepção do que pela existência de certo e errado. Ao perceberem a autenticidade do terapeuta para com eles, passam a experimentá-la também entre si, como se a postura do terapeuta fosse usada de ‘modelo’ para suas novas relações, mesmo que ele assim não se coloque, pois não se trata de uma atuação pedagógica como mantêm outros profissionais da ACP.

1.2) Psicoterapia familiar na ACP numa ação pedagógica

Utilizando-se dos pressupostos desenvolvidos por Rogers, contudo não em acordo a eles, há um grupo de seguidores que operam, a meu ver, de forma técnica, orientando-se mais numa linha que denominei pedagógica, no atendimento familiar (Alves, 2002). São práticas que têm por método a observância e utilização das atitudes de empatia, congruência e aceitação positiva incondicional tanto como técnica quanto conteúdo do que é ensinado. Estes profissionais têm por objetivo ensinar os membros da família a lidar com suas dificuldades e aprimorar suas relações interpessoais. Gordon

⁵ GAYLIN, Ned. **Family, Self and Psychotherapy: a Person-Centered Perspective**. Ross-on-Wye: PCCS Books, 2001.

⁶ GAYLIN, Ned. Princípios e Métodos da Terapia Familiar Centrada no Cliente. **A Pessoa Como Centro – Revista de Estudos Rogerianos**, 3, 25-32, 1999.

(1970)⁷, os Guerneys (1989)⁸, Snyder (1989)⁹ e os Karlsberg (1994)¹⁰ ao ensinar aos membros da família, as atitudes propostas por Rogers, justificam-se pela colocação de Rogers de que a empatia, por exemplo, não é uma habilidade com que se nasce, mas sim uma habilidade que pode ser aprendida.

Eles estabelecem, na verdade, programas de treinamento para relacionamentos interpessoais em que as condições facilitadoras passam a ser reconhecidas como habilidades e não mais como atitudes, embora, treinamento e psicoterapia sejam termos utilizados por eles de forma indiscriminada. O papel de educador é assumido pelo psicoterapeuta ou pelo facilitador no caso dos programas de treinamento e aos clientes se ensina transformarem-se em seus próprios “psicoterapeutas”.

Levant (1983)¹¹ explica este fenômeno como decorrente do “sucesso” que as condições facilitadoras da ACP foram obtendo na psicoterapia. Creio que ele está correto ao afirmar o quanto as atitudes facilitadoras se mostraram sedutoras por sua efetividade. Elas provocam “resultados”, mudanças construtivas de personalidade e parecem teoricamente “bem simples”; “fáceis de ensinar e de se colocar em ação”. Esta “facilidade” é uma grande incompreensão visto encontrar-se na obra de Rogers toda uma enorme importância dada ao que se experiencia, ao que é vivenciado. Deste modo, o ser empático, que pode parecer “um simples” colocar-se no lugar do outro, envolve toda uma sensibilidade a ser adquirida, segundo entendo, não por meio de uma aprendizagem puramente da ordem do racional, como

⁷ GORDON, Thomas. A Theory of Healthy Relationships and a Program of Parent Effectiveness Training. In HART & TOULINSON. **New Directions on Client-Centered Therapy**. Boston, Houghton Mifflin-Company, 1970. Cap 21, 407-425.

⁸ GUERNEY, Louise & GUERNEY, Bernard, Jr. Child Relationship - Enhancement: Family Therapy and Parent Education. **Person-Centered Review**, 4(3), 344-357, 1989.

⁹ SNYDER, Marihelen. The Relationship Enhancement Model of Couple - Therapy: An Integration of Couple-Therapy: An Integration of Rogers and Bateson. **Person-Centered Review**, 4(3), 358-383, 1989.

¹⁰ KARLSBERG, Jane & KARLSBERG, Robert. The affectionate bond: The goal of couple centered therapy. **Journal of Humanistic Psychology**, 34(1), 132-141, 1994.

¹¹ LEVANT, Ronald. Client-Centered Skills - Training Programs for the Family: A Review of the Literature. **The Counseling Psychologist**, Boston. 11 (3), 29-46, 1983.

parece ser a proposta destes treinamentos. O mesmo se dá com a capacidade de autenticidade e de aceitação e com a expressão destas atitudes, além, obviamente, da capacidade e disponibilidade para estar em contato com o outro.

Quando as atitudes são transformadas em técnicas e quando então são aprendidas como técnicas, não se tem a “garantia” de que possam melhorar a disponibilidade de cada um para com o outro. Hines e Hummel (1988)¹² já apontaram que, por vezes, as habilidades aprendidas por treinamento nem chegam sequer a ser colocadas em ação. Também não se tem a garantia de que não possam ser efetivas de qualquer forma. A questão não é focar o resultado, mas o processo e os princípios que dirigem tal intenção pedagógica. Todavia, as atitudes facilitadoras inseridas em um movimento processual para o qual se crê na capacidade do indivíduo, continuam a ser ensinadas em larga escala, como técnicas, nem sempre por psicoterapeutas, nem sempre por afiliados à ACP. Neste rumo educativo, tornaram-se populares e têm sido conteúdo e técnica de uma nem tão moderna pedagogia popular: a literatura de auto-ajuda, notadamente na que se dirige à conjugalidade (Alves, 2005)¹³.

Os profissionais da ACP que trabalham nesta ação pedagógica mostram uma postura muito semelhante à mantida por um terceiro grupo de trabalho no campo familiar - aquele que agrega princípios de outros referenciais teóricos à ACP. Eles focam-se no problema: nas dificuldades de comunicação dos membros de um casal e/ou família e não na pessoa. Visam ainda uma mudança de comportamento e, para atingir tais objetivos, valem-se das atitudes propostas por Rogers como técnicas. Pode-se especular que

¹² HINES, Max & HUMMEL, Thomas. The effects of three training methods on the empathic ability, perceived spousal empathy, and marital satisfaction of married couples. **Person-Centered Review**, 3(3), 316-336, 1998.

¹³ ALVES, Vera. **Receitas para a conjugalidade**: Uma análise da literatura de auto-ajuda. Tese de Doutorado. Faculdade de Educação, UNICAMP, Campinas, 2005.

descrevem igualmente da necessidade e suficiência das atitudes facilitadoras para o atendimento do grupo conjugal e familiar.

1.3) Psicoterapia familiar na ACP associada a princípios de outros referenciais de psicologia.

Alguns dos seguidores de Rogers não consideram suficientes os princípios de psicoterapia, por ele propostos, quando do atendimento do grupo familiar e assim utilizam-se dos princípios da ACP em associação a outros referenciais, notadamente, da Teoria Sistêmica.

O'Leary (1989)¹⁴ considera que na psicoterapia familiar os psicoterapeutas centrados na pessoa necessitam ir além das atitudes facilitadoras, integrando-as num papel terapêutico mais ativo, ao qual, segundo ele, muitos terapeutas de famílias se sentem compelidos. Por exemplo, a aceitação positiva incondicional sendo dirigida a cada um dos membros da família, resultando na percepção de que nenhum deles é superior ao outro, seria manifestada de forma "mais ativa". Com relação à empatia, diz ele que os terapeutas podem demonstrá-la sob a forma, por exemplo, de solicitação de exercícios a serem feitos em casa pela família.

Warner (1989)¹⁵ mescla em seu atendimento familiar os princípios tanto da ACP quanto da Teoria Sistêmica, numa tentativa de que o terapeuta familiar não permaneça num "nível superficial de compreensão" (p. 340). Essa "superficialidade" poderia ter conseqüências no trabalho de um profissional da ACP ao desconsiderar a *comunicação estratégica* que há dentro de uma família. Tal forma de comunicação - definida como discrepância entre o que as pessoas dizem/fazem e o que elas realmente querem dizer/fazer - faz surgir aspectos que, segundo Warner, o referencial

¹⁴ O'LEARY, Charles The Person-Centered Approach and Family Therapy. A Dialogue Between Two Traditions. **Person-Centered Review**, San Luis Obispo, CA, 4 (3), 308-323, 1989.

¹⁵ WARNER, Margaret Empathy and Strategy in the Family System. **Person-Centered Review**, San Luis Obispo, CA, 4 (3), 324-343, 1989.

centrado na pessoa não abarca: “um terapeuta centrado no cliente, pode permanecer num nível superficial de compreensão das famílias estratégicas se ele considerar as declarações [estratégicas] dos membros da família como tendo valor” (p. 340).

Snyder (1989)¹⁶ acredita não ser suficiente a utilização “apenas” da ACP, justificando sua adoção de uma visão sistêmica, por terem ambos referenciais estruturas democráticas de atuação: “O modelo de aprimoramento de relacionamentos de terapia familiar/conjugal oferece uma possibilidade de integrar critérios rogerianos para uma terapia efetiva com contribuições feitas por teóricos sistêmicos, como Bateson” (p. 358).

A postura profissional desses autores é fruto de uma concepção sistêmica de família, que se desenvolveu a partir da Teoria Geral dos Sistemas de Von Bertalanffy e da Cibernética. Contudo, como bem ressalta Gaylin (2008, p. 237): “A terapia familiar centrada na pessoa, em que cada pessoa é atendida dentro do íntimo contexto interativo da família é distinta da terapia de casal e família da orientação sistêmica, em que o casal ou família como um todo é o foco de atenção”.

2) Como tenho desenvolvido meu trabalho com o grupo familiar

Creio que o atendimento do grupo familiar se diferencia dos atendimentos em grupo, tanto em psicoterapia como em pequenos e grandes grupos, pelo simples fato de ser um grupo cujos membros têm ligações afetivas oriundas de parentesco e consangüinidade, diferenciando por si, as relações entre os membros deste grupo específico e as de outros grupos. No entanto, a proposta de atendimento grupal de Rogers e a proposta de atendimento individual apóiam-se nos mesmos princípios norteadores – condições

¹⁶ SNYDER, Marihelen. The Relationship Enhancement Model of Couple - Therapy: An Integration of Couple-Therapy: An Integration of Rogers and Bateson. **Person-Centered Review**, San Luis Obispo, CA, 4 (3), 358-383, 1989.

necessárias e suficientes para a mudança construtiva de personalidade – sem deixar de levar em conta que o facilitador ou psicoterapeuta se inclui como membro daquele grupo em atendimento; seja um grupo de dois na psicoterapia individual ou um grupo maior na psicoterapia familiar ou em outros grupos.

Penso que, com estas pontuações e com o panorama por mim traçado e apresentado acima e pela forma como compreendo estas diferentes práticas, torno clara minha concepção de que são mais alinhadas aos princípios da ACP as práticas de psicoterapia do grupo familiar que se baseiam na proposição de Rogers para o estabelecimento da psicoterapia individual. Sem, obviamente, deixar de lado que o processo psicoterápico não visa a resultados no sentido de que o psicoterapeuta provoque mudanças de comportamentos dirigidas em seus clientes, mas que lhes facilite o processo de retomada de seu fluxo de crescimento que por si gerará tais mudanças quando necessário. Para Rogers, todos têm dentro de si vastos recursos para solucionar seus próprios problemas. Assim, o psicoterapeuta familiar é aquele que facilita o processo de retomada de crescimento de cada membro da família e a conseqüente melhoria da relação.

A psicoterapia do grupo familiar pode ser realizada com o casal, que tenha ou não filhos, mas que tenha procurado ou sido encaminhado para uma psicoterapia com o objetivo de modificar, especificamente, as relações conjugais. Deve ser realizada com a presença do casal, pois não se trata de atender a cada um dos cônjuges, o que configuraria uma psicoterapia individual e perigosa, a meu ver, se efetivada com o mesmo profissional atendendo, separadamente, aos dois cônjuges. Considero como fundamental em meu trabalho a intenção de estabelecer um espaço, no qual seja possível ampliar a saúde emocional dos membros do casal, da forma como bem explicita Raquel Rosenberg (1986) e que justifica para mim a presença simultânea dos cônjuges: "que duas pessoas se descubram, percebam o que querem e, se possível, aprendam a se relacionar, a esclarecer e comunicar

suas expectativas, encontrando uma forma de resolver conflitos que satisfaça a ambos". (Cf. Alves, 1997, p. 42)¹⁷. Entendo que os clientes do processo são essas duas pessoas com a conjugalidade, com a ligação que mantém e não apenas os dois indivíduos. A metáfora das cores pode me ajudar a explicitar esse processo: um cônjuge é a cor azul e o outro a cor amarela. Na psicoterapia conjugal se trabalha com as cores azul e amarela, mas também com a verde, que se obtém da mescla das anteriores. Torna-se, assim, um processo dinâmico de respostas, quase simultâneas, a estas "três cores".

Na psicoterapia individual, num processo bem sucedido, o cliente que vai percebendo a forma 'especial' com que é compreendido, passa a ter para consigo próprio esta mesma compreensão e, também, para com as pessoas com as quais se relaciona. Este processo ocorre também na psicoterapia conjugal, mas de uma forma "duplicada". O cônjuge começa também a tomar consciência de como seu parceiro está sendo compreendido ali, diante dele, de uma forma 'especial'. Ele irá então não só escutar melhor o outro, como também ouvir o que e como o psicoterapeuta lhe responde. Assim, além de se sentir empaticamente compreendido, constata o mesmo se dando com seu parceiro.

A psicoterapia do grupo familiar é efetivada seguindo-se os mesmos parâmetros, mantendo-se apenas uma diferença quanto à participação ou não de todos os membros. Assim como para Raskin (1970)¹⁸ e Van Der Veen (1970)¹⁹, também considero a presença dos familiares como decidida por eles, podendo estar juntos ou separados, ficando o psicoterapeuta aberto à

¹⁷ ALVES, Vera **Atendimento de Casais: Descrevendo Processos**. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia – PUCCAMP, Campinas, 1997.

¹⁸ RASKIN, Nataniel. Client-Centered Family Therapy: Some Clinical and Research Perspectives. In HART & TOULINSON. **New Directions on Client-Centered Therapy**. Boston, Houghton Mifflin-Company, 1970. Cap 20: 387-406.

¹⁹ VAN DER VEEN, Ferdinand et al. Relationships between the parents' concept of family and the family adjustment. **American Journal of Orthopsychiatry**, 34, 45-55, 1964.

participação de todos, dando-lhes liberdade para escolher em que medida participariam da forma que lhes seja mais confortável.

Explicitei resumidamente como trabalho com casais e famílias porque escolhi para este texto debruçar-me com um pouco mais de detalhes sobre outro atendimento, de grupo familiar, que venho realizando. Àquele para o qual se apresentam os pais²⁰, não na categoria de clientes e sim na de informantes sobre seus filhos, para quem desejam psicoterapia individual.

É com grande freqüência que os pais ao procurarem psicoterapia para seus filhos, quer crianças ou adolescentes, se colocam diante do psicoterapeuta considerando apenas fazer-lo na situação de relatores de suas preocupações e de informações que pensam necessárias para o atendimento de seus filhos, além claro de esperar deste contato saber do profissional detalhes de sua atuação, bem como das condições de contrato dos seus serviços.

Todavia para mim, neste momento não considero os pais como informantes, nem tampouco como os clientes do processo. Eles não estão ali "apenas para informar". Estão ali se mostrando no mínimo preocupados com seus filhos quando não eles também em grande sofrimento.

Acredito que se trabalho em acordo aos princípios da ACP, preciso neste momento centrar-me neles. Não me importando de início em estabelecer quem é o cliente, mas sim em acolher quem me procura. Meus futuros clientes poderão ser: os pais, ou um deles, ou o casal, ou a família, ou o filho para quem buscam ajuda. Porém creio que este momento inicial possa ser mais bem utilizado facilitando-lhes uma reflexão, ajudando-os a sair, porventura, de uma situação objetificante em que "têm um filho que precisa ser consertado", para uma situação na qual possam sentir-se incluídos. Meu diálogo com eles é mediado pelas atitudes facilitadoras propostas por Rogers. Respondo a eles, empaticamente, sendo autêntica, mas acima de tudo,

²⁰ Mantenho no texto o termo pais, contudo refiro-me a qualquer cuidador, responsável pela criança ou adolescente.

procuro aceitá-los incondicionalmente. E isto realmente produz sentimentos muito benéficos, pois por vezes eles chegam ao consultório sentindo-se errados, julgados pela sociedade, pela família e esperando ser julgados também pelo profissional, que consideram “detentor de um grande saber”. “Afim de contas se precisam de ajuda profissional é porque cometeram erros”. Com esta idéia, culturalmente estabelecida, podem apresentar-se de forma defensiva ou de forma fragilizada, mas quase sempre se sentindo impotentes. Não apenas sem o poder de corrigir os filhos, mas sem o poder de compreender a situação. Por isto, a mim, neste momento, faz todo sentido devolver-lhes o poder que lhes pertence e que não conseguem visualizar ou que preferem ceder a mim.

Considero que os pais podem ajudar tanto seus filhos quanto o profissional. Eles têm a convivência diária que, neste momento é considerada maléfica, nada facilitadora, mas que, creio, pode ser transformada. Reflito com eles suas atitudes cotidianas para com os filhos e frequentemente, aqueles que chegaram angustiados por se acharem incompetentes passam a se ver como menos desprovidos de recursos; aqueles que não se sentiam comprometidos com uma responsabilidade para com os filhos, passam a se confrontar com ela.

Neste momento inicial fico atenta também em perceber se me procuraram para ajudar os filhos ou se com esta conduta estão pedindo ajuda para eles próprios. Algumas mães (frequentemente são elas que trazem os filhos ao consultório, mas não apenas elas o fazem) ao iniciar o relato da preocupação com os filhos, logo dizem “não sei se a psicoterapia é para ele ou para mim”.

Estabelecemos então, uma, duas ou muitas mais sessões conversando ainda sem os filhos. Neste diálogo permeado pelas atitudes facilitadoras procurando que todos nós, e me incluo aí, possamos compreender a configuração desta situação familiar, não apenas pela objetividade dos fatos, mas pelo que é vivenciado na família. Estas sessões podem ser feitas apenas com a mãe, quando o pai se recusa ou não pode participar, mas sempre

procuro ter a presença dos dois e em conjunto. Quando separados desenvolvo o mesmo processo com os dois, mas em sessões separadas, caso não queiram ou não possam estar juntos.

Em linhas gerais, aponto abaixo, superficialmente, alguns aspectos que busco compreender com eles e que estão apresentados aqui sob forma de pergunta, mas que não fazem parte de qualquer interrogatório, são apenas percepções que norteiam minha compreensão e que busco elucidar com eles e provavelmente são muitos mais os aspectos que se colocam no diálogo, mas a extensão deste texto não me permite aprofundar nesta exploração:

- ? O que está acontecendo com este filho para quem buscam psicoterapia e desde quando
- ? Como eles compreendem o que acontece com o filho
- ? O que eles têm feito para resolver a situação e se isto tem funcionado ou não e também por que acham que funcionou ou que não funcionou
- ? Como eles se sentem em relação ao filho
- ? Como eles se vêem sendo pais deste filho
- ? Como se dão as relações familiares
- ? Como eles acham que o filho se sente

Tem sido impressionante ver como os pais muitas vezes se surpreendem nesta reflexão. Constatam que nunca se colocaram no lugar dos filhos ou que nunca haviam tomado consciência de como é ser pais para eles. Às vezes se surpreendem ao perceber os sentimentos dos filhos apenas ali, na sala do psicoterapeuta. Um novo mundo se descortina nestas sessões. Os problemas dos filhos nem sempre mudam, continuam lá, a espera de um cuidado mais específico – uma psicoterapia –, mas as relações familiares provavelmente não serão as mesmas depois destas sessões. E por vezes, estes filhos nem chegam à psicoterapia, não se faz mais necessário. Trata-se

de uma situação que lhes permite chegar por seus próprios esforços a estabelecer uma compreensão mútua dentro do grupo familiar.

Esta conduta, por vezes, elimina o estigma provável de se colocar uma criança em psicoterapia, mas elimina antes um processo que não lhe é necessário e sim aos pais, em muitos momentos. Devolve o poder a eles no cuidado dos filhos, quando não os responsabiliza para ele. E, de modo algum julga ou orienta estes pais para apropriadas condutas na criação de seus filhos. Eles não precisam de ensinamentos. Muitos já estão cansados deles, pois têm conselhos de familiares, já leram todos os livros de auto-ajuda e não conseguiram grandes mudanças. Afinal conselhos e leituras, se não fazem parte de uma aprendizagem significativa, não provocam mesmo grandes mudanças.

Em minha experiência em nada ajudo o grupo familiar quando lhes ensino algo, também não os ajudo se os vejo como um sistema. Sei que eles procuram minha ajuda querendo um resultado, uma receita, uma mudança rápida. Entretanto apenas sei ajudá-los a que se ajudem por si. Não tenho manuais, nem me proponho a ser professora, contudo não omito informações que penso seriam igualmente facilitadoras: a indicação de um médico, de outras escolas, e outras tantas coisas que não sei de antemão, pois são oferecidas dentro do processo. Em muitos momentos me angustio e muito ao constatar situações de risco que me parecem, se olho de fora, exigir soluções rápidas. Aprendi que apenas as soluções desenvolvidas por eles são efetivas, por isto tento a cada instante centrar-me nos meus clientes e não em minhas suposições, necessidades, teorias, etc e deste modo dou valor sim a qualquer tipo de comunicação que ocorra entre os membros do grupo familiar.

“não é que esta abordagem dê poder à pessoa, ela nunca o tira”. (Rogers, 1986)²¹

²¹ ROGERS, Carl. **Sobre o poder pessoal**. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

MEDIAÇÃO DE CONFLITOS

Maria do Céu Lamarão Battaglia¹

Centro de Psicologia da Pessoa

**“Você não poderá resolver os problemas que tem hoje...
pensando da mesma maneira que pensava quando
os provocou.”
*Albert Einstein***

Por que se torna tão necessário falar de Mediação de Conflitos hoje?

O Contexto

Em qualquer momento que decidimos folhear um jornal ou revista, ouvir notícias no rádio ou TV, conversar com alguém, somos inundados com notícias que nos evidenciam os mais diversos tipos de conflitos.

12/07/2009 - 21h04

Ação da PM para coibir baile funk deixa três mortos e seis feridos no Rio.

Folha Online

12/07/2009 - 19h28

Ataques a várias igrejas em Bagdá deixam 4 mortos e 32 feridos.

France Presse, em Bagdá

17/06/2009

Quando ensinar é uma guerra. Escola, lugar de conflito.

¹ Mediadora de Conflitos (MEDIARE), Mestre em Terapia de família (UFRJ); Psicoterapeuta (CPP), Terapeuta de Família (ITF); Orientadora vocacional (Espaço Clínica); Perita Judicial TJRJ, Professora, Supervisora. mclb@pobox.com

Veja, edição 2117

17/06/2009

Cada embrião uma sentença. Descartá-los, doá-los, abandoná-los, guardá-los: o que fazer com os embriões excedentes dos tratamentos de fertilização in vitro?

Veja, edição 2117

Violências explícitas e objetivas como as que nos mostram corpos estendidos no chão, violências ocorridas dentro das casas entre familiares, violências institucionais, violências sociais e por aí vai.

Das mais impactantes às mais rotineiras, porque algumas até já nos passam despercebidas, em realidade todas estão indubitavelmente inseridas em uma questão ética e moral resultante do sistema do qual fazemos parte. Um sistema simplista que parte do princípio de que existe um padrão ótimo e que tudo e todos que fujam dele serão punidos no intuito de que sejam devidamente corrigidos ou consertados.

Entretanto, violência não é sinônimo de conflito e a Mediação propõe o reconhecimento deste fato. Um ato violento é, na verdade, a expressão de um conflito que não pode ser explicitado e resolvido de outra maneira. Portanto, violentos podem ser os meios de resolução de um conflito e não o conflito em si. Esta confusão de definição de fronteiras nos leva, por vezes, a encarar o conflito como algo negativo ou destruidor, mas, em verdade, conflito é inerente à vida, necessário e constitutivo tanto da vida psíquica quanto da dinâmica social. Sua ausência indica apatia, submissão, negação de si e do outro. Sua não explicitação pode sim levar à violência.

A falência do nosso modelo de sistema se traduz na falência de nossas instituições que não conseguem mais atender ao fim para o qual foram criadas. Entre elas, a instituição Justiça.

O Poder Judiciário vem perdendo seu poder, à medida que não existem mais cadeias possíveis. Nem em relação a espaço físico, nem em relação à reabilitação de presos ou o que quer que seja. As sentenças proferidas pelos juízes não são cumpridas. A morosidade dos processos faz com que eles percam sua função e sentido.

Ao mesmo tempo em que este sistema entra em falência, o desenvolvimento científico nos transporta do tradicional pensamento linear ao pensamento sistêmico. Este novo olhar do século XXI evidencia um contexto que, não suportando mais o limite de padrões pré estabelecidos, busca maneiras de considerar a coexistência das diferenças. Nesse novo contexto, em que não há mais lugar para a imposição, se faz necessária a abertura ao diálogo e à composição.

A mediação, então, é acima de tudo uma nova mentalidade, um novo paradigma que parte da lógica litigante do certo-errado, culpado-inocente, perde-ganha para a lógica colaborativa do reconhecimento, da responsabilidade e do ganha-ganha.

Esta mudança de paradigma implica não apenas em mudar a maneira de resolver os conflitos, mas, sobretudo transformar as pessoas. Mudar sua visão do outro e de si mesmo. Propõe um desenvolvimento ético já que implica na busca de uma integração entre a autonomia individual e a preocupação com o outro, considerando o conflito como oportunidade de desenvolver e exercer as duas atitudes.

Conflito

Segundo a Teoria de Resolução de Conflitos, o conflito, se abordado de forma apropriada, com técnicas adequadas, pode ser um importante meio de conhecimento, amadurecimento e aproximação dos seres humanos. Além disso, quando conduzido corretamente, pode impulsionar relevantes alterações quanto à ética e à responsabilidade social.

Conflito é uma característica própria do ser humano. Extremamente saudável, é produto inevitável das relações sociais. Além de ser o motor e a expressão das relações entre as pessoas, é também uma excelente oportunidade de crescimento e desenvolvimento e surge, basicamente, do choque de necessidades, valores e interesses pessoais ou grupais. Ele traz consigo possibilidades que são amplamente trabalhadas no processo de Mediação.

Os conflitos podem ter funções e valores positivos dependendo da maneira como lidamos com eles, já que movem as pessoas, estimulam seus interesses e curiosidade nos ajudando a estabelecer identidades à medida que aumentam nosso conhecimento próprio e do outro. São, também, uma oportunidade de aprender novas maneiras de resolver problemas ajudando na co-construção de relações melhores e mais duradouras. Por tudo isso, em última análise, o conflito é a raiz da mudança pessoal e social.

Dentre as alternativas na administração do conflito, podemos citar algumas formas mais usuais. A primeira e a mais estimulada em nossa cultura é a *competição*. Outra maneira bastante comum ocorre sempre que um cede à pressão do outro por diferentes razões e denomina-se *concessão*. Temos o *abandono*, quando uma parte abandona o conflito agindo como se ele não existisse. A *evitação* como uma tentativa de dar tempo ao tempo para ver se algo acontece. A *negociação* onde as partes dialogam buscando um acordo e por último a *intervenção de terceiros* quando se busca alguém para auxiliar na solução do problema.

De uma maneira mais formal, hoje, se apresentam os recursos dos Métodos Alternativos de Solução de Conflitos (MASC). Dentre eles encontramos: a Negociação, a Mediação, a Conciliação, a Arbitragem. Provavelmente, pela desinformação da população, ainda hoje no Brasil, o usual é que se passe direto da Negociação à Resolução Judicial.

Importante ressaltar que a proposta da Mediação não é a de se tornar um recurso único na resolução de conflitos. São vários os recursos disponíveis que se adéquam às necessidades particulares de diferentes situações e contextos embora tratemos aqui especificamente deste método.

Mediação de Conflitos

Em Mediação objetivamos basicamente desconstruir o conflito, reconstruir a relação e co-construir uma solução.

A Mediação é um processo não adversarial, confidencial e voluntário, no qual um terceiro imparcial facilita a negociação entre duas ou mais partes e auxilia na construção de um acordo mutuamente satisfatório. Processo orientado a manter com as pessoas nele envolvidas a autoria das decisões. Seu princípio fundamental baseia-se na autonomia da vontade das partes.

Para facilitar a diligência do processo de mediação, propõe-se uma divisão em etapas:

I- Pré-Mediação

- Informação sobre o Processo às partes
- Avaliação da Situação

Este é o primeiro contato do mediador com as partes. Aqui o mediador oferece informações básicas sobre o processo de Mediação para que as partes decidam se desejam ou não participar. Neste momento, o mediador também avalia se o caso é passível de ser mediado ou se é um caso que deva ser encaminhado a outro MASC.

II- Discurso de Abertura

- Negociação e Estabelecimento de Procedimentos
- Acordo de Participação

Neste momento, o mediador negocia e estabelece algumas regras fundamentais do processo, esclarecendo alguns recursos de

que ele pode lançar mão no intuito de manter a diligência do mesmo. Em alguns casos, um acordo de participação pode ser assinado por todos.

III- Relato das Histórias

- Escuta Ativa
- Técnicas de Comunicação

Esta etapa se dedica a escutar as histórias contadas por cada parte, uma a uma. A tarefa do mediador se destina a obter o máximo de informações possíveis, escutando ativamente cada um, demonstrando respeito e compreensão do que está sendo exposto, sem julgamento. Aqui, são utilizadas diversas técnicas de comunicação.

IV- Construção, Ampliação e Negociação de Alternativas

- Elaboração da Agenda e das Opções
- Técnicas de Negociação

Neste momento, torna-se necessário que cada parte consiga sugerir duas ou mais opções de solução para o conflito. Somente após a exposição das propostas, as mesmas devem ser analisadas uma a uma, cuidadosamente, verificando-se o atendimento das necessidades de todas as partes envolvidas e a exequibilidade de cada proposta. Entram aqui as técnicas de negociação.

V- Fechamento do Processo de Mediação

- Redação das Conclusões Finais - Acordo
- Encaminhamento Necessário

Finda-se, então, o processo de mediação com o acordo redigido e revisado pelas partes, cuidando-se para que o mesmo seja equilibrado e exija de todos, esforço e colaboração semelhantes. Um acordo desbalanceado, mesmo que aceito no momento de sua redação, terá alta probabilidade de não se cumprir com o tempo. É

tarefa do mediador cuidar durante todo o processo dos interesses, necessidades e possibilidades de todos os participantes.

O Acordo de Mediação não tem validade jurídica. Caso necessário, deve ser entregue a um advogado para que o mesmo possa providenciar uma redação adequada e encaminhar para registro e homologação oficial.

VI- Acompanhamento e Ajuste dos Acordos

Esta etapa vem corroborar a intenção primordial da Mediação: que os acordos se cumpram.

Como a proposta da Mediação está fundamentada na autonomia das partes e, considerando-se que foram as próprias pessoas que construíram e negociaram as soluções escolhidas, o índice de cumprimento dos acordos é extremamente alto. Com este propósito, o acompanhamento do cumprimento do acordo possibilita realizar ajustes, caso algum dos itens não possa ser cumprido por inadequação à realidade ou porque alguma circunstância mudou no transcorrer deste tempo.

Campo de aplicação da Mediação

A Mediação pode ser utilizada em qualquer situação de conflito entre duas ou mais partes, entretanto as áreas mais clássicas de atuação são: família; comércio; organizações; instituições; acordo internacional; comunidades; meio ambiente e político-social.

Seus principais benefícios são a celeridade, a redução do custo emocional de todas as partes envolvidas e a redução do custo financeiro. O sigilo e a privacidade obrigatórios, também, se tornam primordiais, principalmente, nas questões em que o conhecimento público do litígio possa agravar as perdas sofridas pelas partes. O atendimento dos interesses mútuos promove uma satisfação das partes que contribui para que a decisão final seja realmente cumprida. À medida que o processo evolui, ocorre também uma

fluidez na comunicação e melhoria no relacionamento intergrupual e interpessoal. Todos estes fatores contribuem de modo decisivo na efetividade de resultados e na prevenção da formação e reincidência de conflitos. Todo o processo de Mediação é voltado à autoria das partes desde o delineamento até a conclusão final do acordo.

Principal instrumento no processo de Mediação

A Escuta Ativa é reconhecidamente a principal técnica utilizada para realizar os objetivos da Mediação, permeando todo o processo. Considerando que nosso objetivo fundamental é compreender as partes do conflito e comunicar a elas que foram compreendidas, a escuta ativa nos oferece excelentes meios para realizar esta tarefa.

O psicólogo americano Carl R. Rogers foi o autor deste recurso. Esta escuta propõe um *ouvir criativo, sensível, acurado, empático, imparcial*². Acreditando na capacidade inerente a todo ser vivo de autodeterminação, Rogers parte do princípio de que todo indivíduo tem nele mesmo o potencial de crescimento e desenvolvimento, necessitando apenas de um ambiente facilitador que favoreça seu pleno desabrochar.

O recurso da escuta ativa nos permite, além de ouvir e compreender verdadeiramente as partes, fazê-las saber que foram ouvidas e compreendidas. Propõe a criação de uma atmosfera de compreensão sem julgamento que facilita o surgimento de uma história mais completa explicitada por ambas as partes. E à medida que novas histórias vão sendo elucidadas, de uma maneira mais clara e menos contaminadas pelas emoções originais, a escuta das partes também se transforma positivamente de maneira natural. A atuação do mediador vai servindo como modelo de uma comunicação mais eficaz e os indivíduos começam lentamente a ouvir uns aos outros, a se compreender e a se respeitar. Em seguida, um fenômeno natural ao processo de mediação ocorre:

² Rogers, C. R. (1980). Um Jeito de Ser. Ed EPU, pg. 9

"...Quando sou ouvido, torno-me capaz de rever meu mundo e continuar. É incrível como alguns aspectos, que antes pareciam insolúveis, tornam-se passíveis de solução quando alguém nos ouve. É incrível como as confusões que pareciam irremediáveis transformam-se em correntes que fluem com relativa facilidade quando somos ouvidos...."³

Carl R. Rogers, nascido em Chicago em 1902, em sua última década dedicou-se a mediar conflitos sociais e, por diversas vezes, empenhou-se em grandes workshops transculturais ou de esforço pela paz, tendo sido indicado ao Prêmio Nobel da Paz em 1987, ano em que faleceu.

Trabalhou em Belfast, na Irlanda, atuando no conflito entre protestantes e católicos. No sul da África, em conflitos raciais entre brancos e negros. Nos Estados Unidos, atuou em conflitos entre clientes e prestadores de serviço na área da saúde. Em 1985 realizou um Workshop com 50 líderes internacionais em Rast na Áustria, trabalhando nas fortes tensões da América Central.

Sua atuação na área de Mediação de conflitos foi sempre entre grandes grupos e no formato de Grupo de Encontro, mas os recursos que utilizava na facilitação destes grupos continuam sendo a base de todo e qualquer trabalho voltado à mediação de conflitos seja qual modelo ou padrão ele venha a adotar. Os princípios de empatia, consideração positiva incondicional e congruência permeiam as mais diferentes propostas de modelo. A escuta ativa, a atitude de aceitação, não julgamento, respeito, consideração, compreensão, não direcionamento, confiança, interesse genuíno, valorização do outro são atitudes constantemente exigidas e necessárias ao bom desfecho do trabalho.

³ Rogers, C. R. (1980). Op. Cit, p.8

Vantagens da Mediação

- ? Maior rapidez em se chegar a uma solução
- ? Menor custo econômico e emocional
- ? Confidencialidade
- ? Procedimento mais simplificado em comparação ao método judicial, e totalmente transparente
- ? Panorama mais amplo de possibilidades que não precisam levar em conta somente o que a legislação determina, oferecendo oportunidade de soluções originais e particulares
- ? Reconhecimento e inclusão das questões psicológicas das partes para tomada de decisão e definição dos acordos
- ? Maior autonomia das partes envolvidas em delinear os problemas, sugerir soluções e definir o acordo
- ? Maior satisfação de todas as partes
- ? Maior efetividade do acordo obtido

Quem pode ser este profissional???

Desde que se iniciou o movimento da Mediação no Brasil, há também a discussão de quem pode e quem não pode atuar como mediador. Existem alguns cursos de Mediação em todo território nacional e o que nos tem servido de norteador, até a presente data, é o Conselho Nacional das Instituições de Mediação e Arbitragem (CONIMA). Fundado em 1997, este órgão privado elaborou um código de ética e um regulamento para mediadores e árbitros. Em 1998, elaborou um modelo padrão de Capacitação em Mediação que determina uma carga horária mínima de aulas teóricas e de prática supervisionada que deveriam ser seguidas pelas instituições a ele associadas. O objetivo desta determinação seria prezar pela qualidade da formação de seu corpo de mediadores.

Em 1999 teve início a elaboração de um anteprojeto, que vem sofrendo várias alterações durante estes anos, e que pretende

legislar sobre a Mediação no país. Este projeto propõe que apenas os advogados possam ser mediadores e que nas varas de família possam atuar com psicólogos ou assistentes sociais no papel de co-mediadores.

De qualquer maneira, caso esta limitação na esfera pública ocorra, fica ainda a questão sobre a Mediação privada.

Na prática mundial, existem mediadores das mais diversas profissões de origem. O Mediador é, na maioria dos casos, um profissional de nível superior, capacitado com técnicas específicas de análise, intervenção e escuta. Uma profissão, sobretudo de caráter transdisciplinar. Independente de sua formação acadêmica, é imprescindível que o mediador seja capaz de atuar com sensibilidade e desejo de ouvir, tenha capacidade de realizar a escuta ativa, flexibilidade, neutralidade, capacidade de atuar não diretamente, tenha ética e recursos internos para lidar com as dores alheias controlando seus próprios reflexos e emoções, confiando, legitimamente, na capacidade da autonomia das partes.

Conclusão

A Mediação nos propõe e impõe uma nova maneira de olhar para o conflito, mesmo que isso não signifique a certeza de solucioná-los. Alguns podem não ter solução ou pode ser que não a encontremos naquele momento.

A busca das pessoas implicadas no problema, e não dos culpados, nos auxilia, inclusive, a encontrar quem serão as pessoas mais adequadas e com maior competência para solucioná-los.

Como vimos anteriormente, a violência ou mesmo formas menos extremadas de tensão decorrem, na grande maioria dos casos, de conflitos não explicitados.

Tomar consciência de nossas diferenças e conflitos é sempre o primeiro passo para enfrentá-los. Esta atitude de gerenciamento e de

eleição da maneira mais adequada de enfrentamento em dado momento, nos habilita a conviver de maneira mais ética. Ter conhecimento das alternativas possíveis nos permite lançar mão da mais adequada naquele momento e inclusive, se necessário for, recorrer a outros no transcorrer do tempo.

Difundir a mediação como uma alternativa para solução de conflitos nos leva rumo a desenvolver uma cultura de paz. A Mediação é, inquestionavelmente, um instrumento que fomenta a comunicação e a pacificação social, nos auxiliando a aprender a conviver com o diferente neste mundo que, a cada dia que passa, estreita com maior velocidade a coexistência de culturas diferentes num mesmo espaço, permeando suas fronteiras.

SAÚDE E TRABALHO

Maria Luisa Sandoval Schmidt

A proposta do tema saúde e trabalho para uma roda de conversas neste evento de comemoração dos 40 anos do SAP tem o sentido de uma provocação ou, talvez, de um desafio: pensar o lugar da categoria trabalho nas práticas psicológicas de formação e atendimento e, mais especialmente, naquelas práticas que se identificam com as noções de clínica ampliada ou clínica social.

Pensei em propor três esferas em que esta relação pode ser discutida, como um pretexto para começar a conversa.

1) Clínica, trabalho e desemprego

Em 1999, preocupada com os altos índices de desemprego na sociedade brasileira e na cidade de São Paulo, a equipe do SAP achou interessante realizar uma pesquisa sobre como a questão do desemprego vinha afetando a sua clientela, como aparecia nas entrevistas de plantão e como vínhamos, supervisores e alunos/estagiários, lidando com ela.

Estabelecemos uma parceria com colegas do Centro de Psicologia Aplicada ao Trabalho (CPAT), do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia da USP, para realizarmos a referida pesquisa.

Articulando os estágios do 4º. ano de graduação das disciplinas de Aconselhamento Psicológico e Seleção Profissional, a professora Leny Sato e eu reunimos um grupo de alunos interessados na pesquisa e fomos a campo.

A proposta inicial era fazer um levantamento das fichas e relatórios de atendimento do SAP, analisando as referências ao desemprego.

O exame das fichas e relatórios foi decepcionante e reveladora: na ficha não constavam informações mínimas sobre emprego e condição de desemprego da clientela e os relatórios não faziam menção ao trabalho e ao desemprego como fontes de sofrimento, insatisfação ou conflito.

Esta descoberta disparou um alerta sobre a necessidade de pensar o trabalho como constituinte fundamental dos indivíduos e coletividades e suas relações com a clínica psicológica.

Desde então, realizamos um conjunto de estudos teóricos e empíricos sobre clínica psicológica, trabalho e desemprego.

Nessa conversa, contudo, mais do que trazer o que foi realizado nesta parceria, parece interessante convocar o grupo a falar de suas experiências, conhecimentos e perspectivas sobre o tema clínica psicológica, trabalho e desemprego.

2) Saúde dos trabalhadores

Uma outra esfera que cabe ressaltar na abordagem do tema é aquela da saúde dos trabalhadores. De partida, penso duas tendências a serem consideradas nessa conjuntura de intensa mudança no mundo do trabalho: a abordagem dos indivíduos como responsáveis pela manutenção e pelos agravos à saúde e a abordagem de saúde coletiva que deve considerar o ambiente e as condições de trabalho como contexto para o adoecimento individual.

Neste âmbito, o debate é especialmente pertinente, tendo em vista a hegemonia da ideologia da excelência e da polivalência que convoca os trabalhadores a desempenhos cada vez mais exigentes, forçando-os a desrespeitar seus limites corporais, morais e psicológicos.

O estabelecimento de parâmetros e critérios para responsabilizar as condições de trabalho por vários agravos à saúde tem sido objeto de atenção e construção na saúde coletiva: a área de saúde do trabalhador tem se afirmado e legitimado em defesa dos trabalhadores e na constituição de direito ao cuidado e aos benefícios e ressarcimentos devidos em caso de agravos causados pelas condições de trabalho.

Trata-se de, por um lado, combater, de maneira preventiva, as condições insalubres e desumanizadas que atentam à saúde do trabalhador e, por outro, de angariar as "provas" da implicação das condições de trabalho no adoecimento de indivíduos e grupos em situações concretas e singulares. Em ambos os casos, está em jogo o esforço articulado da produção de conhecimento e da luta política.

O território das chamadas mazelas físicas encontra imensas dificuldades para estabelecer as relações de causalidade que permitem responsabilizar o trabalho pelo adoecimento: algumas mazelas parecem ser "mais evidentes" do que outras: compare-se um acidente numa linha de montagem com a lesão por esforço repetitivo (LER). Sabemos o quanto gestores e patrões relutam em acolher os casos de LER (alguns muito graves) como decorrentes de certas funções e tarefas exercidas de uma certa maneira e num certo grau de exigência, num certo tempo, etc.

Se há dificuldade de reconhecimento de seqüelas "mais visíveis", é possível imaginar o que ocorre quando elas são imprecisas, inefáveis, ambíguas, hesitantes como são, muitas vezes, as expressões de um sofrimento que não está perfeitamente localizado no corpo.

Como abordar o sofrimento que advém da pressão por abandonar princípios? Se a ética é morada, abandonar valores e princípios pode significar perder o próprio sentido de habitar um mundo com outros.

Um exemplo que traz interessantes questões é a emergência, mais atual, da figura do assédio moral como maneira de abordar o

sofrimento moral e psíquico no trabalho. Sua visada individual tem sido objeto de críticas, indicando, por um lado, que os agravos físicos estão indissociavelmente ligados ao que chamamos de sofrimento psíquico e que também o sofrimento psíquico e moral, quando imposto por alguém a outro, dentro de uma organização, instituição ou empresa, é sintoma das relações econômicas e de poder que formam as condições de trabalho capitalistas.

Sinteticamente, quer-se indicar o interesse em debater a saúde do trabalhador como questão que requer uma aproximação coletiva e a necessidade de pensar o viés psicológico por referência a essa dimensão coletiva.

3) Trabalho e cidadania

Por fim, penso que poderíamos tratar do trabalho na direção inversa à anterior, ou seja, não apenas como possível produtor de adoecimento, mas como construtor de cidadania.

Esta dimensão é particularmente pertinente na discussão sobre os indivíduos diferentes, excluídos do mundo do trabalho.

Há experiências interessantes em vários campos das políticas de saúde e destacaria, especialmente, aquelas que ocorrem no campo da saúde mental.

4) Relato da discussão

Participantes: Rui (gestor de saúde mental, interessado em saúde no trabalho); Sonia (psicóloga de linha fenomenológica, preocupada com a desumanização e os fatores de adoecimento do trabalho); Berenice (psicóloga, atua com imigrantes albergados e chama a atenção para a situação de desemprego e subemprego destes indivíduos); Tatiana (psicóloga social, atua no Centro de Psicologia Aplicada ao Trabalho - CPAT/IPUSP - desde uma perspectiva interdisciplinar com

contribuições da antropologia, sociologia e economia, com ênfase nos conflitos e leituras de adoecimento no trabalho pensado para além do trabalho assalariado); Mariana (psicóloga/estudante, acabou um mestrado "formativo" em que aprendeu a olhar saúde e indivíduo de maneira mais ampla em que o contexto ganha importância e o trabalho é fundamental); Jurandir (psicólogo clínico, atua no SENAC, instituição dedicada à formação para o mundo do trabalho); Solange (psicóloga clínica, atualmente desempregada, refere-se ao excesso de trabalho e de tarefas e dificuldades de relacionamento nas instituições em que trabalhou, levando-a a se interessar pelo tema do *stress* no trabalho); Denise (estudante de psicologia, interessou-se pelo tema do trabalho a partir de um estágio com o professor José Moura, abrindo-se para o debate sobre o que é trabalho, emprego, subemprego e, também, pesquisou o trabalho de agentes comunitários de saúde, impressionando-se, principalmente, pela questão da vida pública e privada nesta profissão); Karin (estudante de psicologia, refere-se à vivência de uma crise própria de quem está próxima da formatura, como enfrentar o mundo do trabalho?); Carol (também se identifica com a questão levantada por Karin); Cibele (estudante de psicologia, expressa o receio de enfrentar o mundo do trabalho, tendo em vista a proximidade da formatura); Gabriela (estudante de ciências sociais, está interessada nos estudos de fronteira entre psicologia e ciências sociais na abordagem do trabalho e, principalmente, do associativismo); Leonardo (estudante de ciências sociais, escreveu um TCC sobre o mundo do trabalho e está interessado no tema das repercussões da intensificação do trabalho na saúde dos trabalhadores e percebe que este tema é mais estudado na psicologia do que nas ciências sociais); Lívia (estudante de psicologia, participou da organização do evento e fez uma Iniciação Científica na Faculdade de Saúde Pública sobre equipes de

saúde da família, tem interesse pela saúde mental dos trabalhadores da área de saúde mental).

O debate começa com a referência aos projetos de geração de renda para usuários de equipamentos de saúde mental. Rui comenta o paradoxo do empoderamento e "murchamento" dos profissionais que trabalham com projetos que visam geração de renda para usuários de equipamentos de saúde mental. O trabalho destes profissionais torna-se, com o tempo, um "esvaziador" existencial. Os cuidadores, na observação de Rui, esvaziam-se e passam a desejar um trabalho organizado e seguro em outra área menos conturbada que a saúde mental.

Nota-se que as formas associativas (ou cooperativas) de trabalho exigem conhecimentos e habilidades que transcendem as capacidades e formação dos cuidadores. Os cuidadores, em várias esferas de trabalho com a saúde, não têm apoio e são deixados a si mesmos. Trata-se, aqui, do tema do cuidado aos cuidadores.

Lembramos o exemplo de agentes comunitários de saúde, mulheres, que procuraram o SAP em busca de terapia. Este exemplo reforça o comentário de que aquilo que o trabalho de cuidadores requer como formação e apoio pessoal não vem sendo considerado como parte das responsabilidades das instituições de saúde, embora impliquem em alto custo (humano e financeiro).

Há uma intensa discussão, a seguir, sobre a polaridade indivíduo/sociedade e sua identificação com a oposição ou diferença entre psicologia e sociologia. No debate, procura-se relativizar estas posições consagradas e até certo ponto estigmatizadas sobre o compromisso social da sociologia contra a alienação individualista da psicologia. É preciso, sem dúvida, pensar os limites da atuação clínica em psicologia quando da abordagem de temas e problemas relacionados ao trabalho e ao desemprego.

O presente resumo não faz jus à intensidade e à dinâmica da discussão, pretendendo, apenas, indicar seus eixos principais: cuidado ao cuidador, geração de renda e cooperativismo; oposições indivíduo e sociedade, psicologia e sociologia e suas derivações na pesquisa e na atuação profissional na área do trabalho.

RODA DE CONVERSA: SUPERVISÃO DE APOIO PSICOLÓGICO

Henriette Tognetti Penha Morato

Há tempos a Psicologia Clínica vem redimensionando seus campos de atividade, ampliando suas modalidades interventivas e área de atuação. Este fato a tem direcionado para o desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre vários aspectos das relações humanas, institucionais, organizacionais, entre outros. Neste trabalho, desenvolveu-se um estudo a partir de uma dessas modalidades que, apesar de muito difundida no meio, ainda carece de mais estudos e sistematizações: a supervisão. Utilizando-nos mais precisamente de Supervisão de Apoio Psicológico, a proposta é vincular outra modalidade de prática clínica, a Oficina de Criatividade, para supervisionar coordenadores de grupos de idosos. A Oficina de Criatividade, nesse sentido, é um dispositivo que disponibiliza estratégias específicas para o trabalho no sentido de aprendizagem significativa, ou seja, constitui-se *pela* e *na* experiência. (SILVA, 2003) ¹.

Por essa compreensão, pode-se aproximar psicologia e educação, ou seja, modos de ser clínico e pedagógico: como a supervisão de apoio disponibiliza a possibilidade de aprendizado e apropriação do fazer/saber por parte do profissional que se submete a ela, levando em consideração aspectos afetivos e cognitivos envolvidos, bem como o contexto das relações intersubjetivas que se presentificam tanto na supervisão quanto no trabalho profissional em seu modo de ser na vida.

¹ SILVA, D. C. G. *Oficina de criatividade: dispositivo para a supervisão - Experiência com coordenadores de grupos de idosos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Recife: Universidade Católica de Pernambuco, 2003.

(...) a prática da supervisão de apoio psicológico mostra-se constituinte no processo de formação e capacitação profissional, pois permite uma suspensão do ritmo cotidiano e uma retomada de outro lugar. Ou seja, a supervisão possibilita que se possa 'olhar' para a própria prática e ressignificá-la, podendo observá-la de outro ponto de vista. (BACCHI, 1999, p. 209)²

Para Morato (1989)³, o supervisionado é o narrador da história do cliente e, este último, por sua vez, foi o responsável pela narrativa relatada ao supervisionado. No entanto, como fazer a supervisão sem focalizá-la no supervisionado, em suas vivências e experiências? Não seria essa uma premissa da terapia? Mas supervisor não é terapeuta. No entanto, esclarece Morato (1989, p. 121), "*(...) meu foco está centrado nele, para que a história do cliente pudesse prosseguir. Então era supervisão, pois o objetivo final visado era o cliente e não o supervisionado*". Remete-se, assim, ao sentido etimológico da palavra para que possamos compreender o termo supervisão:

"Penso no sentido etimológico de supervisão, que vem do latim super (sobre, além, acerca de, ação máxima) + videre (ver, assistir, descobrir, observar, prescrutar); e de super + visio (visão, criação de ver); aproxima-se então, de máxima criação de ver, ver além. Nesse sentido, supervisão pode ser entendida como superintendência ou fiscalização, se proveniente de supervidere como ver além de, visar a. Assim, supervisar ou supervisionar teria o sentido de dirigir, tomar a si a responsabilidade, administrar, controlar". (p. 122)

Assim, no sentido desenvolvido pela psicanálise quanto , no sentido etimológico da palavra, supervisão pode aproximar-se de controle. Para Morato, há por trás de algumas formas de supervisão,

² BACCHI, C. C. A. "Supervisão de Apoio Psicológico: espaço intersubjetivo de formação e capacitação de profissionais de saúde e educação". In: MORATO, H. T. P. (Coord.) Aconselhamento centrado na Pessoa: novos desafios. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

³ MORATO, H. T. P. "Eu-Supervisão": em cena uma ação buscando significado sentido. Tese (Doutorado em Psicologia). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1989.

em alguns segmentos de psicoterapia e na psicanálise, uma concepção implicando que a supervisão pode ser compreendida como um controle, como forma de *“aprendizagem técnica de uma técnica de atuação”*(p. 123). O manejo técnico do trabalho prático, a instrumentalização para este trabalho e a aprendizagem técnica de uma técnica, pode proporcionar uma modalidade clínica voltada para o tecnicismo e para o controle. No entanto, será que a supervisão objetiva a transmissão de uma habilidade? São questões exploradas e que devem ser cuidadosamente observadas.

Nesse momento, porém, nos sentimos impelidos a tentar compreender as relações éticas e políticas implicadas no fazer clínico da supervisão. Há disposição ética gerada pela supervisão, quando o labor do supervisionado encontra compreensão e sentido no que faz a partir de sua relação com outro, nesse caso o cliente, e que é experienciada e proporcionada pela elaboração das vivências durante a supervisão, e pela história narrada a partir da percepção e ponto de vista próprios do narrador, o próprio supervisionado, visando a procura de uma melhor “atitude” frente ao cliente. Na narração a perspectiva do supervisionado se evidencia. As sensações e percepções se desvelam, assim como a própria compreensão do cliente, possibilitando ao supervisionado rever sua disposição frente à situação terapêutica que está envolvido, seja em relação ao cliente, seja em relação a si mesmo com o cliente.

A dimensão política implicada diz respeito ao trabalho desenvolvido com vistas ao cliente, em uma profissão instituída, nesse caso específico, a de psicólogo. A supervisão traz consigo a noção de que as relações intersubjetivas estão permeadas de aspectos profissionais que não podem ser reduzidas às relações pessoais. As formas interventivas permeadas pelas experiências e percepções do supervisionado quanto à “tarefa” de clinicar, se traduz em trabalho, aspecto político quanto a “ser psicólogo”. (SILVA, 2003).

Aprendizagem significativa é o que se apresenta tanto nas Oficinas de Criatividade quanto na Supervisão de Apoio Psicológico, e na Supervisão de forma geral. Busca-se que o saber/fazer aconteça pela possibilidade de experimentação e compreensão abertas pelo fazer/saber, considerando-se que na sociedade contemporânea há constante reflexão da condição de “ser no mundo e com outros” do homem.

Em certo sentido, no título de meu doutorado, recorro a uma metáfora acerca da supervisão: “*Eu-supervisão*”. No “eu” estaria implicada a dimensão ética referente ao modo pelo qual me dirijo ao outro a partir de mim mesmo; em “supervisão” encontro o sentido político do trabalho que faço. Assim, retomo o sentido etimológico de supervisão:

(...) super + videre, que quer dizer ver além e assim aproxima-se de wit. Wit – do inglês antigo wizan, que significa saber, vem do latim videre; e do grego eidenai (saber), idein (ver); assim, wit tem dois sentidos arcaicos: saber e vir a saber (aprender). (MORATO, 1989, p. 255)

Ou seja, revela-se o sentido da supervisão:

“sem dúvida, um processo criativo, que também pode ser revelado por metáfora. É o artístico que nos ensina o sentido dentro de um processo de descoberta – um processo é buscar, cercar algo, indo, voltando, mudando até chegar um ponto.” (p. 255)

Ancorada no referencial fenomenológico, não mais para explicar a supervisão, mas para compreender como supervisão pode ser apreendida, descubro que aprendi “(...) o sentido do fenômeno-do-processo-de-supervisão-entre nós” (p. 255), ou seja entre supervisor e supervisionandos em ação de supervisão. Nesse sentido, descarta-se o controle, as exigências técnicas e de habilidades, para centrar-se na compreensão do fenômeno, do acontecimento, no contexto pela qual a ação ocorre. Isso requer uma postura de abertura do

supervisor. Abertura à pluralidade de sentido que se desvela pela condição humana no mundo entre outros.

Suscintamente, pode-se compreender o sentido de supervisão e do ato de supervisionar:

“Então, supervisionar pode ser ver mais para vir a saber, a aprender. Supervisionar, assim, seria tomar a si, dirigir um espetáculo de criação de ver para aprender. Supervisão é metáfora, ou seja, uma aprendizagem que suporta carregando adiante com cuidado desvelador, que apenas esboça um percurso.” (MORATO, 1989, p. 257)

As colocações acima podem encaminhar ao sentido da modalidade da prática psicológica, denominada Supervisão de Apoio Psicológico. Bacchi (1999, p. 213) a explora, partindo de uma perspectiva que envolve a dimensão terapêutico-pedagógica da supervisão: *“supervisão é um espaço privilegiado na construção do contato terapêutico. Isso porque é o lugar privilegiado para que articulações entre prática e teoria possam ser estabelecidas através de um reposicionamento, no qual novos sentidos são gerados”*. Reconhece que *“supervisão de apoio psicológico é o nome dado à experiência de supervisão que tem por objetivo possibilitar a reflexão do profissional frente à sua prática, considerando-o como parte integrante do trabalho que realiza”* (p. 215), optando por esta designação por certo diferencial proposto:

“Optou-se chamá-la de supervisão de apoio psicológico no sentido de diferenciá-la de algo como uma supervisão técnica, onde se enfatiza a consecução da tarefa. (...) a finalidade não é orientação, e sim instrumentalização do profissional, utilizando-se um referencial fenomenológico”. (p. 215)

Outra forma de definir Supervisão de Apoio Psicológico é resgatando seu sentido:

“(...) o sentido de supervisão de apoio psicológico do qual se parte é: situação contextualizada para que o profissional resgate sua própria condição de indivíduo com dúvidas, estranhamentos em seu contato profissional junto a outros,

para que, a partir de seus próprios questionamentos e dificuldades, possa apresentar-se mais propriamente receptível e disponível em sua atuação para encaminhar o outro a redimensionar-se em sua vida." (MORATO, 1999, p. 225)

Referindo-se a esse tipo de supervisão que é dada a profissionais de educação e saúde em organizações governamentais e não governamentais, Bacchi diferencia esta forma de supervisionar de outras que se propõem a serem técnicas. A perspectiva central de supervisão aqui contemplada é a fenomenológica, pela qual a preocupação não é com o preparo técnico ou de habilidades, mas a "instrumentalização para" o trabalho que o profissional desenvolve.

Outra diferença é o fato de psicólogos prestarem uma modalidade de prática psicológica, a de supervisão, para outros profissionais. Assim, a clínica desvela sua amplitude e abrangência e se presta a outras áreas de atuação. Refere-se à atitude clínica inclinada a profissionais da educação e da saúde envolvidos em atividade junto a outros, e o psicólogo podendo acompanhá-los com atenção e cuidado diante de questões sobre dificuldades ou necessidades profissionais e na elaboração dessa experiência, contribuindo com o redimensionamento no cotidiano profissional.

"(...) tem-se observado que esse espaço de supervisão se mostra privilegiado, por ser um espaço importante na ampliação do ponto de vista do profissional de saúde e educação, na medida em que permite o redimensionamento de sua prática. Redimensionamento possível devido a um olhar não contaminado, a um resgate do profissional que se dá no distanciamento que a situação de supervisão acaba por autorizar." (BACCHI, 1999, p. 215)

Tais profissionais, envolvidos com o cuidado, trabalham junto a outros. Segundo Bacchi (1999), esses profissionais compreendem a intersubjetividade envolvida em seu fazer, ou seja, eles próprios têm nessa relação de cuidado dispensada ao outro, uma das vias pela qual desenvolvem seus trabalhos profissionais.

“São profissionais que se propõem a trabalhar com outros em qualquer relação humana. Portanto, se expõem e se permitem entrar em contato com outras subjetividades, o que só é possível a partir da própria inserção subjetiva nessa relação. (...) Nessa perspectiva, o profissional empresta sua subjetividade e, assim, pode estabelecer real relação de ajuda, seja visualizando, em última instância, a educação ou a saúde.” (p. 215)

Nesse sentido, percebe-se que apesar da prática psicológica em instituições requerer ações objetivas e normativas, há sempre, principalmente na educação e na saúde, momentos em que a técnica ou as habilidades específicas do profissional não suportam de forma “satisfatória” as relações subjetivas que se desvelam no dia-a-dia desses profissionais. Desta forma, evidencia-se que a procura, ou seja, o sentido da supervisão não pode ser o suporte técnico, mas sim, de outra forma, a instrumentalização para que o profissional possa compreender o papel político e ético que desenvolve em seu local de trabalho. Assim, a primeira premissa da supervisão de apoio psicológico é: como faço o que faço, do jeito que faço para, depois, compreender as possibilidades de como eu posso fazer o que faço da “melhor forma” que posso fazer (levando em consideração os aspectos éticos e políticos elaborados na supervisão).

“Como já foi dito, a supervisão permite que o profissional se situe frente à sua prática, fato possível também a partir da vivência na supervisão. A experiência vivida na situação de supervisão permite que o profissional resgate a si mesmo e, assim possa ocupar um novo lugar.” (BACCHI, 1999, p. 218)

A facilitação desse processo está sob a responsabilidade do facilitador. A função de facilitar é possibilitar, oferecer condições para que o profissional possa desenvolver-se. Como em qualquer situação de prática psicológica, o supervisor se dispõe a cuidar daquilo que tomou a si, ou seja, que se está sob seus cuidados. Para Bacchi (1999, p. 218):

“Facilitar um processo: posição complicada na medida em que exige não-indução, como também sensibilidade par

aperceber as sutilezas do deslizar psicológico do outro, apenas acompanhando-o ativamente na construção que ele realiza de si.”

A procura, então, é pela compreensão. Toda a situação de supervisão requer que o facilitador esteja aberto a escutar no intuito de interligar os fios de vivência do que é escutado e compreender os pontos de articulação nos quais esses fios se conectam e mantém relação. Nesse sentido o facilitador é aquele que “olha para” compreender:

“Olhar distanciado, não-contaminado, que se insere delicadamente, tecendo na descontinuidade um fio de compreensão. Facilitador que permite a criação: de sentidos, de aberturas, de novos caminhos, de reconhecimento, de ideais que modificam o fazer diário”. (p. 218)

Nessa direção, algumas intervenções foram realizadas, constituindo-se em pesquisas interventivas. Abaixo, resumos de dois deles.

“Tendo como ponto de partida o sofrimento ou perda de sentido na assim chamada pós-modernidade, este trabalho trilha, através da etimologia, o sentido das noções de saúde e educação, desde sua criação pelos gregos. Identifica que na translação das palavras do grego para o latim, perdeu-se a noção da *forma de experienciar o mundo*, mostrando que a relação atualmente existente entre saúde e educação passa ao largo de suas proposições originárias. Discute a atual constelação entre saúde e educação, através de uma reflexão das condições para que uma ética se torne exequível e articula algumas possibilidades de compreensão entre ambas através da Gestalpedagogia, Teoria Organísmica de Kurt Goldstein, dos existenciais da Fenomenologia Existencial na leitura de Eugène Gendlin, e das concepções de “Espelho Mágico”, Supervisão de Apoio Psicológico, oficinas de recursos expressivos e aprendizagem significativa. Propondo oficinas de criatividade, mostra como este recurso pode possibilitar a busca de um outro sentido, através de oficinas realizadas com um grupo de educadores de uma instituição que abriga menores infratores. Finalmente, apresenta reflexões para uma articulação possível entre saúde e educação para a prática psicológica em instituições. (LILIENTHAL, 2004)⁴.

⁴ LILIENTHAL, L. A. *Educa-São: uma possibilidade de atenção em ação*. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2004.

Este trabalho refere-se a uma busca de compreensão e articulação teórica do fenômeno *espelhamento* observado em grupos de supervisão de apoio psicológico oferecidos a educadores do Projeto Esporte-Talento. Visando articular elementos experienciados na prática para oferecer suporte teórico e entender o manejo clínico de grupos de supervisão, interessou-nos especialmente uma zona intermediária de experiência, que chamaremos de intersubjetiva, na qual a subjetividade do supervisor realça-se como instrumento de seu fazer. Assim, partindo da supervisão enquanto prática legitimada na formação em Psicologia, a figura do supervisor é inicialmente revisitada na sua relação com o supervisionando. Transpondo essa prática para o universo da educação, a supervisão de apoio psicológico passa a ser focalizada na esfera da intersubjetividade. Para tanto, entender as relações entre a intersubjetividade e a clínica foram os passos seguintes, tendo como referências teóricas D.W.Winnicott e Merleau-Ponty. Com base numa sustentação fenomenológica, através de uma composição literária criada a partir dos grupos de supervisão de educadores e facilitadores bem como de pensamentos e reflexões do supervisor durante o seu trabalho, o fenômeno do *espelhamento* revelou-se possível, como imagem criada na relação. O poder encantador/transformador dos espelhos e reflexos remeteu à configuração da prática de supervisão como efetivada em uma grande sala de espelhos, apresentando, em sua amplitude, infinitas possibilidades e caminhos de compreensão a respeito da constituição do ser e da supervisão na formação de profissionais de saúde e educação.” (BACCHI, 2000)⁵

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E SUGESTÕES:

- BACCHI, C. C. A. (1999) “Supervisão de Apoio Psicológico: espaço intersubjetivo de formação e capacitação de profissionais de saúde e educação”. In: MORATO, H. T. P. (Coord.) Aconselhamento centrado na Pessoa: novos desafios. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- BACCHI, C. C. A. (2000) Contando um conto sobre olhares espelhados: uma possibilidade de compreensão do espelhamento em grupos de supervisão. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- LILIENTHAL, L. A. (1999) Gestalt-Pedagogia vai às ruas. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- LILIENTHAL, L. A. (2004) Educa-São: uma possibilidade de atenção em ação. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e Desenvolvimento

⁵ BACCHI, C. C. A. Contando um conto sobre olhares espelhados: uma possibilidade de compreensão do espelhamento em grupos de supervisão. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2000.

Humano). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

- MORATO, H. T. P. (1989) "Eu-Supervisão": em cena uma ação buscando significado sentido. Tese (Doutorado em Psicologia). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

- SILVA, D. C. G. (2003) Oficina de criatividade: dispositivo para a supervisão - Experiência com coordenadores de grupos de idosos. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Recife: Universidade Católica de Pernambuco.

TRANSTORNOS ALIMENTARES: DESCRIÇÃO, QUADRO CLÍNICO E TRATAMENTO

Patrícia Passarelli Tirico¹

PROATA/UNIFESP

Os transtornos alimentares (TA) são caracterizados por graves alterações do comportamento alimentar. De acordo com as classificações diagnósticas (CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – e DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais), identificamos dois transtornos principais: a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN). Além desses dois quadros com critérios diagnósticos bem estabelecidos, encontram-se os transtornos alimentares não-especificados (TANE), constituídos por quadros parciais, isto é, que não preenchem todos os critérios diagnósticos para anorexia ou bulimia, bem como o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), quadro de estudo mais recente, com critérios diagnósticos ainda em avaliação.

Anorexia Nervosa (AN)

Desde o início de sua descrição², a característica central da AN refere-se a um intenso medo de engordar, que motiva a pessoa a se engajar em estratégias extremas para controle do peso, a despeito do fato de já estar magra. As descrições atuais da AN incluem um intenso desejo de permanecer magro, a manutenção do peso abaixo dos níveis normais, alterações da imagem corporal e ausência de

¹ patytirico@yahoo.com

² A AN foi descrita pela primeira vez há mais de 100 anos. No entanto, os critérios diagnósticos do quadro só foram estabelecidos em 1970 (CLAUDINO, A.M.; BORGES, M.B.F. Classificação e Diagnóstico. In: CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. (Org). Transtornos Alimentares e Obesidade. [Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/Escola Paulista de Medicina], Barueri, SP: Manole: 2005.).

menstruação, nas mulheres, ou perda de potência sexual, nos homens.³ O DSM-IV reconhece dois subtipos de AN: anorexia do tipo restritivo e anorexia do tipo purgativo. A diferença entre os subtipos reside no tipo de comportamento utilizado para a perda de peso ou manutenção do baixo peso. Pessoas com AN do tipo restritivo tendem a realizar dietas extremamente restritivas, freqüentemente com grandes períodos de jejum, que podem ou não ser acompanhados de exercício físico excessivo. Já na anorexia do tipo purgativo, observa-se o uso de métodos compensatórios purgativos, tais como vômitos auto-induzidos, abuso de laxantes, diuréticos, entre outros.

Bulimia Nervosa (BN)

A BN foi reconhecida como um transtorno psiquiátrico em 1979 e também é caracterizada por uma intensa preocupação com a forma e tamanho corporais. No entanto, diferentemente da AN, pessoas com BN apresentam peso corporal dentro da faixa de normalidade. A característica central deste quadro consiste na presença de episódios de voracidade alimentar, nos quais a pessoa ingere uma grande quantidade de comida (mais do que a maioria das pessoas comeria nas mesmas circunstâncias). Estes episódios de compulsão alimentar ocorrem em curto espaço de tempo (menor que 2 horas) e são, geralmente, seguidos por métodos compensatórios (indução de vômitos, abuso de laxantes, diuréticos, entre outros). O DSM-IV reconhece dois tipos de BN: bulimia nervosa do tipo purgativo e bulimia nervosa do tipo não-purgativo. Na BN do subtipo purgativo, observa-se a presença dos comportamentos compensatórios purgativos descritos acima, que geralmente ocorrem na seqüência do episódio de compulsão alimentar. Na BN do subtipo não-purgativo não ocorre purgação como tentativa de controle do peso após a

³ WILLIAMSON, D. A.; MARTIN, C. B.; STEWART, T.. Psychological aspects of eating disorders. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2004;18(6):1073-88

ingestão dos alimentos. Como forma de controlar o peso e compensar a grande ingestão calórica, algumas pacientes podem relatar a prática excessiva de exercícios físicos.

Transtorno Da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP)

O TCAP é um transtorno alimentar cujos critérios diagnósticos ainda estão sendo discutidos. Incluído como quadro alimentar em estudo no ano de 1994, ainda não representa uma categoria diagnóstica isolada, sendo atualmente descrito entre os Transtornos Alimentares Não-especificados (TANE). A característica central do TCAP consiste na presença de episódios de compulsão alimentar acompanhados da sensação de falta de controle sobre o comer e angústia. Neste quadro, os excessos alimentares não são acompanhados por métodos compensatórios inadequados para controle de peso.

QUEM DESENVOLVE UM TRANSTORNO ALIMENTAR?

Os transtornos alimentares são quadros de baixa prevalência. Estima-se que as taxas médias de prevalência são de 0,3% para AN, 1% para BN e 1% a 5% para TCAP (na população de obesos, a prevalência de TCAP sobe para 8%).⁴ Além disso, são normalmente mantidos em segredo por aqueles que sofrem destes quadros, especialmente entre pacientes com BN, que conseguem esconder o transtorno por mais tempo, eventualmente por uma vida inteira. Na AN, a perda de peso excessiva torna o segredo mais difícil. No TCAP, os episódios de compulsão alimentar também costumam ocorrer às escondidas, mas o excesso de peso, que geralmente decorre da alimentação desmedida, pode evidenciar o problema.

⁴ MORGAN, C. M.; CLAUDINO, A. M.. Epidemiologia e Etiologia. In: CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. (Org). Transtornos Alimentares e Obesidade. [Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/Escola Paulista de Medicina], Barueri, SP: Manole: 2005.

Os transtornos alimentares, em especial a AN e a BN, costumam acometer mulheres jovens. A AN é mais comumente observada em mulheres brancas entre 15 e 25 anos⁵, mas também ocorre entre 10 e 14 anos. Já a BN costuma aparecer um pouco mais tarde, especialmente entre mulheres com mais de 19 anos.⁶ Os homens também desenvolvem AN e BN, mas em menores proporções. Dentre os pacientes com TA, estima-se que 90% são mulheres. Esta proporção já é bem mais igualitária no TCAP. Neste quadro, 33% dos pacientes são do sexo masculino. Além disso, embora adolescentes também sofram de TCAP, o quadro é mais comum na vida adulta, manifestando-se, principalmente, em pessoas entre 20 e 30 anos. E ainda que o quadro possa ter início na adolescência, a procura por tratamento só acontece na vida adulta.⁷

O que leva ao transtorno alimentar?

Existem inúmeras tentativas de explicar o que faz com que uma pessoa desenvolva um transtorno alimentar. Contudo, não é possível estabelecer isto com clareza. Como a maioria dos quadros psiquiátricos, entende-se que a etiologia é bio-psico-social, sendo, portanto, multifatorial. Dentre os fatores que contribuem para o desenvolvimento dos TA, destacam-se: a vulnerabilidade genética, fatores pessoais, fatores familiares, experiência adversas e pressões sociais.⁸

Com relação aos fatores genéticos, estudos com gêmeos mostram que a concordância entre gêmeos homozigóticos é maior do

⁵ HOEK, H. W. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2006 Jul;19(4):389-94.

⁶ MORGAN, C. M.; CLAUDINO, A. M. Epidemiologia e Etiologia. In: CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. (Org). *Transtornos Alimentares e Obesidade*. [Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/Escola Paulista de Medicina], Barueri, SP: Manole: 2005..

⁷ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. 3rd ed. Washington (DC): American Psychiatric Association (APA), 2006.

⁸ MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; NEGRAO, A. B.. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev. Bras. Psiquiatr.*. 2002, vol.24, suppl.3, pp. 18-23.

que gêmeos dizigóticos e os estudos familiares demonstram maior prevalência de transtornos alimentares em pessoas cujos familiares desenvolveram o transtorno.⁹

Com relação aos fatores individuais, observa-se que traços como obsessividade e perfeccionismo são muito comuns em pacientes com anorexia nervosa, ao passo que impulsividade e sociabilidade são fatores bastante comuns em pacientes com bulimia nervosa. Além disso, estudos mostram que a baixa auto-estima é um fator de risco para o desenvolvimento dos dois quadros.¹⁰

Com relação aos fatores familiares, observa-se que, além da hereditariedade, padrões de interação familiar podem predispor o desenvolvimento do transtorno alimentar. Em famílias de pacientes com AN, observa-se um padrão de rigidez e de evitação dos conflitos. Já para as pacientes com BN, observa-se a desorganização e a falta de cuidado.

As condições adversas são situações da vida que podem predispor o TA, tais como história de abuso sexual, mais prevalente em pacientes com BN do que pacientes com AN.¹¹ Além do trauma sexual, que é um fator de risco para o desenvolvimento de quadros psiquiátricos em geral, pode-se citar as situações de luto, os rompimentos amorosos, entre outras circunstâncias, que podem desencadear um processo de restrição alimentar.

Com relação às pressões sociais, especial ênfase é dada ao ideal cultural de magreza, reforçada por seus significados. Ser magra é ser mais do que bonita, significa ser feliz, bem-sucedida e saudável. Além desta pressão midiática e social que atinge as pessoas de um modo geral, existem profissões que requerem um corpo magro ou leve, representando, portanto, um grupo de risco ainda maior. Como

⁹ WILLIAMSON, D. A.; MARTIN, C. B.; STEWART, T., 2004. Psychological aspects of eating disorders. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2004;18(6):1073-88

¹⁰ MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; NEGRAO, A. B., 2002. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2002, vol.24, suppl.3, pp. 18-23.

¹¹ *Ibidem.*

exemplo, pode-se citar as bailarinas, as ginastas, as modelos e os jóqueis.

QUADRO CLÍNICO

Anorexia Nervosa

O quadro, geralmente, começa após uma dieta devido à insatisfação com peso ou imagem corporal. Inicialmente, são evitados alimentos ricos em carboidratos e aqueles considerados “engordativos”.¹² Posteriormente, esta restrição vai aumentando progressivamente.

Pacientes com anorexia, normalmente, possuem muitos conhecimentos sobre os alimentos, valores nutricionais e calorias. A despeito disso, apresentam muitas crenças erradas a respeito da alimentação e desenvolvem diversos rituais alimentares, tais como dividir as refeições em pequenas porções, esconder comida embaixo da cama ou dentro do armário, mastigar lentamente, comer sozinha, cozinhar para os outros, entre outros.

Do ponto de vista psicológico e social, o paciente passa a ter alterações de humor constantes, ficando muito irritado, além de se isolar socialmente. Não raras vezes, o paciente pára de estudar ou trabalhar em decorrência do quadro alimentar.

Do ponto de vista clínico, observam-se muitas complicações clínicas decorrentes da desnutrição e dos métodos inadequados para controle do peso. Dentre as complicações, pode-se citar: pele seca, unha fraca, cabelos finos e quebradiços, perda de cabelo, intolerância ao frio, hipoglicemia, osteoporose, problemas intestinais, odontológicos, gástricos, endócrinos, entre outros.

¹² ALVARENGA, M. ; LARINO, M. A.. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. *Rev. Bras. Psiquiatr.*. 2002, vol.24, suppl.3.

Bulimia nervosa

Na BN, o quadro também começa com a preocupação em relação ao corpo e formas corporais, que dão início a uma dieta com restrição de alimentos calóricos, mas com menor obstinação do que os pacientes com AN. Dadas as mudanças no hábito nutricional, surge uma fome incontável, que precipita o episódio de compulsão alimentar, no qual o paciente devora rapidamente tudo o que encontra pela frente. Após este momento, a pessoa sente-se imediatamente culpada, favorecendo a indução do vômito para não engordar. Este comportamento lhe traz satisfação e alívio momentâneos.

Invariavelmente, pessoas com BN pensam ter descoberto uma maneira de manter o peso sem restringir os alimentos que consideram "proibidos". No entanto, como pacientes com BN geralmente mantêm o pensamento crítico, esse comportamento de comer muito e vomitar depois é percebido como algo anormal, o que leva à ansiedade, culpa e piora da auto-estima.

Do ponto de vista psicológico e social, pacientes com bulimia apresentam menores complicações do que pacientes com anorexia, tendendo a isolar-se menos. Muitas pacientes conseguem levar uma vida social normal, trabalhando, saindo com amigos e namorado. No entanto, não é incomum que, com o agravamento do quadro, o paciente deixe de trabalhar ou tenha que largar os estudos.

Do ponto de vista clínico, pacientes bulímicas apresentam as mesmas complicações decorrentes dos métodos compensatórios inadequados. Os vômitos e abuso de laxantes/diuréticos levam a sérios problemas gástricos, intestinais, esofágicos e orais, além do risco de distúrbio hidroeletrólítico, que pode levar a uma parada cardíaca.

Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica

O início deste quadro alimentar é mais difícil de ser estabelecido. Estudos sugerem que este padrão alimentar começa na adolescência¹³ e que pessoas com TCAP têm maior probabilidade de responder a tensões emocionais através da alimentação. Normalmente, observam-se relatos de que sentimentos de solidão, tédio, raiva, ansiedade e estresse favoreceram a compulsão alimentar.¹⁴

Dos pontos de vista psicológico e social, observam-se auto-estima rebaixada e auto-imagem negativa, além de relatos sobre discriminação no trabalho, menor oportunidade de empregos e menor número de amigos e relacionamentos amorosos.

Do ponto de vista clínico, pacientes com TCAP podem sofrer todas as complicações clínicas decorrentes da obesidade, tais como maior risco de mortalidade decorrente da hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, doenças cardiovasculares, entre outras.

TRATAMENTO

O tratamento dos transtornos alimentares é multidisciplinar e pode ocorrer em regime ambulatorial, semi-intensivo (hospital-dia) ou de internação, a depender da gravidade e necessidade de cada paciente. A equipe multidisciplinar conta com, pelo menos, três profissionais: psiquiatra, psicólogo e nutricionista, podendo incluir ainda médico clínico, educador físico, assistente social, enfermeiro e terapeuta ocupacional.

¹³ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 3rd ed. Washington (DC): American Psychiatric Association (APA), 2006.

¹⁴ PASSOS, T. C. M.; STEFANO, S. C.; BORGES, M. B. F.. Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP). In: CLAUDINO, A. M.; ZANELLA, M. T. (Org). Transtornos Alimentares e Obesidade. [Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/Escola Paulista de Medicina], Barueri, SP: Manole: 2005.

O atendimento psicológico de pacientes com AN costuma ser individual e não em grupo. Dentre as razões que contribuem para isso, destaca-se a competição para ver quem é mais magra, a troca de informações sobre métodos eficazes para perda de peso e a dificuldade de expressão destas pacientes. Já os pacientes com BN ou TCAP, costumam beneficiar-se de atendimentos grupais.

Para AN, o foco central do tratamento é a recuperação de peso, em função do comprometimento físico, psicológico e cognitivo da desnutrição. Este transtorno apresenta as maiores complicações clínicas, maior número de internações e maiores índices de mortalidade, estando entre os quadros psiquiátricos que mais levam a óbito.

De modo geral, e para os três transtornos, as metas do tratamento incluem regularização do padrão alimentar, suspensão de práticas purgativas, restritivas e dos episódios de compulsão alimentar.

Os transtornos alimentares na perspectiva da fenomenologia-existencial¹⁵

Do ponto de vista da fenomenologia-existencial, as doenças e outras formas de sofrimento são entendidas como um fechamento para as inúmeras possibilidades de realizar a existência, que é compreendida como um âmbito de abertura para o mundo. Nesta perspectiva, o fenômeno patológico aparece como um fechamento desta abertura, manifestando-se como um modo restrito do ser humano ser-no-mundo. Essa restrição se dá em tal nível que a pessoa passa a se relacionar com o mundo e com os outros de uma forma rígida, como se esta fosse a única possibilidade disponível.

¹⁵ Para uma visão mais aprofundada do tema, ver: TIRICO, P.P. Anorexia Nervosa: Uma aproximação Daseinsanalítica. *Revista Daseinsanalyse*, 2004, nº13.

Segundo Boss, esta redução de possibilidades aparece, originalmente, em um dos âmbitos existenciais¹⁶. Dentre os âmbitos do existir que podem ser afetados pelo adoecimento, Cytrynowicz cita: o corporal (na paralisia), a afinação (na depressão), o espacial (na claustrofobia), o do ser livre (na esquizofrenia) e o do ser com (no autismo)¹⁷. No entanto, embora possamos investigar o existencial primeiramente afetado em uma dada forma de adoecimento, é importante ressaltar que há sempre um comprometimento da existência como um todo.

Posto que os transtornos alimentares se manifestam tal como descrito acima, não é difícil imaginar que o existencial primeiramente afetado nesses quadros seja a corporeidade. Segundo Pompéia, a corporeidade é o existencial que mais aproxima o fato de existir ser, ao mesmo tempo, potência e indigência. Nesta condição, os seres humanos experimentam o que é carência e o que é poder. A corporeidade, como condição de indigência, traz as experiências da pequenez, da necessidade, da limitação, do estar exposto e da decadência. Na condição de potência, traz as experiências de poder fazer, poder realizar e poder ter prazer¹⁸.

Embora, do ponto de vista existencial, seja muito complicado fazer generalizações – agrupando pessoas com dificuldades similares como se fosse a mesma coisa – e embora pessoas com anorexia nervosa sejam diferentes de pessoas com bulimia nervosa que, por sua vez, diferem de pessoas com compulsão alimentar, talvez seja possível identificarmos questões comuns no modo como a corporeidade se apresenta nos transtornos alimentares. Todavia, é necessário lembrar que a manifestação e, principalmente, o sentido da dificuldade em cada pessoa são sempre singulares.

¹⁶ BOSS, M. *Existential Foundations of Medicine and Psychology*. US: Jason Arosen, 1977.

¹⁷ CYTRYNOWICZ, M.B. Teoria Existencial, Daseinsanalyse e a Psicossomática. *Revista Daseinsanalyse*, 2002, nº12.

¹⁸ POMPÉIA, J.A. Corporeidade. *Revista Daseinsanalyse*, 2002, nº 12.

Pessoas com transtornos alimentares, normalmente, se sentem impotentes frente à vida, frente às conquistas e à sua própria vontade de mudar. Não é incomum escutarmos na clínica que os pacientes querem mudar seus hábitos alimentares, mas não conseguem; querem ter mais amigos, mas não conseguem; querem trabalhar, mas não conseguem; e assim por diante (experiência da pequenez).

Além disso, não aceitam os limites inerentes à existência. Nós não podemos tudo. Existem limitações que precisamos aceitar. Existem fatos que não podemos mudar. No entanto, pessoas com transtornos alimentares não parecem aceitar alguns limites, como fica evidente em relação ao limite do corpo (nem sempre podemos emagrecer o tanto que queremos, pois cada corpo tem uma estrutura) ou o limite do estômago (nem sempre podemos comer o tanto que queremos) (experiência da limitação). Também não se submetem às necessidades, como a necessidade de comer (na AN), ou a necessidade de comer de outro modo (na BN e no TCAP) (experiência da necessidade).

Pacientes com transtornos alimentares se incomodam muito com o olhar do outro. Relatam muita vergonha, escondem o transtorno, isolam-se socialmente (experiência do estar exposto), além de não lidarem bem com a decadência (na forma do amadurecimento, da velhice, por exemplo).

Seja como for, o que podemos observar vai sempre no sentido da restrição e do impedimento, de modo que as experiências de poder (pode fazer, poder realizar, poder ter prazer) também ficam comprometidas.

Ao refletir especificamente sobre a anorexia nervosa, Pompéia diz que o que está comprometido nessas pessoas é a possibilidade de suportar a experiência de sujeitar-se e limitar-se ao que é possível aos humanos. Essas condições, que são impostas aos seres humanos e precisam ser suportadas, podem ser pesadas. Neste sentido, a

tentativa de reduzir o peso corporal pode ser compreendida como uma tentativa de se livrar do peso da existência¹⁹.

Isto posto, talvez seja possível considerar que a questão do corpo e do peso corporal nos transtornos alimentares digam respeito a uma restrição existencial, expressa, primeiramente, no âmbito da corporeidade, que elucida uma dificuldade de lidar com as questões inerentes à existência, em uma tentativa de se libertar do peso, das limitações, das necessidades, das exposições e outras tantas experiências com as quais todos os seres humanos precisam lidar até o dia em que deixarem de existir.

CONCLUSÃO

Os transtornos alimentares representam graves alterações do comportamento alimentar, que colocam em risco a saúde e o bem-estar dos pacientes, bem como daqueles que convivem com os mesmos. Dado que são transtornos que colocam a vida em risco, os cuidados com as complicações clínicas (físicas e psiquiátricas) são muito importantes. Não obstante, pacientes com transtornos alimentares apresentam diversas dificuldades emocionais e sociais, com enrijecimentos e restrições vivenciais marcadamente significativas. Dessa forma, a compreensão e possibilidade de ampliação dessas experiências são igualmente importantes e precisam ser consideradas paralelamente aos demais aspectos envolvidos neste processo de adoecimento.

¹⁹ POMPÉIA, J.A. (2002) *Op.Cit.*