



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA



Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado
Área de Concentração: Psicologia Aplicada

MARIA JOSÉ DE CASTRO NASCIMENTO

PROJETO ALUNO AMIGO:
PSICOPATOLOGIA, LOUCURA E A FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO

UBERLÂNDIA

2008

MARIA JOSÉ DE CASTRO NASCIMENTO

PROJETO ALUNO AMIGO:
PSICOPATOLOGIA, LOUCURA E A FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientadora Profa. Dra. Maria Lúcia Castilho Romera

UBERLÂNDIA

2008

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

N244p Nascimento, Maria José de Castro, 1958-
Projeto Aluno Amigo : psicopatologia, loucura e a formação
do psicólogo / Maria José de Castro Nascimento. - 2008.
217 f.

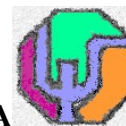
Orientadora: Maria Lúcia Castilho Romera.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

1. *Psicopatologia - Teses. I. Romera, Maria Lúcia Castilho.*
II. *Universidade Federal de Uberlândia Programa de Pós-Graduação em Psicologia.* III. *Título.*

CDU: 159.97



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA



Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado
Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Cecília Pereira da Silva

Profa. Dra. Sílvia Maria Cintra da Silva

Suplente: Prof. Dr. Ricardo Wagner Machado da Silveira.

Profa. Dra. Maria Lúcia Castilho Romera

(orientadora)

“Mas se o saber é tão importante na loucura, não é que esta possa conter os segredos daquele; ela é, pelo contrário, o castigo de uma ciência desregrada e inútil. Se a loucura é a verdade do conhecimento, é porque este é insignificante, e em lugar de dirigir-se ao grande livro da experiência, perde-se na poeira dos livros e nas discussões ociosas; a ciência acaba por desaguar na loucura pelo próprio excesso das falsas ciências.”
(Foucault, 2005, p.24).

Aos

*Nascimento(s) de minha vida que contribuem com meus
(re)nascimentos.*

AGRADECIMENTOS

À Profa. Maria Lúcia, que, como orientadora, fez emergir sentimentos e pensamentos em mim, e trabalhou comigo muito mais do que esta dissertação.

Ao Prof. Antônio Wilson Pagotti, que, com suas observações durante a qualificação, contribuiu muito para a delimitação do tema em estudo.

Às professoras e ao professor da banca examinadora, que atenderam prontamente e com solicitude ao meu convite. E mais, fizeram pontuações preciosas antes de eu findar esta dissertação.

A todos meus atuais e ex (im)pacientes, junto aos quais venho aprendendo a ser gente e profissional.

Aos alunos de psicologia que participaram do Projeto Aluno Amigo e, em especial, os que contribuíram com esta pesquisa.

Aos colegas de trabalho, que me acolheram em momentos difíceis.

Às instituições que proporcionaram a existência desta pesquisa.

RESUMO

Este trabalho é um estudo sobre uma atividade prática da Disciplina Psicopatologia Geral II do Curso de Psicologia – Instituto de Psicologia/UFU – na qual os alunos de 6º Período, na maioria, têm participado do Projeto Aluno Amigo. O projeto consiste em que, durante a prática da disciplina, cada aluno que queira visite diariamente um paciente internado na Enfermaria de Psiquiatria do HC-UFU, desde a internação até a alta hospitalar, que dura em média 18 dias. Essa vivência e as discussões em sala de aula fizeram surgir indagações sobre o ensino e a aprendizagem em psicopatologia no curso de Psicologia. Constituiu-se, então, de uma Pesquisa Qualitativa, por meio do Método Clínico Interpretativo, para a qual foram usadas entrevistas semi-estruturadas com alunos que já haviam participado do projeto; observações das vivências, e, pesquisa nos relatórios avaliativos do final do semestre. Concluiu-se que é bastante complexo ensinar e aprender psicopatologia hoje, num momento de mudanças paradigmáticas da ciência e no contexto de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial. O ser, a paixão ou *pathos*, surge possibilitado pelas relações pessoais intersubjetivas, inter-institucionais e pela arte de ensinar e arte de aprender sobre loucura, aqui denominada de Aprender' te.

Palavras chave: ensino, psicopatologia, intersubjetividade

ABSTRACT

This work is a study that covers the General Psychopathology II Course Practice of the Psychology Course at the Psychology Institute /Uberlândia Federal University. Students in the seventh semester, in the majority, have been participating in the Student Friend Project. The project consists in each student, during the semester, visiting daily a patient hospitalized, from admission to discharge (approximately 18 days) in the Psychiatric Ward of the Clinical Hospital–Uberlândia Federal University. This experience together with the debates in classroom made investigations on the teaching and learning of Psychopathology in the Course of Psychology emerge. A Qualitative Research using the Interpretive Method was then made up. Semi-structured interviews were performed with students who had already participated in the project as well as observations of the experiences and research in reports evaluated at the end of the semester. The study concludes that is quite complex to teach psychopathology this day in age, in a moment of scientific paradigmatic changes and in the context of Psychiatric Reform and Anti-asylum Struggle. The being, the passion or pathos emerges, made possible by the intersubjective and inter-institutional personal relations and through the art of teaching and art of learning insanity, here in a training called the Learning-Art.

Key words: teaching, Psychopathology, Intersubjectivity

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
INTRODUÇÃO	18
CAPÍTULO I - Ensino, Aprendizagem e Loucura ou: Uma grande questão	25
1.1. História da loucura ou: da Loucura à Doença Mental	25
1.2. Psiquiatria e loucuras no Brasil e em Uberlândia	32
1.3. Formação em Psicologia ou: Em como ser psicólogo	48
1.4. Psicopatologia ou: Algumas Subjetividades objetivadas	66
CAPÍTULO II - Método ou: Um jeito de caminhar	73
2.1. Sustentação Teórica ou: Os caminhos do Texto	73
2.2. Psicopatologia, Loucura e arte ou: O Ser Psíquico	83
2.3. Projeto Aluno Amigo ou: Aprender e Aprender Psicopatologia	94
2.4. AT - Acompanhamento Terapêutico ou: Subjetividades, afetos e aprendizagens	110
CAPÍTULO III – Ciência, corpo e alma ou: O Texto e o Contexto da pesquisa com algumas surpresas científicas	116
3.1. Análise do Relatório	121
3.2. Análise das entrevistas	129
CAPÍTULO IV - Finalizando...ou: A biografia desta Investigação	153
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	166
ANEXOS	
ANEXO A – Carta Aberta aos Professores e alunos da disciplina de psicopatologia.	
Manifesto	173
ANEXO B - Projeto Aluno Amigo	177

ANEXO C – Produções Científicas advindas do Projeto	
Aluno Amigo	180
ANEXO D – Modelo de Lista de Alunos/pacientes em acompanhamento	184
ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	185
ANEXO F - Entrevista no. 01	187
ANEXO G - Entrevista no. 02	197
ANEXO H - Entrevista no. 03	207

APRESENTAÇÃO

Neste trabalho investigativo, inicialmente, abordo aquilo que me chamou a atenção de imediato, quando em contato com alunos de Psicologia, no que se refere ao ensino e à aprendizagem em Psicopatologia. Para inserir o leitor no contexto do problema, apresento um breve histórico da loucura sob os vértices cultural e científico, depois, busco contextualizá-lo na história da Saúde Mental do Brasil e da minha cidade.

Em seguida, falo sobre a formação do psicólogo atual numa retrospectiva histórica do aparecimento dos Cursos de Psicologia no Brasil. Apresento como vem acontecendo essa formação, como suas dificuldades são explicitadas e abordo, então, a complexidade do ensino de Psicopatologia nos cursos de Psicologia devido a questões paradoxais, tais como o conceito de loucura *versus* Psicopatologia, a qual se ensina, delimitada pelos conceitos de normalidade e anormalidade. Um ensino que tem se mostrado desvinculado do contexto da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

Esses movimentos estão consoantes com os novos modelos paradigmáticos de ciência, mostrando uma certa dicotomia entre os fazeres e as aprendizagens relativas à Saúde Mental. Assim, vou construindo uma trajetória metodológica, discutindo os modelos de ciência que provocaram a exclusão do louco e da loucura do seio social, transmutando o sentido de loucura para doença com cura e remissão de sintomas. Este sentido ainda delimita o currículo e a formação acadêmica em Psicologia e o ensino de Psicopatologia. Incluo, nesta discussão, exposições acerca do método e da técnica de investigação usadas nesse novo contexto histórico de construção de conhecimentos dos quais faço uso neste trabalho. Assim, vou descrevendo vários aspectos que interferem no ensino e na aprendizagem de Psicopatologia, nos dias de hoje, no curso de Psicologia. E uma das conseqüências desse movimento da ciência é que observamos, atualmente, um certo aprisionamento de pacientes, alunos,

professores e técnicos administrativos quando das relações de ensino, aprendizagem e trato para com o louco. Tal aprisionamento acontece quando a ciência não se questiona, o louco é excluído social e simbolicamente da sociedade, as mudanças quanto a tratamentos são rápidas no tempo, impossibilitando adequações efetivas e tempo hábil de construção de conhecimentos nos campos dos trabalhos de assistência e do ensino.

A produção e a criatividade artística de usuários e de grandes personagens tidos como loucos, mais os produtos de oficinas terapêuticas realizadas pelos alunos com os pacientes internados e, principalmente, o efeito que as visitas dos alunos ao paciente em crise, por meio do Projeto Aluno Amigo, provocavam nos alunos, nos pacientes e em sala de aula, fizeram-me investigar os caminhos das subjetividades ligadas à aprendizagem dessa disciplina. A hipótese é que uma aprendizagem diferenciada dessa disciplina interfere de maneira singular na formação acadêmica do aluno.

O Acompanhamento Terapêutico - o AT - se fez presente no trabalho como instrumento subjetivador, e o Projeto Aluno Amigo a partir do louco com sua loucura, foi o elemento que agregou todos os envolvidos. Tudo isso me fez pensar muito em subjetivação, loucura, psicopatologia e arte/criatividade, relacionadas com o ensino, a aprendizagem e a formação em Psicologia e Prática clínica.

Assim, busquei mostrar o quão complexo são os contextos sócio cultural e científico atuais que envolvem o conceito, o tratamento e o ensino curricular relativos à doença mental, mais as complexidades quanto à subjetividade do paciente em crise, do aluno, do professor e do técnico que atende ao doente, e, ainda, o papel da instituição de ensino, assistência e pesquisa que permeia os sujeitos dessa investigação.

As considerações do segundo capítulo referem-se à fundamentação teórica e ao caminho percorrido para a pesquisa, que constam dos produtos das análises de relatórios dos

alunos e de entrevistas realizadas com eles e, também de, observações feitas durante o desenvolvimento do Projeto Aluno Amigo que ajudaram a abordar o problema.

Para ilustrar o texto, optei por colocar alguns poemas de usuários¹ no seu desenvolvimento. É uma forma de fazer ouvir desvários, verdades desconhecidas, mas reconhecidas em outros lugares, tais como na Filosofia, no senso comum e na ciência.

O trabalho se encaminha para evidenciar o paradoxo in-divíduo *versus* ciência e cultura e, no final, o questionamento sobre como conciliar todos os aspectos levantados com a constituição da identidade profissional do estudante, para o qual parece que o Projeto Aluno Amigo, quanto ao aprendizado de psicopatologia, dá alguma resposta quando esse processo de ensino e aprendizagem é relacionado com a arte possibilitadora de simbolização.

¹ Os poemas inseridos no texto constam em publicações indicadas nas Referências Bibliográficas.

INTRODUÇÃO

Já conhecia a loucura sem o saber. Quando pequena, passava na minha rua, num bairro periférico, “o homem do machado”. Ele era um senhor negro e sujo, que sempre carregava nos ombros um machado. A rua ficava livre das crianças, bastava ele aparecer ao longe. Mais tarde, soube que era “meio maluco” e lenhador. Um dia, ele parou na minha casa e pediu um prato de comida. Minha mãe atendeu-o prontamente. Na minha visão de menina, admirei-a muito na coragem. Nós, crianças, ficamos espiando através de meias cabeças na porta. Depois, já adulta, sempre ouvia falar da loucura por intermédio de outrem. A cidade cresceu, globalizou-se... e, com isso, parece-me que os loucos... sumiram?

Fui apresentada a um tipo de loucura quando entrei numa instituição psiquiátrica para trabalhar. Não a reconheci. Era um espaço muito grande, muito verde cercado por uma tela. Era algo muito diferente do que eu vira anos antes, em outra instituição. Esta foi fechada por força da Reforma Psiquiátrica, com seus 500 leitos e corpos magros vagando, alguns nus, por um pátio cercado por muro alto, sujo e mofado e nada mais além de cimento acinzentado pelo descuido. Essa imagem me parecia uma dimensão onírica, uma realidade de dor, sofrimento e afastamento do humano. Às vezes pergunto-me se vi isso realmente. Mas agora foi diferente: 1995, em pleno fervor da Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica, muitas mudanças foram acontecendo.

Um dia, nessa nova Instituição, parecia que eu estava sentada num banco de praça a conversar com um desconhecido numa cidadezinha qualquer do interior de nosso Brasil. Perguntei seu nome, apresentei-me. Fazia algum tempo que ele estava naquela instituição. Atualmente, passava o dia, almoçava, tomava a medicação, banho, trocava de roupas, ia dormir na casa de um irmão, apesar das brigas que aconteciam por lá. Falou-me sobre o presidente atual, o prefeito da cidade, desqualificou o remédio e o médico. E eu me

perguntava se aquilo é que era loucura. Cheguei a pensar que ele fosse um dos funcionários. Já não tinha mais medo de enlouquecer! O Sr. Antônio² conversava normalmente, sabia perfeitamente em que dia, mês e ano estávamos vivendo, comentava sobre política. Para mim, ser louco parecia ser algo muito normal! Ignorei o fato de ele ser “filho do dono de um grande banco” e, conseqüentemente, também, “dono” do tal banco. Até pensei que ele estivesse me testando, ou “curtindo com a minha cara”, ora, “essa psicóloga acabou de chegar, então, deixe-me brincar um pouco com ela!” Foi a primeira vez em que a loucura me desafiou. Não me era estranho ou prejudicial ele pensar que fosse dono de banco. Depois disso, o segundo, o terceiro, o quarto, o milésimo louco que encontrei pela frente também me deixaram a pergunta: o que é a loucura?

Fui pesquisar, fui estudar. Na religião, na ciência, na psicanálise, na vida, na minha vida... e havia ainda muito por pesquisar: na arte, na literatura, na filosofia, nos grandes personagens da história, reais ou não; na cultura, na etologia...

Foi assim que entrei na loucura institucionalizada. Em plena Luta Antimanicomial, no Centro Oeste de nosso Brasil. Era um Hospital Dia ou HD -, uma grande novidade ainda desconhecida para a quase totalidade das pessoas que trabalhavam lá. Uma grande novidade, recém determinada pela portaria no. 224 do Ministério da Saúde. (Brasil, 2004). Uma grande, mas bem grande mesmo, novidade para os familiares de alguns pacientes, uma vez que estes retornavam aos seus lares, e alguns tinham passado mais de uma década internados. Outros haviam passado por internações de meses e até anos. Era o começo do fim da institucionalização de pacientes psiquiátricos em nossa cidade.

Inspirados no pioneirismo italiano de Franco Basaglia, já havia mais de uma década que se tentava modificar o tratamento da loucura e humanizar o tratamento do doente mental no Brasil. Havia, também, experimentações rumo a acertos, pois era o começo da construção

² Nome fictício.

das novas formas de tratar a loucura e o louco, sob fiscalizações por meio do projeto de lei do deputado Paulo Delgado,³ que começava a ser discutido no senado federal. Fiquei naquela instituição por sete anos.

Hoje, continuo com minhas indagações. Ora, após 13 anos de trabalho nessa área, em três instituições, em níveis diferentes de atenção à saúde mental, a promulgação de outras leis, e depois de participar de implantação do Núcleo de Assistência Psicossocial - NAPS, e do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS-⁴ ainda me pergunto: o que é o louco? O que é a loucura? Existe tratamento? Existe cura? Como a instituição ajuda? Como a medicina ajuda? Como a Psicologia ajuda?

Enfim, será que a loucura tem algo a ensinar aos alunos, aos professores e a todos os envolvidos na formação do psicólogo? Será que a loucura, fenômeno demasiadamente humano, que se apresenta nos esquemas classificatórios nosográficos, tem algo a informar à Psicologia? E se for verdade, como isto se poderia efetivar?

Parti em busca de respostas. Debrucei-me sobre livros. Gastei tempo, dinheiro e costas deitada em divãs. As peculiaridades institucionais começaram a pesar. Tive que estudar mais. Primeiro, estudei Freud, Klein, depois, apaixonei-me por Bion e também por alguns outros psicanalistas: Bleger, Käs, Enriquez e Pichon Rivière, que muito me ajudaram a compreender alguns funcionamentos institucionais. A minha loucura e a loucura das instituições teriam que ser pesquisadas e compreendidas.

Vale ressaltar que sempre fui uma menina calada, quieta no meu cantinho, era mais de ouvir e ver do que falar. Era medrosa. Nunca me arriscava, havia muitos perigos concretos na fazenda onde fui criada. O recurso que eu tinha era escrever, desenhar e colorir. Passava horas passeando pelas cores, vivendo mundos que iam sendo concretizados por meio de minhas

³ Deputado Federal que apresentou o projeto de lei que previa a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos no Brasil, o qual foi Promulgada em Abril de 2001. Lei no. 10.216

⁴ Ministério da Saúde (Brasil-2004) NAPS – Portaria no. 224 de 1992, que regulamentou os primeiros tratamentos extrahospitais. CAPS – Portaria no. 336 de fevereiro de 2002, que remodelou a portaria 224.

mãos e de meus pensamentos. Era distraída, alheia ao mundo que me cercava. E escrevia. Aos oito anos de idade, produzia poesias com rimas e tudo. Faço isso até os dias de hoje. Adorava decorar e declamar poemas de Castro Alves, Cecília Meireles e outros. Gosto muito de me expressar livremente, tenho necessidade de registrar por meio de palavras emoções que me assediam. Parece que sempre vivi em minha subjetividade ou em minha loucura sem me dar conta disso.

Assim, durante a faculdade, as informações que me foram ensinadas como Psicopatologia “não cabiam em mim”. Parece que o ensino e a aprendizagem em Psicopatologia, para alunos do Curso de Psicologia, devem ser efetivados por meio de uma forma que não nos afaste de nós mesmos, ou seja, é desafiante conciliar a loucura em nosso âmago e, também, tê-la como objeto de estudo. É algo estranho e louco ter loucuras, estudá-las, ensinar formalmente sobre loucuras, aprender formalmente sobre loucuras! Parece redundante, objeto, instrumento, operador, produto... tudo da mesma espécie, da mesma essência! É um desafio falar de algo tão humano, tão comum, tão temido, tão nosso... e estudar... aprender e apreender o humano, por intermédio do humano, com o humano, sem nos afastarmos do humano. E aqui estou trabalhando com loucos e loucuras, agora, num contexto de ensino e pesquisa.

Após a graduação, afastei-me da Psicologia e, por ocasião do primeiro emprego como psicóloga, vim parar na área de saúde mental. Venho complementando minha sustentação teórica, prática e vivencial com investimentos pessoais na profissão, pois os desafios do trabalho com loucos mais a crença numa sociedade verdadeiramente humana, com loucos, mas sem manicômios, levaram-me a percorrer esses caminhos.

Adotei como modelo, a prática clássica da formação psicanalítica que é psicoterapia, supervisão e grupos de estudos em que acredito. E o fiz e faço ainda. Participei de muitos grupos de estudos, cursos em instituições formais oficiais e particulares; supervisões

individuais para casos e para questões de grupos; e submeti-me à psicoterapia pessoal por mais de uma década. Foram buscas para compreender o funcionamento mental dos seres humanos, o meu funcionamento mental e as dinâmicas dos funcionamentos das instituições. Eu o fiz percorrendo algumas linhas teóricas até me ancorar no referencial da psicanálise, em que consegui me aninhar, porque ela respondia, e ainda responde, a questões que me vão sendo colocadas no dia-a-dia. E mais, a técnica e o método psicanalítico não são estranhos ao meu jeito de ser.

A cada dia encontro novos desafios. Ao tripé adotado na formação extracurricular acrescento a escrita, algo que me é tão caro e sabidamente, também, instrumento com esse fim. É útil para uma revisão de meus próprios pensamentos e sentimentos ante as coisas do mundo que me tocam, seja esta escrita acadêmica ou não.

De imediato, alguns questionamentos surgem nesse contexto: qual seria, hoje, o discurso da Psicologia dentro de um hospital, junto com a Psiquiatria, uma ciência médica hospitalar que trata corpos e que tem como objeto a mente sob o conceito de normalidade? Como o contexto sócio cultural, histórico e científico interfere nessa problemática? Partindo desses pontos de vista, estaria o aluno, hoje, sendo preparado para os enfrentamentos que estão sendo colocados no âmbito dos atendimentos à Saúde Mental, que tem em suas bases mudanças epistemológicas, invenção de fazeres e conceitos de normalidade e anormalidade?

Creio que antes, quando se acreditava que o isolamento era benéfico, as atenções eram concentradas na pessoa do paciente; hoje, não. Além das especificidades do indivíduo, vejo acentuadas questões ligadas aos familiares, às instituições de ensino e assistência, às novas práticas, à formação do técnico, à submissão às novas leis num contexto globalizado e altamente tecnológico, sobretudo em termos de medicação psicotrópica e políticas de saúde em rede nos vários níveis de atendimento.

A vivência na área de saúde mental, sua dinâmica com rápidas mudanças, as relações diárias com usuários em crise, demandaram em mim algumas interrogações e, neste estudo, partindo de uma prática de ensino da disciplina Psicopatologia para o curso de psicologia, busco respostas para algumas dessas questões. Conforme mencionado anteriormente, tal prática vem acontecendo por meio do Projeto Aluno Amigo, o qual tem como participantes o usuário internado em situação de crise, alunos, docente, técnico administrativo e instituição de ensino e assistência.

O projeto nasceu para oficializar a presença de alunos da Psicologia em visitas regulares aos pacientes internados na enfermaria de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Quando da chegada dos primeiros alunos amigos, os pacientes se vincularam a eles e esperavam suas voltas no dia seguinte com muito apreço. Inicialmente, o projeto tinha o objetivo de proporcionar ao aluno de Psicologia um contato mais prolongado com o usuário do serviço, ao mesmo tempo em que ele pudesse questionar definições de normalidades e anormalidades do funcionamento psíquico humano e contribuir com uma visão realista quanto às mudanças de filosofia nos tratamentos relativos à Saúde Mental.

Porém, com o tempo, esse projeto foi tendo alguns desdobramentos. Fui observando fatos interessantes quanto à aprendizagem do aluno, dentro e fora da sala de aula, e do seu contato com a loucura. A minha convivência com os alunos, com a professora, com a instituição de ensino e assistência, e mais o usuário intermediando as nossas experiências, foi constituindo-se num conhecimento instigante, que merecia estudo. Daí surgiu esta dissertação, com o intuito de investigar possibilidades de reflexões críticas em torno da forma de transmissão dos conhecimentos da ordem da subjetividade e da intersubjetividade, essenciais na apreensão dos saberes sobre a *psique*, que, para Hermann (1991), é o reino dos sentidos humanos. Além disso, talvez, contribuir com uma formação que possa ser efetiva no

enfrentamento da clínica, aliada às mudanças paradigmáticas e epistemológicas das ciências, mais particularmente, das ciências humanas e sociais.

(sem título)
Quero explodir a mão
Que bate em meu peito
Quero acabar as guerras
Da babilônia
Em que a criança vive em
cada segundo
É que o homem festeja
um minuto de sua vida.
Quero ser chamada de poesia
Mas poesia é substantivo
Então faço poesia
Só poesia
E fiz do meu filho um verso.

Maria da Graças Norberto Silva (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2000, p.94)

CAPÍTULO I - ENSINO, APRENDIZAGEM E LOUCURA

OU: UMA GRANDE QUESTÃO.

1.1. História da Loucura ou: Da Loucura à Doença Mental

Neste capítulo, delineio um dos aspectos de meu objeto de estudo, isto é, estados diferenciados da mente humana, percorrendo um caminho pela história, pela filosofia, leis e trato que se têm dispensado à loucura ou Doença Mental, de modo a evidenciar as amplas questões científicas e culturais que envolvem o tema.

Para falar sobre loucura, começo por Erasmo Desidério (2003)- Erasmo de Rotterdam-, um texto escrito mais ou menos em 1500 d.C. Ele considera a loucura algo com todos os atributos e características humanas, devido ao fato desta fazer parte do homem. Nasce e morre com ele. Pondera que a natureza, ao criar o gênero humano, concedeu às paixões, em comparação ao atribuído à razão, um pequeno espaço na capacidade do pensamento. Afirma que ainda há dois tiranos que se contrapõem à razão: a ira e o desejo sexual.

Segundo Erasmo, a loucura governa quem governa o mundo, é filha da ninfa Neotetes, a Juventude, e de Pluto, o Deus da riqueza. Nasceu na ilha flutuante de Delos, onde o trabalho e a velhice jamais chegaram; sorriu ao nascer e teve como amas de leite a embriaguez e a ignorância, e como seguidores e servos o amor próprio, a adulação, a preguiça, a volúpia e a demência, e mais os deuses das Delícias, Como e Morfeu, deus do Esquecimento. A loucura não tem limites, daí, não ser possível defini-la. Por ela toda a humanidade tem profunda veneração. Todos os atos humanos perpassam por algum tipo de loucura, pois a sensatez e a seriedade a ela se submetem.

Essa é uma visão mais artística ou poética, e sabidamente fruto de uma época, mas é possível abordar os transtornos mentais por mais de um ângulo; então, vou me reportar a loucura sob o ponto de vista da Filosofia.

No clássico “História da Loucura”, Foucault (2005), traça uma extensa trajetória de como a loucura vem sendo tratada pelas sociedades e pela ciência através dos tempos. Primeiro, localiza-a nascendo na Idade Média, nos leprosários que estavam ficando vazios com o fim da lepra nos meados de 1635. Nesse meio, o louco era detentor da verdade humana. Por meio das artes, a loucura representava a morte, e renegá-la era negar a finitude, e aí esse saber tornou-se proibido, pois era o verdadeiro apocalipse, uma vez que os delírios são as próprias imagens da natureza humana. Esse posicionamento ante a loucura/morte traduziu-se culturalmente mediante dois tipos de consciência, uma crítica e outra trágica. A primeira continuava a falar verdades humanas por meio das imagens artísticas e dos escritos filosóficos e científicos. Já na consciência trágica, a morte é falada pela ausência da palavra, mediante a exclusão real e simbólica do louco e da loucura de nossa sociedade, o que foi acontecendo no decorrer da história (Foucault, 2005).

A partir de então, a loucura perde seu sentido de ser experiência subjetiva de sujeitos e a lógica cartesiana se evidencia numa racionalidade objetiva: se o homem pode ser louco, então, o pensamento é soberano para perceber verdades, e quem as percebe é sadio. Começa a haver o que Foucault chamou de “A Grande Internação”. Os locais antes de penitência e encontro com Deus tornaram-se locais de assistência física, religiosa e prisão, com poderes de polícia para todos os tipos de desclassificados sociais. Caminhou-se da caridade para a repressão. (Foucault, 2005).

Com a industrialização, o trabalho passou a ter acentuados os valores éticos e moral para os pobres e os loucos, sendo a moral e o comércio administrados pelo Estado. Houve o aumento e diferenciação da burguesia, e novas classes sociais começaram a surgir com o

início do capitalismo. A Igreja fortaleceu os vínculos com o Estado, e instalou-se o jurídico ante a loucura. Esta foi aprisionada pelos sentidos de incapacidade para o trabalho e impossibilidades de convívio com o grupo social, imoralidade, falta de cidadania e falta de ética.

Ainda segundo Foucault (2005), o homem torna-se desatinado se entregue a si mesmo, e a racionalidade coloca a sanidade em algumas pessoas, mas não em todas, e nisso reside a base da ciência médica. Já estamos no fim do séc XVIII, e estão misturados cárcere e hospital. Nega-se a pulsão que determina a expressão de vida para a qual não há cura científica. Com Pinel, no início do século passado, separam-se definitivamente os aspectos jurídicos dos médicos perante a loucura. Há as categorizações, é criada a idéia de norma, e nasce a psiquiatria.

Dessa forma, acompanhamos em Foucault (2005) uma transformação de significados da experiência da loucura, de algo natural no ser humano para uma perspectiva de trato com cunho sócio-histórico, cultural e científico, ficando evidenciado que há aí uma relação de poder da ciência e da cultura quanto à forma de definição e trato para com a loucura e os loucos. Portanto, para Foucault, a loucura é produto de formação discursiva e, historicamente, contingente com a ciência, havendo uma relação intrínseca entre saber e poder.

Erro de tipografia

*Ser o não ser,
Eis a questão.*

Franklin Alves Dassic (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2001, p.22).

Um ponto de vista vindo da vertente sociológica é o que nos mostra Frayze-Pereira (1985). Este autor fala das dificuldades em se definir a loucura, mas defende o quão é relacional a forma de ser de um indivíduo, afirmando que o “doente” e a “anormalidade” só surgem quando relacionadas ao que é considerado “normal”. Ao criar-se a norma, o diferente,

no caso da doença mental, fica em destaque uma subjacente idéia de que a diferença seja desqualificada e deva ser banida.

Frayse-Pereira (1985) define, então, doença ou patologia mental enquanto reconhecida por uma dada cultura em um dado momento histórico, portanto, mutável. Dessa forma, a loucura é criação cultural e variável em termos de lugar e de época. Frayze-Pereira afirma que a psiquiatria é jovem, e a idéia de loucura como patologia não é universal. Para ele, os sintomas em indivíduos de culturas diferentes têm significados diferentes e aí, dependendo de onde vivem, são designados como loucos ou não. Historicamente, as sociedades têm se organizado de modo que alguns sejam reconhecidos como saudáveis enquanto outros, não.

O autor acredita, ainda, que a consciência crítica tal qual Foucault (2005) a designa, na qual a Ciência e a Medicina se inserem, tem o discurso do especialismo e da racionalidade, que é criação da ciência moderna. (Frayse-Pereira,1985).

A partir desta parte do trabalho, deixo um pouco de lado essa introdução geral e direciono minha escrita para movimentos históricos no mundo e no Brasil, os quais vieram ocorrendo ante a loucura, a Doença Mental, a Psiquiatria e os tratamentos das Psicopatologias que hoje são conhecidas. Vivemos os movimentos de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil, que, no entanto, tiveram suas origens em movimentos que foram acontecendo em todo o mundo.

Amarante (1995), ao falar sobre Psiquiatria e suas práticas, cita, inicialmente, as bases teóricas e filosóficas que nortearam a Reforma Psiquiátrica e esclarece que esse momento da história foi possível devido à mudança do objeto que ocorreu nessa ciência, passando de tratamento da Doença Mental com idéia de cura para a idéia de promoção da Saúde Mental, em que ficam evidenciadas noções de cidadania e de Direitos Humanos.

Através de décadas, as práticas nascidas da psiquiatria aliavam à noção de periculosidade a idéia de doença, e, com o aval do saber médico, a reclusão, a punição e os

tratamentos ficaram fluidos, propiciando o surgimento de manicômios com segregação e maus tratos. A loucura foi classificada por sintomas e agrupada numa ordem natural de doença semelhantemente às doenças orgânicas. No momento em que o acolhimento nas hospedarias deixou de ter cunho social e filantrópico, e com a chegada do médico a estes locais, a loucura passou a ser da ordem da medicina. Pinel, em 1793, inaugurou na França, o Hospital Psiquiátrico de seu tempo, em que apesar de ser a primeira reforma assinalada em psiquiatria, o louco deixava de ser acorrentado concretamente para ficar tutelado, isto é, acorrentado pelos saberes e práticas ligados à exclusão.

Segundo Amarante (1995), Franco Rotelli, em 1990, cunhou o termo Psiquiatria Reformada, referindo-se às experiências novas em termos de tratamento que ocorreram na modernidade. Assinala o surgimento das Praxiterapias ou Terapêutica Ativa, em 1920, e as Comunidades Terapêuticas em 1940, na Europa; a Psicoterapia Institucional, por volta de 1950, especificamente, na França; a Psiquiatria de Setor, em 1960, e a Psiquiatria Preventiva em 1970, nos Estados Unidos. Estes dois últimos aconteceram conjuntamente com os movimentos *hippies* e fortes turbulências sociais das épocas, tais como incremento das tecnologias e guerras. Todos influenciaram o surgimento da Antipsiquiatria na Inglaterra, na década de 1960, um movimento de cunho bastante radical em termos filosóficos e proposição de práticas.

Após a segunda guerra, os Hospitais Psiquiátricos foram comparados a campos de concentração, e fortaleceram-se os posicionamentos em defesa dos Direitos Humanos, culminando num rompimento com os saberes e práticas existentes, cujas bases foram assentadas em novos modelos de ciência advindos de mudanças ocorridas na Física e na Matemática. Na década de 1970, Franco Basaglia inaugurou a Psiquiatria Democrática na Itália, e esta é que iria influenciar a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A proposta Basagliana foi de desconstrução e reinvenção dos conhecimentos sobre a loucura, das tecnociências, ideologias e funções dos técnicos e intelectuais na área de psiquiatria. Sua proposta atingiu frontalmente paradigmas vigentes em termos de Saúde Mental. (Amarante, 1995).

*Psiquiatria
A mente
mente
ela engana
a gente.*

José Carlos Rosa (Dupla Ação Marketing Cultural, 2001, p. 24).

Em outros momentos, Amarante (2000; 2003), menciona que o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil pode ser visto por três vértices: desinstitucionalização como desospitalização, como desassistência e como desconstrução. O autor expõe a seguinte questão: será que a Reforma Psiquiátrica se resume à modernização de técnicas psicoterapêuticas ou mera reorganização dos serviços? Franco Basaglia descuidou-se da clínica, enfatizando apenas aspectos sociais e políticos?

Historicamente, em nosso país, o termo adotado - Reforma - passou a ser utilizado a partir da proposta da “Declaração de Caracas,” em evento da Organização Pan-americana de Saúde em 1990, e sempre foi tomado como reparo, mudança de aparência, sendo que a essência da mudança proposta pode ainda não estar sofrendo alterações.

Amarante (1995) explicita que a Reforma Psiquiátrica é uma busca por desconstrução do saber psiquiátrico. Primeiramente, como des-hospitalização, que é derivada do modelo Norte Americano de Psiquiatria Comunitária e Preventiva, que, porém, por ser centrado no modelo hospitalar, não busca modificar o saber científico. Essa forma parece, segundo o autor, atingir mais uma diminuição no número de leitos, diminuição do tempo de internação e, conseqüentemente, diminuição dos gastos públicos nessa área. Por esse vértice, não há uma real transformação na natureza da assistência, permanecendo o hospitalismo e a exclusão.

*Medo do tempo
Passado,
Repassado.
Presente,
Nem sempre.
Futuro.
Obscuro*

Jocilei Dalbosco (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2001, p.59)

Como desassistência, a desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica é vista de forma radical, como fim completo da hospitalização e devolução do doente ao seio familiar, ou seja, à própria sorte, devido ao despreparo familiar para recebê-lo e conviver com ele e a doença. Essa premissa é sustentada por grupos corporativos de donos de hospitais e grupos farmacêuticos (Amarante, 1995).

Por fim, como desconstrução, a Reforma Psiquiátrica implica um compromisso social, em mudar a forma de trato e a participação de toda a sociedade no processo de desinstitucionalização. (Amarante, 1995).

Esse mesmo autor sustenta que, nesse último posicionamento, é que se assenta a idéia de Basaglia, quando ele deflagrou a Reforma Psiquiátrica Italiana, e que inspirou o modelo brasileiro de Luta Antimanicomial, sendo criado o lema: *Por uma sociedade sem manicômios*” a caminho da desmedicalização da loucura.

Reverendo o movimento para além das fronteiras históricas, Amarante (1995) destaca a implicação do termo desconstrução como um processo ético-estético, donde surgem novos sujeitos e novos direitos, que, ao criar possibilidades para a produção de subjetividades, possibilitam a emergência do sujeito da experiência da loucura, ou seja, o cidadão, e transforma também as pessoas, os serviços, os espaços e os instrumentos envolvidos na experiência psiquiátrica.

A dimensão técnico-assistencial de tutela, custódia, disciplina e vigilância é questionada, sendo o manicômio, estabelecido há décadas, abalado em seus fundamentos

filosóficos e práticas terapêuticas. As dimensões jurídicas, políticas, a cidadania, os direitos humanos e sociais contrapõem-se à idéia de loucura relacionada à periculosidade, à irracionalidade, à incapacidade e irresponsabilidade civil. Enfim, a dimensão sócio-cultural que possibilita a existência da loucura no contexto social projetou a mudança da concepção de loucura existente.

1.2. Psiquiatria e loucuras no Brasil e em Uberlândia

Nesta parte do trabalho, apresento uma revisão histórica importante sobre a Psiquiatria no Brasil e em Uberlândia. Segundo Resende (1990), não existe muito formalizada uma História da Psiquiatria no Brasil, no entanto a base de nossa psiquiatria veio da Europa juntamente com o descobrimento do Brasil, e mais, sempre foi marcada por haver ações diferentes daquelas propostas pelos discursos e leis existentes.

Na Europa, por volta de 1900, Pinel não acreditou no tratamento da época e quis dar cientificidade à causa, principalmente dos loucos, que eram diferentes dos outros desclassificados sociais encarcerados. Resende (1990) localiza que a psiquiatria chegou ao Brasil exatamente nessa época, portanto, já com cunho científico.

Segundo esse autor, quando começaram a aparecer as primeiras cidades e os primeiros loucos, a crença era de que essa classe social aparecia devido à evolução das cidades. As Santas Casas existentes abrigavam os idosos e os desvalidos e não há registros de que loucos as ocupavam, sendo a loucura diluída pelo vasto território brasileiro. Antes, nossa sociedade era eminentemente rural, e havia a utilização de escravos como mão de obra, configurando duas classes sociais bastante distintas: os escravos e os senhores donos das terras, sendo o trabalho uma coisa indigna para os cidadãos. A classe intermediária que começou a surgir no Brasil era de desempregados que não tinham um papel definido na sociedade e era constituída

por pobres que viviam nas ruas, aos quais se juntaram os loucos, tal qual na Europa. (Resende, 1990).

O tratamento moral então vigente na Europa foi também importado, sendo patentes o seqüestro e o trabalho forçado juntamente com explicações genéticas para a loucura e a idéia de cura. Houve demanda por loucos, e esta crescia cada vez mais, levando, assim, à criação de hospícios com grande número de leitos, longe dos grandes centros urbanos, verdadeiras instituições asilares que segregavam, excluía, abrigavam, alimentavam, vestiam e os tratavam. Havia também o provedor, com autorização dos reis, para que cuidasse de doentes mentais. Quando esse cuidado foi entregue à medicina, o intuito era de que restaurasse a ordem social, uma vez que, no final do século XIX, as cidades cresceram rapidamente, contando com a chegada de milhares de imigrantes, que não eram vistos “com bons olhos”. O poder do saber médico se fez presente. Nesta época, a quase totalidade dos doentes internados receberam o diagnóstico de degenerado atípico, explica Resende (1990).

Nas décadas de 1920 a 1930, houve um grande avanço no campo da medicina; formou-se a Liga de Saúde Mental, houve congressos, teses e conferências. Surgiram as primeiras intervenções terapêuticas para alienados, falava-se em psiquiatria preventiva, e o trabalho nas colônias agrícolas era um dos métodos de tratamento. Não trabalhar passou a ser algo anormal e tratado como indolência, sem levar em conta o aspecto social aí existente. (Resende, 1990).

A expansão dos hospícios brasileiros foi flagrante e marcada por uma interiorização, iniciando pelo Rio de Janeiro, São Paulo e várias cidades do Norte, Nordeste, Centro Oeste, interior do Rio e São Paulo e outras capitais; isso até a década de 1950. Pretendia-se, já nessa época, curar os loucos e devolvê-los à sociedade por meio da assistência hetero-familiar. O número de internos não parava de crescer e toda a sorte de indigentes, pessoas sem referências familiares e desajustados sociais passaram a viver nas colônias e a receber tratamentos. Mas é

que também os tratamentos tornaram-se caros e, no fim dos anos de 1950, só o Juqueri, em São Paulo, já tinha abrigado, aproximadamente, 14 mil doentes. Nesse período, superlotação, maus tratos, exclusão, asilamento e abandono foram registrados. (Resende, 1990).

Com a forte industrialização, saber médico científico e surgimento dos psicotrópicos, corrupção e poderio econômico, a iniciativa privada se fez presente, com investimentos significativos na área de saúde mental, período que Resende chama de psiquiatria de massa no Brasil. A prática psiquiátrica cresceu juntamente com o crescimento econômico dos anos de 1960 e 1970, coincidente com períodos de repressão política. O “milagre econômico”, lema brasileiro propagado na época, lembra uma sociedade pobre com graves problemas sociais de mortalidade, e o doente mental perdia o posto de principal problema a ser abordado pela saúde pública e surgiam os primeiros sinais do movimento de Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica. (Resende, 1990).

Não posso deixar de citar, nesse histórico, e fazer jus a dois personagens do cenário brasileiro em saúde mental, do início do século passado, e pouco citados ou conhecidos em nossos meios. Trata-se de Gustavo Kohler Riedel, citado por Piccinini (2008), e Ulisses Pernambucano de Melo Sobrinho, citado por Theophilo (2008). Ambos, médicos psiquiatras que exerceram seus ofícios no fim século XIX e início século XX, e marcaram presenças na história da psiquiatria brasileira, com ações psicossociais extra-hospitalares, fundamentadas em filosofias humanitárias sem asilamento ou exclusão do louco.

*Tudo
Tudo para mim é tudo
Tudo pode-se ver
Tudo pode-se pegar
Tudo pode-se amar
Tudo pode ser corrigido
Tudo pode ser erguido
Tudo pode ser solicitado
Tudo pode ser amado.*

Jorge Luiz Pereira (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2000, p. 72).

Outra visão da psiquiatria brasileira, mas agora nos moldes historiográficos, é a vertente de Costa (1981), voltada para aspectos ideológicos subjacentes aos movimentos da psiquiatria do começo do século passado. Esse autor analisa que as origens históricas da Liga Brasileira de Higiene Mental no Rio de Janeiro, atuante nas décadas de 20 e 30, tinha um ideal de eugenia, em que se apregoava uma raça puramente brasileira, que deveria emergir do, até então, estado colonial existente, com importações inclusive de estilos de vida e raças humanas. A crença científica da época era que a miscigenação estava ligada à doença mental e ao abuso do álcool.

Segundo Costa (1981), essa postura configurava mais uma crítica à ideologia democrática liberal, que começava a surgir, contra as instituições filantrópicas e, também, críticas ao governo, às instituições médicas e à igreja que davam assistência às pessoas pobres. Os médicos da época reivindicaram uma posição científica e fundaram vários hospícios com os tratamentos importados da Europa, mas, subjacente a isso, havia filosofias nazista e anti-liberalista alienadas dos aspectos culturais e econômicos brasileiros. Segundo o autor, essa época foi um momento de grandes transformações no nosso cenário político e social e configura uma busca por identidade do povo brasileiro com o surgimento de uma classe média e o movimento modernista. Foi um paradoxo para a psiquiatria da época, isto é, criar uma raça puramente brasileira, mas com o racismo e a xenofobia.

Todos esses movimentos históricos e paradigmas nos quais diferentes posições se assentavam exerceram algum tipo de influência nos dias de hoje.

Na atual Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, Lancetti *et all* (1986) nomeiam a Plenária dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizada no estado de São Paulo, em outubro de 1986, como um marco importante na história do Movimento Antimanicomial Brasileiro. O objetivo foi sensibilizar os congressistas para a construção da Constituição de 1988. Foram abordados temas tais como cidadania e justiça social para os doentes mentais, como forma de

inserir-los na sociedade. Foi apregoada a Saúde Pública para toda a população brasileira com nova filosofia, cujo foco quanto à Doença Mental, seria a superação do conceito de cura, a valorização da cidadania e o direito à vida.

Segundo Amarante (1995), a 8ª Conferência Nacional de Saúde dos anos de 1980, juntamente com a I Conferência Nacional de Saúde Mental, forneceu as bases para a trajetória de desinstitucionalização. A questão da loucura e da psiquiatria estava definitivamente lançada no seio de nossa sociedade. Surgiram os primeiros Centros de Atenção Psicossocial-CAPS nos anos de 1980, e depois, já nos anos de 1990, os Núcleos de Assistência Psicossocial-NAPS, no Rio de Janeiro e São Paulo.

Nessa mesma obra, Amarante (1995), informa que o Movimento pela Reforma Psiquiátrica começou, de fato, nos anos de 1978/1980, com objetivos de remodelar o sistema assistencial de modo a atingir também o saber da ciência psiquiátrica. Houve um marco importante com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental há, aproximadamente, trinta anos, que se caracterizou por não ter um perfil cristalizado nem estruturas solidificadas, sendo este movimento múltiplo e plural com a participação de vários técnicos, familiares, amigos e usuários. Mesmo assim, em 1997, a doença mental ainda era uma das maiores causas de incapacidades, internações e primeiro lugar em termos de gastos públicos com a saúde.

Na visão de Lobosque (2003), o Movimento de Luta Antimanicomial começou na década de 1970 e foi realmente formalizado, em 1993, como movimento nacional, no I Encontro Nacional em Salvador (BA), com esse objetivo, e contou com a participação de técnicos e usuários dos serviços. Até o ano de 2001, houve cinco encontros nacionais bianuais e, nos anos intercalados, promoveram-se encontros entre usuários e familiares, estes vinculados ao Movimento da Luta Antimanicomial já existente em todo o Brasil.

A autora informa que os ganhos foram relevantes: participação efetiva na Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica, influenciando a criação dos Serviços Substitutivos por meio de ampla mobilização social e política. Houve compartilhamento nas denúncias que influenciaram aprovação de leis municipais e estaduais fortalecendo, efetivamente, a aprovação da lei Paulo Delgado, e os usuários reconheceram-se donos do movimento. (Lobosque, 2003).

Realizou-se a III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2002, e houve a efetivação do PNASH-Psiquiatria⁵ e a mobilização forte no movimento “Em defesa da Reforma Psiquiátrica Brasileira”. Os serviços substitutivos continuaram crescendo em número e culminaram nos CAPS mediante leis. E a luta continua, ou seja, independentemente dos obstáculos que venham a surgir, loucura e cidadania devem conviver harmonicamente, este é o objetivo maior a ser alcançado. Em dezembro de 2007, em Bauru-SP, foram comemorados os vinte anos da Luta Antimanicomial “Por uma sociedade sem Manicômios” e foram avaliados os ganhos e os desafios do movimento.

Neste sentido, Delgado *et all* afirmam: “*A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado de serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo de Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.*” Delgado *et all* (2007, p. 39)

⁵ Brasil (2004) Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, no caso da Saúde Mental, PNASH-Psiquiátrico. Serviço previsto na Lei no. 8080 que instituiu o SUS.

Esperança

Parto todos os dias

Ao meio

Ao meio-dia

Parto todos os dias

Ao meio

E do parto de todos os dias

Renasço

Na esperança de ser feliz.

Antônio Carlos Pucci (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2000, p.30).

Os estudos dos últimos autores citados (Lobosque, 2003; Delgado *et al* 2007) mostram que só nos últimos cinco anos é que os recursos financeiros da saúde mental foram direcionados para tratamentos extra-hospitalares, e que realmente estão sendo implantados os sistemas de controle social, fiscalização e programa de diminuição de leitos psiquiátricos com progressivo número de CAPS nos municípios brasileiros. Só a partir de 2002 é que houve o início de uma política séria de tratamento para os problemas de saúde mental da criança e do adolescente, e só em 2005 foram criadas leis para intervenções sistemáticas com o usuário de álcool e drogas; e os Hospitais de Custódia passaram, também, a ser clientes do SUS.

Estão ficando claros, na prática, os conceitos de Rede e Território em Saúde Mental⁶ contando com o apoio matricial de ações em Saúde Mental do Programa de Saúde da Família. Também a Rede de Atenção em Saúde Mental tem sido ampliada com recursos do governo federal para a organização de Cooperativas de Trabalho, Centros de Convivência e Cultura, fazendo com que as Associações de Usuários ultrapassem os limites da assistência técnica em Saúde Mental. Contudo o maior desafio que a Reforma Psiquiátrica enfrenta é a formação de recursos humanos para essa nova configuração de assistência. (Delgado *et al*, 2007)

Mas, de fato, o que tem mudado em termos de assistência no Brasil? Lancetti *et al* (2003) relatam várias experiências, principalmente, na cidade de Santos, as quais, com início

⁶ Originários da Reforma Psiquiátrica italiana preconizada por Franco Basaglia, Rede refere-se aos equipamentos e unidades de serviços nos espaços públicos das cidades, e Território está relacionado a uma organização articulada e efetiva dessa Rede, sendo as equipes do PSF – Programa de Saúde da Família, - ou o CAPS elementos organizadores desse sistema em funcionamento.

nos anos de 1990, são revolucionárias, juntamente com o Programa de Saúde da Família - PSF. Como resultados, mostram as dificuldades diárias do fazer psiquiatria na comunidade onde o embate é corpo a corpo numa população em que há assassinatos, estupros, tráfico de drogas, deficiências físicas graves, favelas e fome. Lancetti *et all* (2003) mostram, ainda, a influência da política governamental no sucesso ou não das ações, num processo sócio-econômico estreitamente ligado às questões da saúde mental. Nesses relatos, fica nítido que o conceito de crise delimita bem a necessidade de uma internação hospitalar fazendo jus ao processo de desospitalização e humanização do doente mental; e a Luta Antimanicomial revela-se eficiente processo de movimento social, sendo cada técnico em saúde mental um militante pela causa.

Por sua vez, Amarante *et all* (2003) relatam várias experiências acontecidas nos anos de 1990 em que explicitam ante a ciência e os movimentos sócio-políticos, os conceitos de Atenção, Psicossocial, Reabilitação e Apoio, termos que estão intimamente ligados ao movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, juntamente com suas filosofias, que estruturaram as leis mais recentes e caracterizam uma mudança radical do paradigma psiquiátrico.

Uma nova clínica psiquiátrica surge, são avaliados o sentido e o próprio trabalho nos CAPS e nas Residências Terapêuticas⁷, com resultados instigantes, que desafiam, cada vez mais, os técnicos e uma ciência psiquiátrica em construção. Passa-se a usar o termo “usuário” e não mais doente mental e está evidente uma participação efetiva de familiares e dos próprios usuários. A loucura, gradativamente é colocada junto a questões éticas e conceitos de normalidade em nossa atual sociedade contraditória, mostrando a necessidade de criar e recriar sempre em termos de tratamento em saúde mental, tal qual foi apregoado por Franco

⁷ SRTs - Serviços Residenciais Terapêuticos instituídos pela Portaria no. 246 de fevereiro/2005, visando estabelecer moradia para até 8 pacientes desospitalizados que não tenham referências familiares.

Basaglia nos anos de 1960, pois as novas práticas são objetos de constantes críticas e renovações.

É interessante notar que, concomitante a esses movimentos, estava e está acontecendo, no Brasil, uma mudança radical em nosso sistema de saúde a partir da Constituição de 1988. É um marco importante para a sociedade Brasileira a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS a partir da Lei federal de nº. 8.080, de 1990, com filosofia específica e participação popular nas organizações do fazeres em saúde por meio das Conferências Municipais. Em seu bojo, uma saúde mental está em mutação.

No entanto, Mello, Mello e Kohn (2007) fornecem dados preciosos sobre a epidemiologia da saúde mental no Brasil na atualidade, apesar de afirmar não existirem estudos específicos nesta área, principalmente levando-se em conta as diferenças regionais e sociais de nosso país. Afirmam que o acesso à saúde ainda é restrito para a população realmente pobre, principalmente a negra, apesar do SUS, porque este concentra suas ações em regiões mais desenvolvidas. Há um elevado número de pessoas com problemas mentais e à margem: crianças, idosos, pessoas com tentativas de auto-extermínio e casos neurológicos com interfaces psiquiátricas.

Tais aspectos tornam a assistência social ampla, e os recursos são precários. Salientam que a situação sócio-econômica brasileira, com tantas diferenças, quando relacionada à Saúde Mental, denuncia uma interlocução necessária e urgente entre políticas públicas de saúde e ciência, pois, atualmente, *“há castas de derrotados e sorvedouro dos cofres públicos.”* (Mello, Mello e Kohn, 2007, p.26)

Vale ressaltar que as considerações sobre Reforma Psiquiátrica, Movimento da Luta Antimanicomial, implantação do SUS e práticas substitutivas ao Hospital Psiquiátrico, aspectos ligados à Saúde Mental, são bastante recentes e contam com movimentações como implantação de leis e serviços desafiando gestores da saúde e técnicos trabalhadores. Isso vem

influenciando diretamente as práticas dos serviços e indiretamente por meio das mudanças de filosofias, surgimentos de novos psicotrópicos e novas tecnologias. O ensino universitário e a construção de saberes são uma realidade no cotidiano, demandando preparo técnico e abertura ao novo, e isso influencia diretamente a formação de profissionais que vão trabalhar nessa área, estando o psicólogo aí inserido.

Neste espaço, vou falar um pouco de minhas vivências e observações, fruto do trabalho profissional nos Serviços de Saúde Mental em Uberlândia. Conforme mencionado no início desta escrita, convivi diariamente em instituições de saúde mental em três níveis de assistência, nos últimos treze anos.

Em maio de 1995, tive os primeiros contatos com a Saúde Mental na Clínica Jesus de Nazaré. Esta tinha trinta leitos para internações e funcionava, também, como Hospital Dia. Os órgãos competentes haviam fechado, no início dos anos de 1990, o Sanatório Espírita da cidade, desativando os leitos lá existentes por força de lei. Havia também os leitos do Hospital Universitário conveniado ao Sistema Único de Saúde - SUS -, mas em número aquém ao deliberado pela Organização Mundial de Saúde⁸. Com a função de ensino, então, a Faculdade de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), em sua Clínica Escola, funcionou com Oficinas Terapêuticas para usuários graves nos anos de 1981 a 1989, sob a coordenação dos professores.

A Prefeitura mantinha o Serviço Ambulatorial com Oficinas Terapêuticas, que, posteriormente, foi transformado em quatro Centros de Convivência, um em cada distrito sanitário.⁹ Em 1998, a Clínica Jesus de Nazaré, tendo como base a portaria no.224/92 do Ministério da Saúde - Brasil (2004), foi conveniada ao SUS para Funcionamento como Núcleo de Assistência Psicossocial I - NAPS I, Núcleo de Assistência Psicossocial II, -

⁸ O número de leitos para uma cidade do porte de Uberlândia, na época, segundo a OMS, era de 120 leitos. (Projeto CERSAM – Clínica Jesus de Nazaré.)

⁹ Distrito Sanitário refere-se ao distrito de atenção em saúde preconizado pelo SUS atendendo à filosofia de regionalização, pelo qual o usuário do sistema de saúde deve ser atendido o mais próximo possível de sua moradia. A cidade é dividida em 4 distritos: norte, sul, leste e oeste.

NAPS II e Ambulatório com Oficinas Terapêuticas, mantendo os leitos para internação. O Ambulatório da Prefeitura fora desmembrado e transformado em Centros de Convivência, um em cada Distrito Sanitário.

Em 2002, quando da portaria nº. 336/2002 (Brasil,2004), que instaurou os CAPS, fui trabalhar na Prefeitura e pude acompanhar a implantação destes em nossa cidade. Foram em número de quatro, um em cada distrito sanitário, em substituição aos Centros de Convivência.

*Tempo
O tempo passou
Nada mudou
Sou como ele,
Pois giramos o dia inteiro.*

Neide Braz da Silva (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2000, p.74).

A partir de 2004, fui trabalhar na Enfermaria de Psiquiatria da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e consegui ter uma visão mais abrangente da Rede de Serviços da Saúde Mental da cidade. Já tinha vivenciado o dia-a-dia desses serviços em outros níveis de assistência em Saúde Mental: Internação, Centro de Convivência, Hospital Dia e NAPS. Percebi que, na UFU, a clientela era mais de primeiras crises, reagudizações psicóticas, alto número de alcoolismo e drogadictos mais pacientes com interfaces neurológicas e jurídicas, além de usuários com complexos problemas sócio-familiares. Os serviços de CAPS ad, para abuso de álcool e outras drogas, estavam começando a surgir no cenário da Saúde Pública. Em Uberlândia, já havia o CAPSi para Infância e Adolescência em funcionamento, mas posto como oficial só após 2003.

*Tempo, tempo, tempo passa
 O cérebro passa
 As plantas brotam
 As plantas morrem
 Os pássaros passam
 O dia passa
 O cérebro passa
 A vida passa
 E eu passo, passo e passo
 Mas não adianta nada
 Eu fico...*

José Hélio Mazorra Neto (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2001, p.47).

Os usuários do serviço de internação no HC - UFU, dentro de uma estrutura hospitalar com objetivos de ensino, assistência e pesquisa ficavam em média 15 dias internados e eram encaminhados aos seus distritos de origem para a continuidade do tratamento. A assistência no Hospital Universitário ficava praticamente restrita à internação durante a crise.

Por volta do ano 2000, acompanhara várias reuniões das equipes das diferentes instâncias de assistência em saúde mental da cidade, e naquela época, havia-se concluído que faltavam ações para que a rede funcionasse melhor. Éramos uma rede, porém, não articulada. Essas reuniões, a partir de um evento na cidade denominado “Fórum de Saúde Mental” em 2001, passaram a funcionar como tal, embora não oficializadas. Com a intenção de que essas reuniões realmente se constituíssem num Fórum Permanente, com poderes de decisão, os vários segmentos continuaram a se reunir mensalmente e o fazem até os dias de hoje. Durante o referido evento, foi criada a Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Uberlândia - ADUSMU.

Essas discussões, perduram com reuniões mensais das equipes, visando a ajustes e reajustes nos funcionamentos. Esses encontros, realizados nas instituições de assistência, contam com representantes de todas as instituições de Saúde Mental da cidade, ou seja, da ADUSMU, dos quatro CAPS adultos, do CAPSi-Infância e Adolescência, dos dois CAPSad, do CAPS e Ambulatório da Clínica Jesus de Nazaré, representantes da Diretoria Regional de

Saúde - DRS (órgão estadual de saúde em Uberlândia) e Serviço de Psiquiatria do HC-UFU. São convidadas outras instâncias ligadas à Saúde Mental na cidade, que também participam dessas discussões, tais como: alunos e professores do Instituto de Psicologia (UFU), promotoria pública da saúde, e cogitam-se convites a outros órgãos, tais como corpo de bombeiros, resgate, polícia e representantes da Secretaria de Trânsito e Transportes, por serem instâncias que estão relacionados aos usuários dos serviços de saúde mental.

As discussões do grupo giram em torno de soluções de problemas comuns dos diversos pontos de atenção da rede de saúde mental, comunicação e protocolos que facilitem o trabalho das equipes e melhor atendam às necessidades dos usuários. São muitos os problemas a serem resolvidos. Algo que, de certa forma, foi identificado por Prazeres e Miranda (2005), que explicam: uma vez que ainda não se aboliu de vez com os hospitais psiquiátricos, há uma convivência simultânea de tratamentos extra-hospitalares com tratamentos sob internação que, por um tempo, mesmo que pequeno, é asilar. Esse fato, até o momento, tem levado os envolvidos a pensar em questões no âmbito da política de assistência à saúde mental, principalmente se o Hospital Psiquiátrico está perdendo valor, já que existem serviços substitutivos.

Esses autores explicam que ambos existem porque tratam de algo em comum: o doente mental; apesar de aparentemente serem excludentes, tudo demonstra que caminham para uma complementaridade, uma convivência pacífica dos dois modelos de tratamentos. Isso porque a organização do serviço, na forma proposta em rede, ainda, não definiu os papéis das instituições, por sua vez, os usuários e familiares não compreendem as mudanças, e os técnicos tomam posições pessoais e partidárias a favor de um serviço em detrimento do outro (Prazeres, & Miranda, 2005).

O estudo mostrou que a relação entre os serviços é de conflitos, um influenciando o outro, sendo forte a posição secular do hospital em termos de poder e tradição estabelecidos.

Há disputa desse poder/saber, deixando evidente que ambos falham mesmo se complementando e que o doente mental necessita de outros serviços ainda inexistentes, e há dificuldades para os gestores implantarem e fazerem os serviços acontecerem. Concluem declarando que há necessidade do surgimento do sujeito do cuidado, isto é, o usuário e o familiar talvez sejam o elo que vá fazer surgir o entendimento entre os serviços.

No início de 2008, começava a acontecer na cidade uma verdadeira revolução na organização da Assistência em Serviço Mental: todas as instituições que atendem a usuários dos serviços de Saúde Mental no município estão sob assessoria externa da Secretaria Estadual de Saúde, para remodelar a gestão em saúde mental, de acordo com a Linha Guia da Saúde Mental (Minas Gerais, 2006), e será feito um diagnóstico mais preciso de nossos problemas. Todas as instituições que atendam doentes mentais na cidade têm participado desse processo diagnóstico.

A meu ver, todos esses aspectos merecem ser pesquisados continuamente. A primeira crise, por exemplo, é algo que merece atenção especial, uma vez que familiares, pacientes e equipes devem viver uma nova cultura de tratamento. Hoje, com as mudanças que estão acontecendo na gestão da saúde mental, sei que as primeiras crises serão tratadas como “evento sentinela”, ou seja, a primeira crise será monitorada e decidida uma internação só em conjunto, por uma equipe de saúde mental, sendo, de fato, o último recurso a ser lançado mão.

*Você
Olho você
Sigo você
Sabe por quê?
Amo você.*

W. A. Teixeira (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2001, p. 134).

A Universidade vai contribuir à medida que os currículos dos cursos relacionados à saúde insiram conteúdos sobre saúde pública e saúde mental do SUS, propiciando uma

formação mais consoante com a realidade do tratamento ao usuário, a realidade da saúde no Brasil e as necessidades da população.

Parece que a Reforma Psiquiátrica tem ainda um longo caminho a percorrer. A proposta basagliana foi clara: *“soltar os loucos dos manicômios é muito simples, mas é apenas o começo de uma trajetória que não se sabe como vai acabar”*. (Amarante, 2000, p.22)

Em todos esses anos, tenho observado várias mudanças na atenção em saúde mental do município. São ações caleidoscópicas, buscando acertos. Uma verdadeira construção de fazeres psiquiátricos que têm desafiado frontalmente legisladores, técnicos, cientistas, filósofos, artistas, enfim, profissionais dos diversos saberes humanos.

Amarante (2003, p.45) sugere que a clínica: *“deve ser desconstruída e transformada em sua estrutura, pois a relação não é com a doença mas com o sujeito da experiência, e no bojo mais profundo do processo de Reforma Psiquiátrica, existe ainda este importante debate epistemológico.”* E esclarece, ainda, que há necessidade de entender profundamente o conceito e o fazer clínico para avaliar as mudanças ou não da Reforma Psiquiátrica. A filosofia do fazer psiquiátrico, originalmente, traz a relação do observador com um objeto natural ou doença. Há necessidade de reinventar a clínica em sua prática no seio dessa Reforma, uma vez que o direcionamento é construir subjetividades, focalizando o sujeito do sofrimento, levando em conta o princípio ético da cidadania sem normalização e ou medidas disciplinares (Amarante, 2003).

A dimensão dialética das teorias e das práticas não pode se perder na história diária da saúde mental, de forma que os CAPS podem se constituir ou não em um novo serviço, mas que o seu objetivo, é tornar-se, sim, um serviço inovador, criativo e questionador. Para Amarante (2003), os aspectos de que as ciências não são verdades absolutas carregam consigo

que as práticas e as técnicas também não são absolutas, delegando aos técnicos envolvidos grandes responsabilidades e formação para os fazeres diários na saúde mental.

Há dificuldades sutis na Reforma Psiquiátrica e no atual Movimento de Luta Antimanicomial. É fácil perceber-se equivocado e contraditório, quando do contexto no qual se está inserido. É todo um aparato teórico, técnico e vivencial uniformemente instalado, em que, por exemplo, vejo-me, muitas vezes, fazendo coisas que não queria fazer: ainda agora, neste texto, por vezes, escrevo loucura, outras vezes, doença mental; louco e ou doente mental. Tenho que codificar e classificar, isso faz parte do funcionamento institucional e de minhas tarefas; faz parte da minha comunicação com outros técnicos, e os dados estatísticos são importantes para os investimentos dos órgãos governamentais nessa área. Convivo diariamente e interajo com ciências médicas, farmacológicas e outras.

Ambigüidades nos atendimentos são atestadas, também, por Vechi (2003), que, em seu estudo, por meio de análise dos discursos, mostra como as práticas das equipes de saúde mental em CAPS têm dificuldades em mudar as crenças e condutas antigas perante os primeiros surtos, mesmo em serviços substitutivos.

A invenção, pós trabalho feito e devidamente pensado, é a palavra de ordem para as práticas e fazeres que são construções contínuas: *“o movimento anti-institucional parece dissipar-se na realização da reforma. O que parece dissipar-se é a identidade mesma, dos técnicos, arrastada no vórtice de seu próprio furor crítico. Esta perda não é acompanhada pela segurança de uma nova teoria porque há a recusa, por parte do movimento, de tudo aquilo que seja intelectual, de tudo que, ao propor um novo saber, afirme um novo poder.”* E mais adiante: *“relança a exigência de se ultrapassar a proposta política em direção à socialização da questão psiquiátrica. E o faz mantendo aberta a contradição, e não propondo nova teoria.”* (Venturini, 2003, p.162-3).

E ainda: “*O que está em jogo não é o incentivo para uma boa prática, mas a redefinição da própria prática.*”. (Venturini, 2003, p.174).

Talvez, tais constatações tragam alento aos nossos erros. Na cidade de Uberlândia, as tentativas de acertos parecem estar em consonância com a complexidade da Reforma Psiquiátrica, e o reconhecimento de nossos esforços resultou no “Prêmio David Capistrano Filho” pelos “Serviços da Atenção em Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia/MG, conforme consta no “Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental.” (Brasil, 2002).

1.3. Formação em Psicologia ou: Em como ser psicólogo

Em meio ao contexto de esforços para acertos nos fazeres em Saúde Mental, mais as vivências do dia-a-dia, foi que eu percebi a demanda de um processo de ensino e aprendizagem diferenciado em Psicopatologia. A ênfase curricular, das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em Psicologia (2004), salvo condutas isoladas de professores e ou faculdades, recai sobre os aspectos da psicopatologia clássica. A realidade, no contexto atual de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, mais as mudanças nos modelos de ciência são bem diferentes e desafiantes.

*Metade
Minha vida
É meia-vida
Meia-noite
Meia-morte
Meio-dia
Meio-tudo
Quase-nada.*

Valéria Alvernaz Dias (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2001, p. 98).

Na Universidade Federal de Uberlândia, afora os alunos de Enfermagem, que têm estágio obrigatório na enfermagem de psiquiatria, os alunos de outros cursos ainda estão

apartados das questões psiquiátricas, melhor dizendo, dessa questão humana. Não fico só nessas minhas considerações: “O primeiro Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial - 20 anos depois” realizado em Bauru/2007, num dos eixos, centralizou temas relativos ao ensino e à pesquisa sobre práticas e fazeres antimanicomiais, para ser avaliado o que se tem feito e redirecionar fazeres futuros.

Constatações diárias e comuns dentro da universidade me fazem pensar muito sobre o ensino voltado para a realidade da saúde mental, a qual não está desvincula da aprendizagem para a vida, para todo e qualquer aluno de qualquer universidade. Recentemente, pude observar o quanto um engenheiro pode participar na enfermaria, uma área que, aparentemente, nada tem a ver com mentes humanas: quando de uma reforma da área física, o antigo piso foi substituído por outro com grandes quadros bicolores, formando um imenso tabuleiro xadrez. Um paciente, com sintomas obsessivos compulsivos, entrou em grande sofrimento para se locomover no espaço devido ao ritual de pisar apenas nos quadros da cor clara. Um paciente medicado com dificuldade em locomover-se, dificuldades visuais, alterações sensoperceptivas e delirante, tem uma relação muito específica com o espaço físico onde vivencia sua crise.

Então, uma surpresa: como acontece o ensino-aprendizagem em psicopatologia para o curso de psicologia, considerando os fundamentos filosóficos da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial? Esses fundamentos têm conseguido chegar à universidade quanto ao atendimento ao paciente e quanto ao ensino? Em que medida isso acontece nos dias de hoje?

Outro aspecto fundamental para um aluno do Curso de Psicologia é a sua formação pessoal aliada à formação técnica, sendo que os compromissos dos alunos devem ir além dos aspectos anormais da mente. Atualmente, há todo um contexto biopsicossocial acontecendo em torno do usuário em nossa sociedade, e de grande importância, que nos afeta no fazer diário.

Até o momento, falei sobre o tema de estudo, isto é, as dificuldades da formação e futura prática do psicólogo, pelos vértices da história da loucura e seus conceitos, da contextualização da saúde mental nos dias atuais em nossa realidade, da complexidade e dos movimentos da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil, e das dificuldades do fazer diário em saúde mental no serviço público.

A partir daqui, abordo alguns aspectos relacionados à formação clínica do profissional psicólogo e ao contexto atual, que demanda os serviços desse profissional.

Usando o referencial psicanalítico, posso pensar aspectos intrapsíquicos do professor que se propõe a ensinar ou transmitir ou a ajudar o aluno a construir conhecimentos. Silva (1994) teoriza a “Paixão de Formar”. Ao levantar a importância do professor no contexto social, afirma que há características pessoais do professor, desejos inconscientes, motivações específicas não racionais e não técnicas desconhecidas que permeiam o ato de ensinar. Postula que ensinar tem origem nas fantasias primitivas da pessoa do professor, e estas determinam seu estilo, suas dificuldades e satisfações ao exercer esse ofício: segundo Silva (1994. p.40), *“estes aspectos são importantes, pois são demarcadores para os professores, que puderam, de certa forma, alcançar a sublimação e a reparação na medida em que desenvolveram sua capacidade de simbolização e conhecimento, trazendo uma contribuição à sociedade. Este é o resultado de uma renúncia bem-sucedida, de um alvo instintual que só pode ocorrer mediante o luto. A formação de símbolos é também o resultado de uma perda, um ato criador que envolve a dor e todo o trabalho de luto.”*

E mais adiante: *“Penso que há uma fonte de desejos infantis inconscientes latentes que se tornam manifestos na “paixão de formar”, é um quantum de pulsão de vida e sexual que se transforma e se manifesta no professor apaixonado, no momento da aula, mas esta pulsão não atua erótica ou libidinalmente. Isto dá à “paixão de formar” o caráter criativo, apaixonante, reparador, restaurador e, também, ‘sublime’”* (Silva, 1994, p.40).

A Educação formal, o formar o outro coloca o sujeito na sociedade para a sociedade. Enfim, segundo a autora, o professor apaixonado é aquele que exerce o papel inconsciente de Ideal de Ego e o reapresenta ao aluno e a si mesmo num refazer constante de reinvestimentos dessa libido. O ofício do professor é a reparação, constantemente o professor se permite entregar ao não saber para cultivar e ajudar a construir a busca por conhecer. Assim, essa autora deixa claro, por assim dizer, que há características pessoais do professor tanto quanto do aluno no processo ensino e aprendizagem.

Quagliatto (2002) encontrou, em seu estudo, dificuldades que existem para a formação clínica de profissionais psicólogos. Sua pesquisa foca a relação aluno/aprendizagem na prática clínica da psicanálise. Em sua pesquisa, afirma haver uma relação terapêutica entre supervisor e supervisionando e pensa qual deveria ser o foco real dessa relação para a melhor formação discente. Na aprendizagem formal, o professor/supervisor é um educador, quando se direciona para a formação do aluno e interfere na sua subjetividade como indivíduo: *“Dessa forma, o supervisor tem uma dupla função: pedagógica e terapêutica. Compreendendo a função terapêutica, não como psicoterapia pessoal, mas como uma dimensão essencial do encontro humano em que seja significativo a escuta e o reconhecimento da verdade do outro, para possibilitar o desenvolvimento emocional dos supervisionandos, concomitantemente, a função pedagógica, que deve sustentar um setting de supervisão, para delimitar a organização dos procedimentos, dentro de uma visão psicanalítica de ensino-aprendizagem, em que as dificuldades e dissonâncias possam servir de instrumento de investigação, para promover, também, o desenvolvimento cognitivo dos alunos.”* (Quagliatto, 2002, p.161).

*Tento descrever o amor com
Uma caneta esferográfica,
Mas, que ironia,
A tinta acabou e eu nem comecei.*

Wallace Antônio Silva Sttimizu (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2000, p.18).

Além disso, é importante mostrar uma história que mereça ser revista para que haja melhor compreensão da constituição do profissional psicólogo pelos cursos de Psicologia do Brasil. Podemos começar com Pardo, Mangieri e Nucci (1998), da Universidade Federal de São Carlos, que pesquisaram 404 referências de estudos a respeito dos currículos de Psicologia no Brasil desde a implantação dos primeiros cursos. Encontraram dados que evidenciaram a estruturação destes, e isso é importante para que esse assunto seja introduzido. Concluíram que, até a década de 1990, os cursos de Psicologia tinham como meta o funcionamento e sua estruturação, tais como currículo, carga horária, atenção aos aspectos universitários e às exigências dos órgãos do Ministério de Educação, exigências administrativas para aprovação e reconhecimento dos cursos. Já a formação técnica e a atuação dos alunos e professores ficavam para segundo plano. Era o começo da Psicologia no Brasil.

Branco (1998), direciona a sua análise argumentando que o tipo de psicólogo que o Brasil quer formar está interligado com a análise de nossa sociedade, análise da instituição formadora e das atividades que se esperam dele como profissional. No Brasil, das décadas de 1980 e 1990, a política neoliberal nos mostra de forma muito contundente uma realidade de grandes contradições: pobreza, desemprego, violência, falta de investimentos em educação, falta de saneamento. Nesse contexto, pergunta-se a quem o psicólogo vai atender e o que é necessário que ele aprenda e onde ele vai exercer o que aprendeu durante sua formação.

Pelo vértice da instituição formadora, explica Branco (1998), e pelo modelo de ciência adotada, ainda prevalecia o modelo de homem desconectado do contexto sócio-cultural que iria ser abordado pelo modelo clínico tradicional: diagnóstico, terapia, aconselhamento e exame psicotécnico. Lembra-nos que são comuns na Psicologia os três grandes eixos: educacional, organizacional e clínico; e pergunta se esse fechamento de grupos dogmáticos em seus referenciais teóricos e práticos não restringe mais as possibilidades das vivências

práticas dos profissionais formados. E mais, se não seria papel da Universidade formar profissionais para que trabalhem em qualquer ambiente onde haja gente, de forma a compreender as subjetividades e historicidades de cada ser. A autora pensa que a formação profissional do psicólogo, hoje, ainda está direcionada para atender a demandas de nossa atual sociedade, que desvaloriza o aspecto subjetivo das pessoas. Uma vez que a ciência é construída a partir de respostas a questões que a vida prática impõe à ciência e à universidade, deve-se, sim, ensinar a fazer perguntas e instrumentalizar o aluno para buscas de respostas. As idéias dessa autora parecem, de forma mais objetiva, lançar a argumentação de que a formação do aluno deva ultrapassar os limites do acadêmico formal e fundamenta a necessidade dessa formação em nossa atualidade: *“a tradicional grade curricular por disciplinas, que fragmenta o conhecimento e o faz parecer produzido de fora da vida, deve ser superada. A nova organização do currículo deve provocar a busca de soluções para problemas concretos e gerar a compreensão de que o conhecimento se constrói a partir das indagações que o ser humano se faz e procura responder”* (Branco, 1998, p.34).

Devido às mudanças que vêm ocorrendo na área de Saúde Mental, conforme tenho observado, hoje, ela requer o profissional psicólogo, tanto para a área de assistência quanto para o ensino e a pesquisa.

Os dados epidemiológicos atuais em Saúde Mental reforçam esses posicionamentos, porque as patologias mentais se manifestam na vida do indivíduo quando este ainda é jovem, começando a investir na vida adulta produtiva. Provoca inúmeras perdas em decorrência de severo comprometimento psíquico e tem evolução normalmente cronicada e, na maioria dos casos, é responsável por grande número de internações, gerando custos diretos e indiretos. Segundo Mari e Leitão (2000), emocionalmente, esses transtornos afetam em muito o meio familiar, modificando as relações intrafamiliares.

Esses dados se referem especificamente à esquizofrenia, e não estão computados aí os transtornos de humor mais neuroses graves, as depressões graves com ou sem tentativas de auto-extermínio, os problemas mentais infantis, alcoolismo, drogas, violência doméstica, anorexia, bulimia, obesidade, estresses pós-trauma, que são muito comuns em nosso cotidiano de atendimentos.

Esses sofrimentos, quando relacionados a um contexto sócio-econômico, cultural e científicos, aumentam em muito as características de impacto de transtornos mentais no comprometimento das pessoas e na necessidade de assistência especializada. E é essa a clientela que o aluno vai atender quando se tornar profissional, e uma visão bem ampla de uma Psicopatologia que saia da ênfase na psique individual, que coloque o indivíduo em sua totalidade num contexto sócio-cultural e científico atual, é premente para a formação.

Historicamente, como foi apontado no início deste trabalho, o tratamento dos doentes mentais estava ligado à religiosidade em sistemas asilares e, normalmente, afastados das cidades. Hoje, é diferente, em termos de tratamento do doente em crise, temos muitas enfermarias dentro de hospitais gerais, que trazem inúmeros benefícios e desafios. (Botega, Dalgalarrrondo, 1993; Botega, 1995).

Tais enfermarias possuem características próprias e demandam pesquisas para que sejam conhecidas suas realidades, não só no que se refere às questões da patologia do paciente, mas também as questões institucionais e relacionais das equipes, tanto quanto dos aspectos sociais e científicos que os atingem frontalmente. A formação profissional hospitalar existente é altamente especializada para a clínica do corpo e não para a subjetividade humana, mesmo em se tratando de enfermarias de psiquiatria.

*Advérbio
Se eu fosse dois
Antes seria depois*

Paulo César Nunes da Cunha (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2001, p. 36).

Amorim (2003) também contribui com o tema, explicando que a Psicologia, como ciência e profissão, não tem contribuído para que o projeto antimanicomial tenha um papel transformador da realidade social. A autora informa que os movimentos Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica estão longe da realidade do aluno tanto no âmbito político, quanto no ético, social e ideológico. Isso porque a Psicologia surgiu para atender a individualidades advindas do capitalismo, tendo como base o modelo da ciência médica positivista cartesiana, que é diagnosticar, atender e normatizar, e sobre essas bases estavam os primeiros currículos em 1962. Continuando sua análise, Amorin (2003) argumenta que, já nos anos de 1990, o currículo foi direcionado para uma formação tecnicista, voltada para o mercado de demandas sociais, prejudicando uma formação crítica reflexiva.

Segundo a autora, no cenário atual, no Segundo Fórum Nacional de Entidades de Psicologia realizado em 1999, houve o desejo de formar profissionais que direcionem suas práticas para processos antimanicomiais, sejam quais forem os contextos de atividade profissional. Mas, de acordo com Amorim, são poucos os currículos que propiciam essa vertente de atuação devido à marca e às ideologias positivistas. Finalizando seus argumentos, a autora afirma que o manicômio, a marca da exclusão, pode estar presente nas novas práticas. É necessário instituir uma nova ideologia na formação, repensando as dimensões éticas e políticas da profissão e integrá-las às técnicas e teorias (Amorim, 2003).

Bock (1998;2001) informa que, no Brasil, em decorrência das flagrantes desigualdades sociais, o psicólogo é desafiado em suas práticas, além de estar confrontado diariamente com a idéia de que a Psicologia não é universal. O fazer psicológico precisa ser construído de acordo com a realidade do profissional e de nosso povo. A prática profissional do psicólogo está imbuída de concepções de sujeito, de relações de pessoas, concepções de sociedade e de ciência, que interferem nas práticas, provocando ou devendo provocar efeitos onde o profissional está inserido.

Essa autora acredita que o mundo globalizado atual dificulta o espaço de atuação do psicólogo, porque o culto ao individualismo leva à despersonalização, à falta de identidade e o indivíduo perde-se em si mesmo. A formação atual em Psicologia corre o risco de levar o profissional a aumentar a alienação do indivíduo nele próprio, longe da especificidade da Psicologia, que é promover saúde e não adaptação social. Corre-se o risco de acentuar uma visão de homem alienado e de uma visão de sociedade alienante. Diante disso, é um desafio para o psicólogo compreender a subjetividade no mundo globalizado, uma vez que somos capturados pelos valores construídos e veiculados. A Psicologia deve se posicionar claramente ante o homem que quer ajudar a construir.

Teoria da Modernidade

*Módulo,
Casulo,
Formas únicas
De residências no futuro.
Caixas,
Caixotes,
Microcomputadores
Movidos a archotes.
Perto,
longe,
Tudo ligado em rede
De um local
Que se sabe onde.
Vida.
Morte,
O fim do início
Graças aos avanços
Do Vale do Silício.
Maledicências,
Carências,
O que se vê
É mera ilusão
E o que pulsa no peito
Agora é um chip
E não mais o coração.*

Antônio Carlos Medeiros (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2001, p.77).

Para ilustrar as considerações dos autores citados anteriormente, necessário se faz identificar aspectos ditos por profissionais em falas recentes e depoimentos a uma edição especial da revista “Diálogos Psicologia: Ciência e profissão,” especialmente voltada para o tema Psicologia e Saúde. Vejamos:

Fleury (2006, p.06), esclarece que “*O sofrimento é vivido individualmente, mas a determinação do sofrimento é coletiva.*” Essa autora discute a necessidade de a Psicologia estar inserida nas instituições e políticas públicas de saúde coletiva em conjunto com a sociedade. E ainda, que precisa ganhar esse espaço com mais autonomia e base epistemológica proveniente da práxis e da formação acadêmica. Discute que, para atender a esses objetivos o currículo de Psicologia deveria agregar estudos sobre Saúde Coletiva, sobre o funcionamento do SUS e disciplinas ligadas à Saúde Pública. A Psicologia não pode estar apartada do indivíduo que se relaciona com as instituições de saúde, porque ela detém técnicas e meios eficientes para unir os campos da Educação e da Cidadania, primordiais para a vida e a saúde coletiva das populações.

Pinheiro, Seidl e Spinelli (2006) questionam se o psicólogo, hoje, está preparado para se integrar a equipes multiprofissionais em instituições de Saúde do SUS, qual seria a função do psicólogo nesse contexto e se os demais profissionais valorizam os que aí já estão inseridos. Discutem que a formação não só da Psicologia, mas de outros cursos, também, ainda deixam a desejar nessa área. Afirmam que, desde os anos de 1950 há a proposta de trabalhar aspectos biopsicossociais dos doentes em ambientes hospitalares, no entanto essa visão tem encontrado resistências, reforçando uma formação em Psicologia voltada para o individual.

Os currículos do Curso de Psicologia já abordam esses aspectos, mas devem ir além. Não basta inserir o aluno para atuar nos contextos de saúde, pois a Psicologia deve partir para o campo da promoção da saúde, um dos princípios norteadores do SUS, e esse está

diretamente ligado à formação na graduação, como explicam Pinheiro, Seidl e Spinelli (2006).

Ainda os mesmos autores dizem que as situações de aprendizagens protegidas nas clínicas-escola não formam os alunos para as relações multiprofissionais nos campos de trabalho da Psicologia da saúde, pois, nesses espaços, o *setting* é totalmente diferenciado. Quando o aluno de Psicologia não recebe uma formação específica, na prática, tende a incorporar técnicas e filosofias de trabalho de outros profissionais, pois não tem subsídios para a criação e invenção de fazeres psicológicos onde vai trabalhar. Assim, a Psicologia tem ficado à margem de grandes problemas sociais tanto em termos de pesquisas quanto de criação em suas áreas. Defendem a importância de um bom plano de estágio para a formação dos alunos, mas, nesse campo, apenas as instituições públicas de saúde têm proporcionado tal possibilidade.

Merhy (2006), afirma que o processo de cuidado da saúde acontece “em atos”, em conjunto com trabalhadores e usuários. Neste sentido, a criação é primordial para manter viva a produção do cuidar. Deve haver flexibilidade, levar em conta a singularidade do cliente para que possa haver intersubjetividades, construções e reconstruções, e a formação deve se abrir para incrementar essa área.

Ainda Ferreira e Spink (2006), questionam se há, nos currículos atuais de Psicologia, elementos teóricos e metodológicos que instrumentalizem o profissional para trabalhar em áreas sociais de planejamento e assessorias políticas nos campos de grandes problemas de saúde pública, tais como: Doenças Sexualmente Transmissíveis-DSTs e AIDS; gravidez e maternidade/paternidade precoces, álcool e drogas; criminalidade infanto-juvenil; Programa de Saúde da Família – PSF; Psicologia Hospitalar, isto é, trabalho em UTIs e Cuidados Paliativos, trabalhos junto aos poderes políticos municipais, estaduais e federais, uma vez que isso é até uma exigência do SUS nos processos de humanização.

Os aspectos levantados por esses autores são bastante atuais e desafiadores para profissionais das áreas da prática e do ensino de Psicologia no Brasil. Situam que a área de Saúde Mental é pioneira em agregá-los em práticas hospitalares (Fleury, 2006), e mesmo na saúde mental, as contradições e necessidades de buscas são muitas.

Se, nos cursos para ensino de Psicologia, já existem tantos problemas constatados, pensamos em como estaria, neles, a situação de ensino específico da disciplina de Psicopatologia. A especificidade humana de alterações mentais, os aspectos do sofrimento, a paixão, as subjetividades individualizadas dos pacientes no contexto histórico e social mais conceitos de normalidade e anormalidade, penso, merecem uma atenção especial em termos de abordagem. Esses questionamentos delineiam melhor minha pesquisa e, de acordo com a bibliografia pesquisada, posso constatar o que seja subjetividade, sobre a qual falarei a seguir.

Prado Filho e Martins (2007) explicam que, dentro dos estudos sobre as humanidades, a Psicologia foi instituída especificamente para estudar o sujeito psicológico, que só surgiu no fim do século XIX, início do século XX. Nesse momento, essa instância humana emergiu num contexto histórico, social e cultural e se inseriu no discurso científico e específico da época. Foi o momento em que a dimensão subjetiva do homem saiu um pouco da filosofia, em que era marcante, e se encaminhou para a ciência e a vida diária dos sujeitos.

À medida que a história da Psicologia foi se construindo mediante várias correntes, em cada uma, a dimensão da subjetividade vem tendo suas características modificadas. Há uma variação do mítico a fragmento psíquico. Parte do objetivismo mecanicista do “operante” skinneriano como capacidades cognitivas em reação à Estímulo-resposta; para a Gestalt como Campo perceptivo, e, em Reich, o próprio corpo é tomado como subjetividade. Recentemente, aliaram-se à noção de subjetividade, as neurociências e neurofisiologias, além de concepções materialistas históricas.

Essa problemática conceitual surge no campo das construções epistemológicas, uma vez que a ciência pregava objetividade e neutralidade científicas, mas, desde Kant, o sujeito já falava verdades de si e já se anunciava sujeito e objeto de conhecimento. Mais tarde, isso foi retomado e amplamente utilizado por Freud como lembram Prado Filho, & Martins. (2007).

Esses autores pensam o conceito de subjetividade como algo “*em movimento, como virtualidade, efeito holográfico que existe concretamente ali onde não há nada de palpável.*” (Prado Filho, & Martins, 2007, p. 16). Dessa forma, é algo natural do ser e dinâmico, pois depende do jogo interioridade versus exterioridade num contexto de produção histórica. Destacam que o termo interioridade é anterior ao de subjetividade, sendo que o primeiro surgiu com o Cristianismo, dando origem ao segundo.

Palavra
 Palavra!...Palavra!...
 É pó de areia!
 É raio de lua!
 É quebra-mar!
 É Lua-cheia!
 Palavra tua,
 É cetim!
 Que encobre
 Veste!
 É teu lugar!
 É teu lugar!
 Cheio de sangue!
 Cheio de peste!
 Palavra!...palavra!...
 É vinho!
 É embriaguez
 É LUZ...
 É remédio,
 Quando temos a Alma em tédio...
 Palavra!...palavra!...
 É ECO! – é Grito!
 É Horizonte!
 É infinito.

Haydée Beatriz S. Tavares (In: *Dupla Ação Marketing Cultural*, 2001, p.10).

Tal movimento, afirmam, caracterizou o sujeito moderno por meio da racionalidade e dos princípios cristãos, tornando o ser um sujeito da razão e da culpa como resultado de uma normalização e uniformização de identidades em nossa sociedade moderna. Assim, concluem que a noção de individualidade vêm sendo imposta nos dois últimos séculos, e, portanto, devemos estar atentos para criticar naturalizações da subjetividade humana desconstruindo e reconstruindo verdades em termos de Psicologia, já que a prática psicológica é uma prática política. Assim, acredita-se que o ensino e a aprendizagem em psicopatologia e a formação do psicólogo estão intimamente ligados a aspectos amplos, sejam históricos ou sociológicos.

Essa é apenas uma das dificuldades iniciais, ou seja, a definição do que seja subjetividade, pois que ela é parte da constituição do ser psicológico e, portanto, contribui para a determinação da Psicopatologia. Assim, todo esse histórico de delimitação do conceito e objeto de estudo incidem no ensino de Psicopatologia na universidade, em especial, nos cursos de Medicina e Psicologia, conforme abordado neste estudo.

Filho (2001) acredita que, em muitos ensinamentos de Psicopatologia, na prática, ainda existe a tradicional forma de expor um paciente para uma turma de até quarenta alunos e que isso é algo que deve ser mudado. Esclarece que esse é um “ensino de superfície,” reforçando uma sociedade na qual são desvalorizados a introspecção e o sentimento.

Essa forma de ensino, recentemente, fez circular pelo Conselho Federal de Psicologia protestos em defesa do paciente psiquiátrico, pois tal prática reforça o estigma e desrespeita o paciente como ser humano. (Ver Anexo A). Segundo Foucault (1995), foi prática, na França, aos domingos, a visita pública aos grandes hospitais, onde se cobrava para que os doentes mentais fossem vistos em exposições. Eles ficavam expostos em cômodos-gaiolas para que isso acontecesse. Além do aspecto de curiosidade, essa prática tinha a função de explicitar a maldade humana, incentivando práticas religiosas cultivadas na idéia de culpa pelos pecados. (Foucault, 2005).

Parece que hoje essa forma de ensino tradicional tem aspectos semelhantes: o paciente fica exposto à curiosidade estudantil, sem haver conexão entre sujeitos e subjetividades individualizadas, negando, ou melhor, explicitando o paradoxo entre uma prática distanciada do ser, apesar de advertências apregoadas em manuais de Psicopatologia. (Kusnetzoff, 1982; Cheniaux, 2005; Bergeret, 2006; Dalgalarrrondo, 2007).

Por sua vez, Verztman (2001) trata da função da instituição, que é a de ensinar, além de atender. Os pacientes não podem ser “meros serviçais do ensino” com o aluno perdendo-se do aspecto terapêutico e humano que deve existir na relação aluno-paciente, e esses aspectos ficam fora da aprendizagem.

Silva (2006) afirma que a Psicopatologia está no cotidiano de nossa vida real, denunciando o discurso psi ensinado em sala de aula e a vasta bibliografia existente em Psicopatologia com códigos e classificações. Denúncia, porque o foco que sempre se deu ao ensino nas escolas, ao longo do tempo, está nas classificações, anulando os sujeitos aí existentes, apesar do esforço da Reforma Psiquiátrica.

O modelo médico nunca alcançou a subjetividade do sujeito, e embora as neurociências e a psicofarmacologia caminhem junto com uma visão organicista, também não conseguem lidar com a complexidade do sofrimento e comportamento humanos. A expressão objetiva do sujeito escapa aos códigos, mostrando, sim, mais uma estratégia de regulação social para além dos muros das instituições, perpetuando o seqüestro da loucura, que também é reforçada pela instituição de ensino.

A loucura está no cotidiano. Afinal, é na mídia, TV, jornais, filmes e notícias reais, que são encontradas as neuroses, as psicoses, pedofilia, bulimia, perversões, etc. E é nesse espaço que exerce a prática de suas aulas. Silva menciona, ainda, a dificuldade em cumprir as ementas curriculares de modo que sejam inseridas, nos cursos atuais de Psicologia, a

perspectiva política e clínica da Psicopatologia, e que esse novo aprisionamento da loucura pelos discursos sociais e científicos é um desafio. (Silva, 2006).

São percebidos, nesse contexto, os desafios do ensino e da prática de Psicopatologia nos cursos de Psicologia, ou seja, a relação do aluno com o doente mental, do ensino relacionado aos currículos, e tudo isso dentro de contextos institucionais aliados a concepções de sujeito em nosso mundo globalizado.

Nas práticas do dia-a-dia, porém, elas são colocadas de uma forma diferente e sob outros vértices, vejamos: Knijnik (2007) informa que há significativa insuficiência de profissionais para trabalhar em todos os níveis de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, um dos pilares da Reforma Psiquiátrica. Faltam, na atualidade, principalmente, psiquiatras bem formados, o que pode acarretar um represamento na demanda dos serviços ou uma procura por tratamentos tradicionais, que revalorizem a assistência sob internação, provocando, conseqüentemente, o estrangulamento nos serviços de emergência e urgência, além de enorme acúmulo de atendimentos nos serviços existentes.

A meu ver, a ciência levou à crença de que a loucura seja doença, mas a filosofia e a arte nos ensinam que ela é também do humano, ao enfocar os sentimentos, os pensamentos e as subjetividades nos diferentes momentos históricos e sociais. A ciência tem levado à valorização de técnicas, ao executar e ao prescrever condutas e tratamentos apartados dos aspectos emocionais e das individualidades.

Explicitando o enfoque do poder científico por meio do saber médico, em termos de psicopatologia, penso na complexidade do exercício profissional do aluno de Psicologia após a graduação. A clientela da Psicologia, além da especificidade humana, mais as características existentes no mundo de hoje, demandam uma boa formação e compreensão da subjetividade de forma realmente crítica.

Há, ainda, o que se chamam de Psicopatologias da modernidade, as quais têm sido foco de vários estudiosos. Começo com Herrmann (1994). Este postula que, no fim do século passado, desenvolveu-se a *Civilização dos meios*, uma espécie de busca por medidas cada vez mais eficazes da sofisticação de instrumentos para alcançar objetivos, informações, ou seja, meios para diminuir tempo e espaço. Essa busca modificou o objetivo próprio e primordial da ciência, que é a finalidade social, pois desvalorizou as religiões, as artes e os ofícios humanos. Fez, sim, foi uniformizar, padronizar e instigar a humanidade a fugir de sua essência nessa busca por si mesma. Como resultado, muitos vivem uma imensa e complexa crise de realidade, um real que, em nossa atualidade, retrata exatamente os anseios mais profundos do ser humano.

Herrmann (1994) refere que a psicanálise de Freud, no final do século XIX, orientava que o homem deveria renunciar à pulsão instintiva, hoje, a psicanálise ensina que o instinto foi evidenciado e aí está. O paciente da psicanálise de hoje é o homem fora de si mesmo, no qual a consciência transmuta-se em sentimentos de despersonalização e desrealização. O Real e o desejo humano se fundem, cada vez mais são criados instrumentos para o afirmar e reafirmar. A outrora Fantasia é hoje Realidade, uma realidade que é contra o coletivo. Assim, à medida que o homem se afasta de sua essência, vive uma realidade mentirosa, espetacular, reflexo de uma rotina psíquica incompatível com a sobrevivência da vida sobre a terra.

Essas idéias de Herrmann (1994) complementam postulados de outros autores como Birman (1999), que identifica as depressões, as toxicomanias e a síndrome do pânico como principais doenças da alma humana na atualidade. Essas Psicopatologias são eleitas hoje por estudos científicos em diferentes áreas do conhecimento humano e só podem ser compreendidas no atual contexto histórico e social. A psiquiatria, que nasceu médica e tentou afastar-se desse saber, reencontra agora essa sua vocação, juntamente com a psicofarmacologia surgida nos anos de 1950, e as recentes neurociências, que são valorizadas

nos atuais meios científicos. Tudo isso, afirma Birman (1999), evidencia a crença de que o corpo funciona mal na modernidade e que as medicações curam a psique, pois que se trata hoje é do corpo, afastando-se das etiologias dos sintomas, que, segundo ele, configuram até uma nova “racionalidade clínica”.

Há, na atualidade, uma desvinculação dos sintomas exteriorizados com as subjetividades e individualidades das pessoas. O eu é desvalorizado, há uma estetização da existência e uma inflação do eu. As pessoas, hoje, não passam de imagens e exterioridades frente uns aos outros. Somos individualidades descartáveis. A virtualidade dá status de originalidade ao real e à imagem, o ego não está mais dentro de si e nem é preciso ser e existir de fato, basta sermos imagens. Os limites entre razão, desrazão e loucura perdem-se, são as patologias narcísicas. O eu e o outro, o espaço e o tempo, a memória de passado e perspectivas de futuro se misturam.

OLHAR NOS OLHOS (à Dra. Sabrina Cabral)

*Às vezes me vejo
Olhando em meus olhos
Procurando por mim mesmo
Passo por vários lugares
Sem que ninguém me veja.
Três sombras em minha frente
Todas elas eram minhas
Nenhuma delas era eu.*

Juventino José Galhardo Jr. (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2001, p. 28).

Analisando também a especificidade da dinâmica de funcionamento psíquica do homem moderno, Fuks (2004) direciona o seu olhar para a subjetividade humana, relacionando-a com o tempo em que se vive e vai se constituir parte do ser. Mas, uma vez que muitos vivem em aparências, o ser não se pertence, surgindo as personalidades “como se”, em que a pulsão sexual parcialmente erotizada produz mecanismos evacuativos com poucas possibilidades de elaboração, levando aos *actings out*, drogadições, depressões, anorexias-bulimias, doenças psicossomáticas, síndrome de pânico e melancolias. Há um sentimento de

esvaziamento que tende a ser preenchido com o que é encontrado externo a si. Um mínimo de angústia é insuportável para um ego falso em “mim,” pois sente-se que o verdadeiro ego seja “exterior a mim,” e este não se angustia porque é perfeito e feliz, diz-nos a tecnologia na modernidade que elege o bem-estar eterno da vida e a negação da morte. Não há perdas e nem há luto. Não há tempo, não há memória, nostalgia ou reencontro. O outro não me frustra, não havendo vínculos verdadeiros nem experiências subjetivas com ganhos psíquicos. Tudo e todos se tornam descartáveis, o que dificulta em muito as relações psicoterapêuticas satisfatórias na contemporaneidade.

Esse é o panorama atual que permeia o ensino, a aprendizagem em Psicopatologia nos cursos de Psicologia e o fazer do futuro profissional. A complexidade do mundo contemporâneo, penso, não pode ficar de fora desse contexto, e o aluno de Psicologia de hoje vive esse paradoxo, ou seja, ter que analisar a realidade caótica na qual se vive, incluindo-se aí, ele, o aluno, advindo também de uma formação científica, um dos elementos do caos.

1.4 Psicopatologia ou: Algumas Subjetividades Objetivadas

A Psicopatologia é a disciplina científica que estuda as Doenças Mentais, quanto às suas causas, às alterações estruturais e funcionais e aos sintomas que manifestam. Ela fundamenta a ciência médica psiquiátrica e delinea sua prática, embora seja uma ciência considerada autônoma. (Dalgalarrrondo, 2007).

*Sem título
Desordem depressiva
Síndrome do Pânico
Transtorno Obsessivo-Compulsivo
Estranhos nomes assume
Essa coisa
Que alguns chamam de
Alma*

Luciana Barreto de Almeida (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2001, p. 126).

No entanto Foucault (1994) salienta contradições dos atuais conhecimentos sobre Psicopatologia. Constata que a Doença Mental e a doença orgânica têm sido definidas de maneiras semelhantes com base na noção de doença classicamente conhecido. Assim, a medicina mental passou a uniformizar sinais comuns tidos como sintomas, o que levou às nosografias. E ainda, tal como se classifica na botânica, classificou-se uma doença mental básica que se diversifica em subgrupos. Porém, isso só se enquadra nas reações e nos sintomas das doenças somáticas, que são estáveis no tempo, e não acontece com as doenças mentais, que são variáveis de acordo com as épocas e culturas, chegando a tomar *status* de mito.

Foucault (1994), no mesmo texto, salienta que a medicina tem a fisiologia como suporte para as doenças orgânicas, e esse tipo de apoio não acontece junto à doença mental, porque ela é puramente abstrata. Esse fato requer o julgamento de um terceiro para determinação da morbidade. Daí haver contradições, o que torna a Psicopatologia uma patologia de crenças num critério científico-social de verdade. Resulta daí, então, que essa forma de classificação traz alguns problemas, porque as reações mentais e ou orgânicas referem-se a experiências do ser como uma totalidade no mundo.

Por outro lado, se a doença mental pode ser entendida como uma regressão a estágios anteriores do desenvolvimento da libido, resultante da história individual de cada um de nós, é porque algo impede que haja esse desenvolvimento suficiente e no seu devido tempo cronológico. “[...] *todo estágio libidinal é uma estrutura patológica virtual. A neurose é uma arqueologia espontânea da libido.*” (Foucault, 1994, p. 29). Se isso é verdade, então, o funcionamento mental é constituído pelas relações sociais, ao mesmo tempo em que é, também, moldado por elas. Paralelamente, não há como dizer que uma doença orgânica é uma regressão a estágio orgânico infantil.

Foucault (1994) questiona: qual a causa? O que teria tanto poder para impulsionar que ocorram tais regressões? Para responder a essa questão, afirma que esse mecanismo é um recurso para não se vivenciar ansiedades, a angústia inerente ao homem ante a realidade das contradições pulsionais.

A vivência de estados estranhos percebidos no tempo e no espaço com significados diferentes de coisas, objetos, pessoas e até do próprio corpo do doente, revelam pontos que fogem à compreensão humana. Essas experiências mostram a existência de um mundo paralelo e desconhecido do nosso dia-a-dia, segundo esse autor. A Psicologia surge, então, com o intuito de dar respostas à existência, mas a vida não é só e apenas o que se pensa e se vive, fala-nos a loucura. O real chega a ser relativo, sendo os aspectos psicológicos da loucura inerentes à própria existência dos seres: *“Resumindo, pode-se dizer que as dimensões psicológicas da doença não podem, sem algum sofisma, ser encaradas como autônomas. Certamente, pode-se situar a doença mental em relação à gênese humana, em relação à história psicológica e individual, em relação às formas de existência”*. (Foucault, 1994, p.96). Portanto, enquanto existirem loucos e loucuras haverá a Psicologia, ou seja, subjetividades singulares.

Do ponto de vista psicanalítico, há redução e ou supressão de estímulos internos e externos ao organismo para a manutenção de um equilíbrio no aparelho psíquico (Kusnetzoff, 1982). Segundo Kusnetzoff, essa operação resulta em defesas e mecanismos de defesas, pois tem em seu bojo conflitos psíquicos que são constitutivos do ser humano. São processos operados pela parte inconsciente do ego e automáticas, fazendo com que o indivíduo sofra a ação do perigo e dos afetos desagradáveis que o acompanham.

Portanto, na psicanálise, não há cura no sentido de remissão de sintomas como no modelo médico. O indivíduo simplesmente desenvolve estilos defensivos, ocorrendo mudanças nas condutas por meio da diversificação na forma de utilização defensiva. Para a

Psicanálise, há dois mecanismos defensivos fundamentais, o recalque e a cisão, sendo o primeiro mecanismo básico das neuroses e o segundo o das psicoses (Kusnetzoff, 1982).

O Id está em constante busca pela descarga por meio do processo primário e em enfrentamento com o Ego e Superego, o que, por sua vez, gera ansiedade e culpa quando da inserção do ser humano na cultura, e forçam os conflitos a serem adequados. A própria inserção do ser humano na cultura é permeada por tensões provenientes das múltiplas possibilidades de articulação entre as instâncias psíquicas (Kusnetzoff, 1982).

Crise I
Loucura delírio
Ausência de memória...
Vida, cinzenta.
Alma abatida.
Coração exaltado.
Onde mora a vida?...

Beth (In: Bichueti, 1999, p.67).

Hermann (1999), afirma que há necessidade de superação dos preconceitos quanto à doença mental e compreendê-la para a constatação da continuidade existente entre o normal e o patológico, e assim resume o sentido de norma em Psicopatologia Psicanalítica: “*a normalidade é feita de variados conflitos, de inúmeras fixações parciais, de pequenos sintomas dispersos*” (Herrmann, 1999, p.116.).

Nós, psicólogos, vivemos num paradoxo: os estudos da Psicopatologia clássica, a maneira como ela é entendida e estudada hoje pela ciência médica psiquiátrica, são os modelos existentes para a área da Saúde Mental. É um modelo fruto de anos de pesquisas e convenções de estudiosos de vários países, além de servir a inúmeros serviços em temas de epidemiologia e organização dos serviços em saúde mental no mundo todo e deverá ser utilizado quando da prática profissional. Aí, penso na formação acadêmica que deve dar respaldo para um fazer crítico e complementar ao psicólogo trabalhador em saúde mental.

Nesse sentido, Dalgarrondo (2007) apregoa que aprender a ver sinais é o mais importante da clínica psiquiátrica, e, nesse aprender, o como aprender é mais relevante do que o conteúdo da aprendizagem, isso para que haja o desenvolvimento de um pensamento e posicionamento críticos, pois é muito grande o volume de informações existentes a respeito dessa temática. A vasta bibliografia sobre Psicopatologia, iniciada com Jaspers no começo do século XX, foi profundamente ampliada a partir de 1950, e o autor, ao definir Psicopatologia, coloca-a como uma ciência autônoma, apesar de ela vir de tradições médicas por um lado, e, por outro, de tradições humanísticas, filosóficas, literárias, artísticas e psicanalistas, ao mesmo tempo em que se diferencia das ciências neurológicas e da Psicologia. E desse modo quanto mais se aprofunda no conhecimento dos fenômenos mentais, descobre-se que mais há para se conhecer nessa área, e aí o conhecimento automaticamente se esbarra em limites existenciais, estéticos, éticos e metafísicos a nos dizer que é impossível conhecer tudo. (Dalgarrondo, 2007).

Tantos aspectos teóricos fazem-nos pensar que há uma fragilidade teórica nos estudos psicopatológicos, mas Dalgarrondo assevera que não. Os profissionais, quaisquer que sejam, devem, sim, estar atentos à complexidade do ser humano e nunca deixar qualquer aspecto sem ser observado quando de um diagnóstico.

Não há verdade em Psicopatologia, argumenta Dalgarrondo (2007), mas há algo em comum em todos os estudos a respeito de Psicopatologia: todas as experiências psicopatológicas, em qualquer que seja a linha de pesquisa, estão ligadas a sentimentos relativos à sobrevivência, à segurança, à sexualidade, medo da morte, medo de doenças e medo da miséria. Uma vez que tudo isso é inerente a todos os seres humanos, inclusive os técnicos, uma questão primordial que se apresenta é: o que é normalidade em termos de funcionamento mental? E a resposta a essa pergunta é simples, explica ainda Dalgarrondo (2007): o conceito de normalidade é amplo, variável e interdependente de aspectos sócio-

culturais e, portanto, intimamente ligado à postura de quem vai fazer um diagnóstico. Daí, as exigências de posicionamentos críticos e reflexivos sobre o assunto, principalmente dos técnicos, ao exercer seus ofícios.

Ressalto que os autores, mesmo os da Psicopatologia clássica, ao se referirem aos estudos psicopatológicos e suas aplicações, são unânimes nas falas sobre a complexidade humana em vivências e experiências subjetivas, e do quanto é delicado exercer a função de diagnosticador de estados mentais. Essa problemática se amplia quando o psicólogo tem essa função dentro de um contexto institucional, num determinado espaço cultural em que fatos, valores e tecnologias estão em constantes e rápidas mudanças. Parece que classificar torna-se, para nós, profissionais da saúde, uma árdua e necessária atividade, que nos chama à responsabilidade de um pensamento e um fazer críticos, e as condições de trabalho, muitas vezes, nos fazem perdidos em nossas práticas cotidianas.

Birman (2003) assegura que o movimento da Reforma Psiquiátrica ante as novas práticas nos fez repensar o tema nos campos da teoria, da ética e da política, mas, através dos tempos, a psicose resiste à normatização. A tradição trágica nomeada por Foucault (1995), na clássica “História da Loucura”, revela à cultura e à ciência as criações dos loucos em palavras, em gestos, imagens e sons. Mostrou que existem singularidades e subjetividades na experiência da loucura; não há como negar tal evidência. A exclusão da loucura, nos séculos XVII e XVIII, fez calar essa riqueza. Na modernidade, com as neurociências e a produção de neuro-hormônios, a forma de silenciar a voz do louco se dá por meio de condutas medicalizantes, de forma até mais violenta talvez, e não há estudos ou pesquisas que abordem esses aspectos. Por outro lado, as medicações estão presentes no dia-a-dia e são um dos recursos de abordagem e trato para com esse fenômeno humano.

*Doutor?
Preto-velho, novo...
Índio, pagé...
Calmo, nervoso,
Seca, escuridão.
O que eu quero é
A amizade
O medicamento
De um bom coração.*

Ricardo Gentil (In: Bichueti, 1999, p.18).

Os atuais cursos de Psicologia são embasados nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Conselho Nacional da Educação (2004), que determinam princípios, fundamentos, condições de oferecimento e procedimentos para planejamento, implementação e avaliação dos cursos, que deverão formar o aluno para que atue profissionalmente, ensine Psicologia e pesquise. Além disso, o conhecimento científico deve ser construído e aprimorado. O aluno deverá, ao final do curso, ter competências e habilidades para atuar no contexto sócio-cultural brasileiro. Os cursos, devido à sua complexidade, são direcionados para ênfases curriculares, e por uma delas o aluno deve optar.

Os professores, por outro lado, têm um plano de disciplinas a cumprir de acordo com essas diretrizes. Há toda uma formalidade técnica curricular e exigências. Mas há características pessoais de cada aluno e de cada professor em meio a tudo isso, isto é, humanidades. Portanto, a educação formal do aluno de Psicologia é bastante ampla, o que parece dificultar um amadurecimento emocional dele durante o curso e o possibilite a ter posturas profissionais adequadas logo de imediato após a formação.

CAPÍTULO II - MÉTODO OU: UM JEITO DE CAMINHAR

2.1. Sustentação teórica ou: Os caminhos do Texto

Metamorfose
Eu queria ser semelhante a uma duna
Formado por pequenos grãos de areia
Apresento-me cedo, toda manhã
Viajo vagarosamente na noite escura
O mestre, artista, chama-se vento
Incansável leva pequeninos grãos.
Perfilados em multidão, um dia,
Partirão com a mesma passagem
Para fazer nova viagem
Construindo novamente, nova paisagem.

Paulo Bortolotto (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2000, p.107)

Pesquisar com o Método Interpretativo é um desafio, uma grande responsabilidade, tira do eixo os conceitos previamente adquiridos, desorienta... mas parece mais próximo do afeto, e vem ao encontro do pensar vivenciado e traduzido em expressão escrita.

Antes de falar sobre o método especificamente, é importante, no contexto deste trabalho de pesquisa, falar um pouco sobre ciência e modelos de ciência. Recorro, então, a Santos (2004) que explica estar havendo uma mudança paradigmática na forma de fazer e produzir conhecimentos. Segundo ele, na era do século XX, ainda não éramos algo novo e, tínhamos o formato e a cultura científica que teve seu início no século XVI, o período que inaugurou a modernidade. Cientificamente, ainda vivemos no século XIX, pois é contrastante a produção tecnológica com potencialidades investigativas, ao mesmo tempo em que assistimos a cada dia mais a catástrofes ecológicas e guerras nucleares que nos ameaçam.

É sem dúvida, um período de muita ambigüidade, pois se perdeu a confiança epistemológica. Santos (2004) pergunta, sem respostas, quais as contribuições do progresso das ciências para purificar ou corromper costumes; se há relação entre ciência e virtude;

porque o conhecimento popular sobre coisas tão amplas é substituído radicalmente pelo conhecimento de poucos cientistas; se a ciência vai dar respostas que preencham o vazio entre teoria e prática; e se a ciência atual contribui para a nossa felicidade.

Nesse mesmo texto, Santos (2004) apregoa que as ciências sociais devem recusar todas as formas de positivismo lógico ou empírico, ou de mecanicismo materialista ou idealista, e revalorizar os estudos humanísticos, e estes têm sido os desafios dos cientistas contemporâneos, pois os problemas são complexos, já que tratam é do ser humano e da cultura. A ciência é unívoca, mas não há como haver consenso paradigmático, pois métodos e técnicas se diferenciam quanto ao humano, aqui, há intersubjetividades na produção de conhecimento.

*Sem título
Atualmente
A tua
Mente
Atua?*

Magda S. Bertoluci Leardini (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2001, p.18).

Levantando questionamentos sobre as considerações de Boaventura Santos, lanço mão das palavras de Foucault (1996), que, em seu texto “A Ordem do Discurso,” alerta para o aspecto do poder que o discurso científico encerra, por mais bem intencionado que ele seja. Ainda, assevera que os conhecimentos devem ser colocados sob provas para que se encaixem num encadeamento natural de produções científicas, e nunca serem tomados como verdades absolutas e imutáveis. Os discursos científicos são contínuos no tempo, um conhecimento estanque não existe. Um cientista, em regra geral, fala o que lhe é permitido, o que lhe é possível falar por meio de suas pesquisas delimitadas num tempo e num espaço. Na produção de conhecimento científico, há lutas e sistemas de dominação.

Essas considerações me fazem pensar que também o novo modelo de ciência não deva ocupar o espaço de poder que o tradicional vem ocupando. Caso isso aconteça, seria apenas uma troca de lugar. Para que algo novo efetivamente aconteça, será preciso romper com as forças de hegemonia. Neste sentido, ter-se-á que tomar uma direção nessa transição. Isto é, a tendência atual, ou seja, o discurso da ciência pós-moderna, identificado por Boaventura Santos, a meu ver, é em direção a uma complementaridade desses modelos.

Então, o que rege o conhecimento é a “Vontade de Saber,” explica Foucault (1996). A ciência, ao trazer descobertas traz também mais vontade de saber, e esse saber não deve nunca estar desvinculado da praticidade do dia-a-dia das pessoas comuns. Isso porque o discurso da vontade de saber procura modificar os outros discursos, e dele mesmo pouco fala. As verdades científicas não se questionam, distanciando-se da vontade de verdade que nela própria existe. A pura e simples verdade do existir da ciência é servir à humanidade, esta é a verdadeira vocação da ciência crítica, que se permite perguntar por que e para quê existe, complementa Foucault.

Segundo Somermman (2006), a epistemologia racionalista e empirista separou o saber num processo que começou no século XIII, levando à constituição cada vez mais da ciência em disciplinas. Só na metade do século XX, começou-se a pensar em unidade do saber novamente.

A hiperespecialização e o desenvolvimento tecnológico tornaram-se um problema uma vez que a falta de diálogo entre as disciplinas deixou-os por solucionar e até os acentuou. Na década de 1950 surgiram as propostas de integrar conhecimentos que resultaram no que se chamava de transdisciplinaridade no final do século passado. A fragmentação do saber mostrou a verdade dos limites da cada disciplina e novas teorias pedagógicas, psicológicas e científicas reforçaram a integração do conhecimento (Somermman, 2006).

*Quero construir do hoje
O meu amanhã.
Não existe evolução dos
tempos perdidos.*

Hélia (In: Bichueti, 1999, p.23).

A proposta de convergência das disciplinas é um máximo de relações entre elas, questionando o logocentrismo e a não inclusão de saberes não científicos como não conhecimento. É transgressão disciplinar. Tem a proposta de agregar conhecimentos que estão, ao mesmo tempo, entre, através e além das diferentes disciplinas, para compreender o mundo atual valorizando a unidade do conhecimento (Somermman, 2006). Talvez, o ensino e as aprendizagens advindas do Projeto Aluno Amigo possam ser incluídas nessa vertente. A loucura exige abordagem de vários saberes.

Sendo a função primeira da ciência produzir conhecimentos que tragam bem estar à humanidade, e sendo esta construída por seres humanos; alguns aspectos interessantes a respeito da subjetividade como objeto de pesquisa são ressaltados por Amatuzzi (2006). Em primeiro lugar, ele destaca o aspecto abstrato dos sujeitos, tanto do pesquisador quanto do objeto pesquisado. Nesta relação, os significados têm um olhar compartilhado para se compreenderem os fenômenos. É a denominada ciência com consciência, destacando que, na ciência clássica, a objetividade e a racionalidade estão apartadas dos aspectos emocionais. Nesta modalidade de pesquisa, o pesquisador é incluído, envolvendo-se criticamente, pois o saber, o agir e o sentir são indissociáveis.

A partir da filosofia, constata-se que a subjetividade é o âmago da experiência humana inerente ao pensamento, sentimento e decisão, portanto, impossível de acontecer sem envolvimento. É só por meio da relação com o outro que é possível não o tratar com objetividade. Assim, toda pesquisa de subjetividade implica intervenção, intersubjetividades, relações, mobilização nas pessoas tendendo a modificar a forma de agir de todos os

envolvidos, inclusive o leitor, que também é participante, porque é convidado a tomar posicionamentos internamente. (Amatuzzi, 2006).

A subjetividade implica uma nova epistemologia em pesquisa, que é a do tipo qualitativa, também o afirma González Rey (2005). Esse autor assegura que esse tipo de pesquisa vem corroborar o sentido de que a ciência está em constante mutação de acordo com as necessidades de compreensão dos fenômenos que se lhes impõe. A ciência, por si só, já impede versões terminadas tais quais dogmas ou definições universais e invariáveis.

Aqui, o objeto é mutável e depende do pesquisador para que tenha significados. Essa nova forma exige a *“elaboração de novas epistemologias, capazes de sustentar mudanças profundas no desenvolvimento de formas alternativas de produzir conhecimento nas ciências sociais, requer a construção de representações teóricas que permitam aos pesquisadores ter acesso a novas “zonas de sentido” sobre o assunto estudado, impossíveis de serem construídas pelas vias tradicionais.”* (González Rey, 2005, p.7).

Os estudos qualitativos em Psicologia tiveram suas raízes no século XIX, com antropólogos, e, na primeira metade do século passado, os primeiros psicólogos teóricos da Psicologia Humanista, iniciada pela *gestalt*, sentiram necessidade de extrapolar o modelo científico que a Psicologia importava de outras ciências. A ciência foi desafiada, e pesquisadores sociais, psicólogos, sociólogos, lingüistas, psicanalistas e semióticos se colocaram perante novos objetos. Essa nova forma de pesquisar logo tomou força, especialmente, entre pedagogos russos e, na Psicologia, veio dar soluções a problemas científicos que ainda se arrastavam nas pesquisas qualitativas regidas pela filosofia positivista. Nessa forma de pesquisa, a cultura, a forma de organização social de pesquisadores e sujeitos mais história, estão presentes.

Assim, González Rey (2005) destaca, também, o conceito de subjetividade, ao mesmo tempo produto e função constitutiva dos aspectos culturais que superam a dicotomia existente,

até então, nas ciências humanas, que polarizavam o social-individual, o interno-externo, o afetivo-cognitivo e o intrapsíquico-interativo. “*A epistemologia qualitativa é um esforço na busca de formas diferentes de produção de conhecimento em Psicologia que permitam a criação teórica acerca da realidade plurideterminada, diferenciada, irregular, interativa e histórica, que representa a subjetividade humana.*” (González Rey, 2005, p. 29).

González Rey informa, ainda, que o conhecimento é uma produção construtivo-interpretativa que interdepende do experienciado, do vivenciado pelos autores do estudo, sejam pesquisadores e/ou pesquisados. A produção do conhecimento qualitativo está regida pela imprevisibilidade, sendo esta uma característica do processo, e conta também com o papel ativo do pesquisador.

O tempo
O tempo rearranjou as palavras na nossa memória mas a sentença
Prossegue correta
O autor da química que nos interage é divino como seus mensageiros
Quando estou fora de alcance esses Imortais suspendem relógios
Que me chamam
O número imprime sua idéia na minha retina e eu agradeço com os olhos.

Umberto Malavolta dos Santos (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2000, p.118).

Por fim, o autor caracteriza essa modalidade de produção de conhecimento pela singularidade e pela individualidade dos sujeitos, que vão definindo, no decorrer da pesquisa, as hipóteses e as teorias. Os achados aqui são impossíveis de ser obtidos por meio de respostas objetivas a instrumentos padronizados, pois o emocional e a experiência de vida estão evidenciados. Então, subjetividade e método qualitativo se atraem, se complementam e explicitam o constitutivo do social e cultural oculto para as evidências. Contrário ao método quantitativo, que busca por dados numéricos, frutos de medições, visando à predição e ao controle, o qualitativo nega tais aspectos, constituindo-se em uma nova epistemologia.

A partir desses pontos de vista, discuto agora sobre Psicanálise como ciência, uma vez que lanço mão de seu método neste trabalho. Prudente e Ribeiro (2005) explicam que a

Psicanálise amplia em muito o horizonte de onde se fazer pesquisas. A ciência tradicional o faz com os fenômenos observáveis, lógicos e quantificáveis, mas o objeto de pesquisa delimitado por Freud, asseveram as autoras, rompe com a forma tradicional, é revolucionário e acontece no início do século XX, quando o jeito dominante de fazer ciência já não respondia mais às questões humanas. Os avanços desses novos moldes científicos ficaram comprometidos porque evidenciavam a subjetividade, o que, na época, não era importante. Só na década de 1960 é que começou a haver uma aceitação da Psicanálise como ciência com o filósofo Francês L. Althusser, e o reconhecimento de que ela produz teoria articulada a método e técnicas de investigação.

O inconsciente, seu objeto de estudo, faz um corte epistemológico com a Psicologia da consciência e com a psiquiatria no final do século XIX e início do século XX. A Psicanálise revela para a ciência outras provas, diferentes daquelas propostas pela ciência do século XIX. Esclarecem as autoras que Freud salientou que nenhuma ciência avança tendo rigidez na forma de pensar e de construir-se: todo fenômeno requer pensamentos e construções sobre os objetos, e ele não tinha idéia do que estava criando quando cunhou o termo “Psicanálise”. Nas suas pesquisas, o foco não era o objeto da realidade empírica, mas a realidade psíquica, é a percepção de realidade que surge.

Freud (1923), ao escrever “Dois Verbetes de Enciclopédia”, complementa que a psicanálise era, ao mesmo tempo, uma teoria sobre o psiquismo, uma técnica terapêutica e um método de investigação do inconsciente quando da situação analítica. Apesar do *setting* e da técnica psicanalítica, o método é o que realmente faz existir uma análise de fatos que não conseguem ser medidos ou comprovados por estatística ou escalas.

De fato, ao ler a obra freudiana, pude observar que ele pesquisou na arte, na cultura e no psiquismo humano. Pesquisou obras de arte, atendia nas casas de seus pacientes e também no seu consultório. Atendia, longamente, por anos, alguns pacientes, mas também atendia em

uma só sessão, como foi o caso de Katharina em 1893. E foi remodelando suas técnicas e teorias, sempre usando o Método Interpretativo.

Método, segundo Herrmann (1991), vem do Grego *Méthodos*, que significa caminho para um fim, aquilo que está além e vai ser atingido por um determinado caminho. A história mostra como a psicanálise tem atingido seus objetivos de devolver ao homem o sentido de si mesmo.

*Simplicidade
Ela é a mais simpática das belezas fatais.
Tem a simplicidade de um corte no dedo
Ou de um tombo da calçada.
E no entanto – ah, no entanto! –
Confundiria, com seus olhos,
Um raciocínio socrático.*

Leo de Arantes Ramos (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2000, p.39).

A prática analítica, na primeira metade do século XX, período clássico freudiano, sofreu grandes modificações, constituindo-se num expressivo corpo teórico. Dentre as variadas definições e determinações técnicas que vinham ocorrendo nas práticas, Herrmann (1991) descobriu que o Método Psicanalítico é uma invariante da criação freudiana.

Herrmann (1991), afirma sua posição com duas ressalvas: primeiro, que a forma como chegou a esse resultado é mais importante do que o próprio resultado. Segundo, que o resultado também vai sendo construído em conjunto com a investigação. Já aqui, Herrmann ressalta uma característica importante do método, que é teorizar e investigar concomitantemente. Enquanto faz suas descobertas, Herrmann vai demonstrando o uso que se faz do método psicanalítico, as implicações do pesquisador em meio ao objeto pesquisado.

Da mesma forma em que há um campo e uma prototeoria específicas para cada paciente, há, também, uma prototeoria e um campo para todo fenômeno que seja objeto de estudo. O investigador analista não respeita a obviedade do que é falado ou visto pelos olhos. O que é percebido pelos órgãos do sentido é conectado ao emocional. Há outros fatos a serem

salientados. O campo relacional é constituído por regras na sua organização, e as percepções devem respeitar suas peculiaridades para fazer outros sentidos. É o psiquismo que se evidencia pelo o que Herrmann (1991) chamou “*ruptura no campo transferencial*,” que é desagradável. Posteriormente, há a “*expectativa de trânsito*” e o “*vórtice*”. A expectativa de trânsito ocorre logo após a ruptura de campo, um momento de desorganização do psiquismo por estar à frente de algo totalmente novo. O campo vai ser reorganizado, pois a organização psíquica periférica ao “*campo representacional*” anterior é arrastada para a consciência em movimentos para uma reorganização nova e desconhecida. Após esse processo, o campo se reinstala, mas modificado.

As definições desse pensador da psicanálise se referem às situações e aos fatos que acontecem durante análises que só são possíveis em razão da transferência e/ou contratransferência que ocorrem entre o objeto de pesquisa e o pesquisador. São forças, campos magnéticos e propriedades do método, além de, ainda serem uma qualidade inerente ao psiquismo humano; e, portanto, por isso mesmo, pode ser usado em pesquisas fora de consultório.

Enfim, qualquer que seja a técnica ou teoria, a escuta analítica em outro campo, no qual ocorre ruptura, significa fazer psicanálise. Ruptura de campo é o próprio método da psicanálise. Cria a situação de estudo e o fenômeno a ser estudado. Análise é o método em ação, como o demonstra o próprio autor em pesquisa na qual aconteceram seus achados.

A pesquisa em Psicanálise, então, é eminentemente qualitativa. De início, essa parece ser uma tarefa simples: poucos sujeitos, entrevistas semi-estruturadas, participação direta na pesquisa, atenção às especificidades dos conteúdos pesquisados, à subjetividade dos sujeitos entrevistados, intersubjetividades pesquisador/sujeito, o não interesse em quantidade de sujeitos, padronizações, dados estatísticos ou comprovação científica clássica.

Mas o importante, nesse caso, é a psique humana. Pela interpretação, a psique humana potencializa sua área de circunscrição, ou seja, o reino dos sentidos humanos. Possibilita dar significados, dar sentidos ao mundo e às coisas do mundo. Sendo o homem o ser da palavra, do pensamento e do afeto, há outro mundo para além desse visível e concreto. Uma espécie de virtualidade. Há uma lógica na produção desses infindáveis sentidos e significados. (Herrmann, 1991).

O investigador tem à sua disposição o “modelo metodológico psicanalítico” adquirido por meio de uma postura perante o fenômeno, de “*suspeição-suspensão da realidade*” (Romera, 2004).

Herrmann (1999) esclarece que o mundo, os significados dado às coisas do mundo têm mostrado ao homem o ABSURDO que ele é. De um lado, o desejo humano, o subjetivo, a essência constitutiva do ser, e, de outro, a realidade. O REAL, a PSIQUE DO REAL, que parece um espelho em que ficam refletidos seus desejos e denúncias do seu verdadeiro desejo. Outro mundo fica aberto à investigação, o mundo da psique. Outro objeto é foco das pesquisas. E o uso do próprio método cria conceitos, reproduz-se de formas diferentes e nos mostra como o método psicanalítico investiga em ação.

Este modelo de apreensão do novo por rupturas de campo e de constituição de subjetividades parece que pode ser também utilizado na situação de aprendizagem de Psicopatologia, quando o aluno se defronta com o louco e a loucura. Talvez isso fique mais claro no decorrer dessa investigação, em que o fenômeno do ensino e da apreensão da Psicopatologia acontece por intermédio do Projeto Aluno Amigo. Os achados das análises tornam-se uma teoria formulada com base para infindáveis e novas rupturas de campos.

Nesse projeto, a inter-relação e as subjetividades de aluno e paciente fazem emergir conhecimentos. Nesse projeto, o aluno é estimulado a buscar, isto é, se implicar na investigação fruto de sua relação com o louco e a loucura, ou doente mental e Psicopatologia,

além de perceber as interfaces desses aspectos com realidades psico-sócio-culturais do paciente.

2.2. Psicopatologia, Loucura e Arte ou: O Ser Psíquico

*Segredos
Telas tons claros
Raios de sol
Êxtase raro,
Este Arrebol.
Parece vivo
Sinto calor
Olhos eu crivo
Pintas com amor.
Melancolia!
O meu perfil
Desenhas crias
Entre outros mil.
Tuas mãos
Tão longos dedos
Retratam? Não!
Pintam segredos.*

Neyde Falcão (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2000, p.111).

A arte é um bom começo de caminho para compreender e aceitar do humano o que lhe é peculiar e específico. Explicita o vivenciar e o existir da loucura sem impactos sobre a normalidade culturalmente aceita. E as produções artísticas aliadas à loucura bem o dizem e o demonstram como será visto neste item.

Segundo Ferreira (1986), arte implica a “*capacidade de criar sensações e estados de espírito de caráter estético carregado de vivência pessoal e profunda, podendo suscitar no outro o desejo de prolongamento ou renovação*”. Ou ainda: “*capacidade de expressar ou transmitir sensações e sentimentos*”; “*capacidade natural ou adquirida de por em prática os meios necessários para obter um resultado*”, “*dom, habilidade, jeito*” (Aurélio, 1986, p.176). Portanto, criatividade é relação entre humanos. A loucura, tanto quanto a arte, desperta

sentidos, chama à subjetividade, e o aluno de Psicologia, também, não fica inerte perante a ela.

Assim, o objetivo de ter inserido os poemas no texto é, conforme mencionado anteriormente, integrá-los ao contexto da pesquisa, além de dar plasticidade ao trabalho. A criatividade e expressividade desses poemas me revelam sábias celebridades anônimas existentes em meio aos nossos usuários de serviços de Saúde Mental. São frutos de dois concursos públicos entre os usuários dos serviços de atenção à saúde mental, e que se encontram em sua quarta edição – poesias e pinturas. São patrocinados por um laboratório de medicamentos psicotrópicos e contam com equipe julgadora composta por pessoas renomadas do meio artístico e cultural. No conjunto do texto, coloquei, também, algumas produções do livro publicado pela Fundação Barembilit e produzido no Núcleo da Assistência Psicossocial (NAPS) Maria Boneca de Uberaba (MG).

A loucura transmite alguns sentidos, que também são ditos de certa forma em outros lugares, tais como ciência, filosofia, arte e religião. O louco está sempre a nos dizer alguma coisa. Os alunos de Psicologia, quando entram em contato com o usuário em crise e estes lhes fazem um desenho e ou poema, por vezes, percebidos com sentidos estético-criativos, ficam muito surpresos. Descortina-se, entre a loucura e o aluno, uma cumplicidade. Além de ser uma via de linguagem entre aluno-gente-aprendiz com usuário-gente-doente mental em crise, a criatividade, sobretudo em oficinas, produz compreensões e múltiplas possibilidades de conhecimentos mútuos: o aluno aprende que há jeitos peculiares de expressões humanas, portanto, de perceber-se a si próprio e ao mundo em que vive. Compreensões diferentes a respeito da vida e da morte, sentidos para os vínculos estabelecidos, percebe as individualidades subjetivas e, mais importante que tudo isso, vê a produção de forma crítica e até dentro do contexto social mais amplo: loucura/sanidade, instituições, louco/famílias, louco/ciência, louco/formas de tratamento.

O paciente, quando na presença do aluno, seja em oficina¹⁰ ou para uma simples conversa, passa momentos descontraídos e, portanto, psicoterapêuticos. Esquece o motivo pelo qual está internado. Acontecem contatos do paciente com fatos, sentimentos e ações que, normalmente, não lhes são suscitados com o que temos na rotina da enfermaria. E mais, há oportunidade de transformação nos jeitos de ser de ambos. Há intersubjetividade em movimento nesses contatos.

Penso que a expressão por meio da arte pode ser considerada a constatação de sentimentos que desencadeiam construções de pensamentos e tira o pensador de seu lugar, dando-lhe outras possibilidades de pensar e ver o mundo em si e no outro. Um interlocutor não fica indiferente a uma obra de arte. Ela incita-nos à percepção e à reorganização de significados – algo essencialmente do humano. Se não se a compreende para tradução em palavras, fica um sentimento, algo para conversar, pensar mais, trocar idéias sobre, ampliar o sentir e o pensar ao entrar em contato com algo que nos é profundo e desconhecido. A pessoa do louco com a sua loucura, assim como a arte, parecem promover tais movimentos na subjetividade humana.

Às vezes, a lucidez da loucura surpreende olhos cegos para essa humanidade. Ao falar de criatividade na loucura, posso pensar um pouco sobre possíveis relações entre arte, aprendizagem em Psicopatologia, intersubjetividades e loucura. A loucura surpreende. São singulares expressões humanas que produzem subjetividades no outro. A partir de então, loucura, humanidade e aprendizagem andam juntas.

Ávila e Jaeger (2005) esclarecem que a arte une loucuras que se reconhecem e se valorizam. Por meio da arte, o homem se harmoniza em si mesmo, pois ela une pessoas, diz coisas de todos os humanos para todos os humanos. Marca um humano para a posteridade e evidencia o que há de comum entre todos nós. Essas autoras fazem um estudo sobre a

¹⁰ Oficinas Terapêuticas ou OT, refere-se a uma modalidade de atendimento psicoterápico, normalmente em grupo, em que são utilizados materiais concretos para serem manuseados pelos pacientes. O trabalho psíquico é feito a partir do falar sobre o que foi feito.

produtividade criativa de usuários psiquiátricos, exposta em espaços públicos itinerantes na cidade de Porto Alegre (RS) e região. O objetivo do Núcleo de Expressões Nise da Silveira nessa cidade, é viabilizar novos modos de cidadania de acordo com a filosofia da Reforma Psiquiátrica, questionando o lugar da loucura em nosso contexto sócio-cultural contemporâneo. Ao mesmo tempo em que atinge esse objetivo, o grupo criou possibilidades para uma nova clínica psiquiátrica e respeito à subjetividade do usuário, unindo a arte do louco desconhecido com a arte de pessoas conhecidas naquela cidade. A arte do louco é uma arte espontânea, que ultrapassa os dogmatismos e os padrões, e o único objetivo é a inventividade, algo que surge aparentemente do nada e provoca indagações.

Neste estudo, com o Projeto Aluno Amigo, o aluno de Psicologia, quando do processo de ensino e aprendizagem em Psicopatologia, produz novas possibilidades intersubjetivas, que acrescentam em muito à sua formação acadêmica. Há inventividade e criação em oficinas, há vivências produtivas nas relações da dupla aluno/ paciente.

Essa criatividade e expressão humana, um olhar específico sobre o louco sempre existiram, explica Ferraz (1988). No âmbito da psiquiatria, o autor faz um levantamento histórico de trabalhos artísticos dos loucos do Juqueri na década de 1920 a 1940. Cita Osório César que, na década de 1920, foi pioneiro em interessar-se por essa produtividade. Mostra como esse interesse estava vinculado aos movimentos políticos, sociais e culturais que revolucionavam nosso país e o mundo ocidental naquela época. Juntamente com renomados artistas plásticos, várias exposições da arte dos loucos foram feitas em São Paulo, Rio de Janeiro e até levadas para o exterior com inserção em Faculdades de Artes em outros países. Segundo Ferraz (1988), foi também nessa época que Jung elaborou sua teoria e passou a haver um reconhecimento geral nas artes, principalmente na literatura e na pintura, da existência do Inconsciente, da Psique e da Subjetividade. Com caráter terapêutico, teve, então, como base a Psicanálise e, a partir daí, portanto, passou a ter interesse para a ciência.

Nas décadas de 1940 e 1950 surgia Nise da Silveira, psiquiatra no Rio de Janeiro, segundo Câmara (2002). Mais isenta do caráter sócio-político cultural do período anterior, e sob a égide junguiana, a sensibilidade e compromisso com a terapêutica fizeram dessa estudiosa grande divulgadora da junção arte e loucura, especialmente a pintura.

Passetti (2002) demonstra que sua vida foi tratada como obra de arte por que, em psiquiatria, Nise cunhou a expressão “*emoção de lidar*”. Informa, também, que essa expressão é de autoria de um paciente da Casa das Palmeiras e foi adotada por Nise da Silveira, porque esta entendia que expressava a forma como gostava de se dedicar aos seus pacientes. Ela acreditava num afeto catalizador, numa relação de estar ao lado, longe da verticalidade reinante entre os que tinham razão, e os que tinham desrazão. Importava-lhe o sujeito. Explicava, ainda, que a vida “*não é isso ou aquilo e sim “isso e aquilo*”. Era libertária e gostava de liberdade, de criar, de ser ela mesma e queria isso para todas as pessoas que conhecia inclusive os pacientes. Foi idealizadora e criadora do Museu do Inconsciente, frisa-nos Passetti.

Lúcia Clark (SampaArt-2008), contemporânea à época, mas pouco conhecida no Brasil, foi artista plástica muito criticada tanto por psicanalistas quanto por artistas, porque, após se dedicar à pintura abstrata, começou uma série de trabalhos que saltavam da tela e interagiam com o público. Acreditava que a arte devia ultrapassar limites e trazer à tona impulsos reprimidos para serem substituídos por energia criativa. Usava materiais concretos e diversos em texturas e formas nas suas atividades didáticas. Para ela, arte e terapia psicológica eram unidas, acreditando que o contato com materiais da natureza curava os males da alma.

Nesse contexto, não posso deixar de citar Arthur Bispo do Rosário e Antonin Artaud. O primeiro que, por meio de uma análise biográfica clínica, feita por Corrêa (2001), fez ver o que há de normal na psicose e o que há de psicótico na arte. A autora atenta para a questão da norma, quando se trata do ato criador, afirmando que o que determina se a criatividade é de

um louco ou não, é o olhar do outro que vê o produto da criatividade. Ela descobre que a arte de Arthur Bispo do Rosário sempre esteve intimamente ligada aos períodos de crises, quando ele chegava a ficar meses em reclusão, por seu próprio pedido para ir para a cela forte. Lá se concentrava em suas produções de bordados e confecção de navios – apesar da artrite nas mãos e dos problemas visuais. Nessas crises, manifestava medo de transformar-se, de agredir, então, ocupava suas mãos, para literalmente cumprir sua missão, que era “*reconstruir o mundo*”. A autora acredita que, nesses momentos, a denominada por críticos *arte brut*, de Bispo do Rosário, era a manifestação de seu inconsciente a céu aberto. Seus delírios estavam ligados às suas origens culturais que vivenciara quando criança em sua terra natal.

Corrêa (2001) afirma que a arte e a loucura, em diferentes tempos da história da humanidade, se caracterizam por fazer surgir algo desconhecido do interior do ser humano. Lembra: “*Aleijadinho com as dificuldades manuais, Van Gogh, Francis Bacon e seus caos, Gaudi e obrador na Sagrada Família, Giacometti envolto no pó de suas esculturas, Brancusi e sua casa-ateliê, Camile Claudel em seu apartamento; todos fazendo emergir de um certo caos uma produção artística, reforçando a idéia de aproximação entre arte e loucura.*” (Corrêa, 2001, p.20).

Já o teatrólogo Antonin Artaud, segundo Nogueira (2008), contestou o naturalismo Francês na expressividade teatral e fez críticas à cultura livresca. Colocou gritos, gestos e danças no palco e foi chamado de maldito. O corpo, para ele, não era um mero transmissor de idéias e sentimentos, e o teatro deveria, para ele, expressar a própria idéia e o sentimento do ator, a transcendência do humano em direção à divindade. O espetáculo do teatro, era falsidade, viver e criar era algo uno, palco e platéia são uma única realidade, numa “*rebeldia radical*” (Nogueira, 2008, p.4). Era só no mundo, morreu por auto-extermínio, mas, antes, revolucionou o conceito e a filosofia do teatro do século passado.

Os nomes de artistas loucos ou loucos artistas resultariam numa imensa lista. Foram pessoas que tornaram suas vidas potentes objetos de interesse. Foram criativos no viver, e eles próprios proporcionam até os dias de hoje admiração, espelhamentos e curiosidade tal qual o que criaram. Continuam a comunicar emoções. São vidas ainda subjetivadoras, provocando sentimentos e pensamentos.

*Dia a dia
 acordo
 Visto a roupa
 Olho o espelho
 Visto o rosto
 Visto a cara
 E saio
 Preciso de um visto para entrar e sair
 Do meu mundo
 Preciso de um visto para entrar e sair
 Do seu mundo
 Entro
 Tiro a cara
 Tiro o rosto
 Olho e espelho
 Tiro a roupa
 Durmo*

André Soares Cruz (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2000, p.26)

A seguir, farei uma pequena ligação entre arte e ensino. Silva (2005), ao defender a arte como recurso para o ensino de Psicologia Escolar para psicólogos, orienta que ela possibilita a chegada a mundos desconhecidos, ampliando processos de imaginação. Os materiais concretos desafiam pensamentos e emoções de quem se encontra em possibilidades de criar. Os órgãos dos sentidos estão perante dimensões diferenciadas. São processos que levam a surpresas do indivíduo com ele mesmo, afetando diretamente a sua auto-estima e as relações interpessoais. Segundo Silva: “*O contato com a obra de arte aproxima as pessoas das características constituintes da condição humana, como alegria, medo, tristeza, angústia, saudade, esperança. E também não são essas características o material de trabalho do*

psicólogo? A esse profissional interessa tudo aquilo que diz respeito aos seres humanos.”
(Silva, 2005, p. 23).

Assim, com base no posicionamento de Silva (2005), é possível reafirmar a arte também como recurso no ensino e na aprendizagem de Psicopatologia. Conforme minha discussão neste trabalho, após passar pelo Projeto Aluno Amigo, mudanças psíquicas ocorrem no aluno, há trocas intersubjetivas similares a colocar-se frente a uma obra de arte. Isso amplia o objeto investigado neste trabalho, pois parece que há subjetivações que emergem na aprendizagem por meio da relação com a arte tanto quanto na relação com o louco e sua loucura.

Parece que o paciente se equipara a objeto artístico. Frayze-Pereira (2004), discursa sobre o paciente psicanalítico como obra de arte: *“Nesse sentido, pode-se dizer que tanto na relação terapêutica com o paciente como no exame de uma obra de arte há que se ter um primeiro tempo – o tempo da experiência – segundo o qual o olhar vai ao encontro da realidade sensível que se oferece a ele sem reconhecer nela estruturas fixas. Seguindo o princípio da atenção flutuante o analista pode ver delinear-se pouco a pouco a insistência de certos temas.”* E mais: *“o que estaria em jogo seria a apreensão de um sentido que, ultrapassando os limites de cada obra (assim como de cada artista particular), emergiria entre esta e o receptor, na forma de articulações insuspeitadas que vão se tornando evidentes gradualmente.”* (Frayze-Pereira, 2004, p.35-36).

Freud (1919), ao falar sobre “O Estranho,” conclui que há um sentimento falsamente desconhecido em nós que provoca sensações de estranheza, algo sinistro e não familiar quando de desorientação espaço-ambiental. Já ante a personagens mitológicos ou de contos de fada, o mesmo não acontece, por mais fantásticos que sejam. Menciona que, nas situações de realidade, o afeto ligado ao impulso emocional, que subsiste reprimido, retorna, pois no real há uma manifestação superficializada da pulsão de morte. Diante dos delírios e das

alucinações da pessoa psicótica, algo semelhante acontece, explica Freud. É um embate entre realidade psíquica e realidade emocional, que afronta o estado de percepção da realidade. Freud (1919), declara que não se tem certeza do que é fato ou não, do que possa ou não acontecer, e, nesse caso, um espectador é essencial para perceber o algo estranho externo a si. A experiência de estar perante o psicótico evoca o estranho identificado por Freud. O louco, com suas falas e gestos, assemelha-se a personagens fictícios. É o fantástico de nosso imaginário, porém vivo, materializado e externado pelo louco. Parece que a aprendizagem em Psicopatologia, por meio de um contato mais direto com o paciente psiquiátrico, interfere na subjetividade dos alunos de Psicologia de maneira semelhante.

Será que o Projeto Aluno Amigo, como instrumento de ensino de Psicopatologia, possibilita ao aluno de Psicologia um olhar mais crítico sobre os conceitos de loucura, de Doença Mental e de Psicopatologia? Será possível uma melhor aproximação desse aprendizado com os preceitos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial e tornar o aluno sensível ao contexto de mudanças paradigmáticas da ciência? Essa investigação promoveria questões em termos de pesquisa em docência? As especificidades das ciências humanas para alunos do curso de Psicologia da UFU são evidenciadas e valorizadas como uma aprendizagem mais próxima da prática profissional? Há aprendizado nessa relação tais quais as subjetividades produzidas pela arte?

Parece que as visitas diárias ao portador de sofrimento psíquico grave, como prática de aprendizagem em Psicopatologia pelo aluno de Psicologia, têm consequências positivas para sua vida pessoal e profissional, pois isso o reaproxima da condição humana de fragilidade sempre presente no exercício da profissão do psicólogo.

A vivência diária com os alunos de Psicologia nos últimos anos, as mudanças subjetivas apontadas por eles, os vínculos estabelecidos com o usuário sob internação, fruto do Projeto Aluno Amigo, a junção de contextos teóricos e práticos, e as construções de

saberes em aberto na área de saúde mental, e a serem pesquisados em serviços públicos de saúde, é que me levam a pesquisar sobre o tema. Parece que uma visão diferenciada e crítica da loucura é apreendida melhor pelo aluno, quando de uma “loucuraprendizagem,” isto é, há uma loucura no aprender que, acredito, provoca abalos identitários no aprendiz e faz emergir subjetividades diferenciadas.

Parece-me, também, que a informalidade no aprendizado, tal qual acontece nessa prática, por exemplo, é mais apropriada para a apreensão de movimentos psíquico-representacionais de pacientes e de alunos nos diferentes níveis da organização psíquica. Enfim, há uma especificidade nesse tipo de aprendizado que merece estudo.

Por outro lado, o projeto também possibilitou a integração, uma parceria entre uma técnica administrativa e uma docente para propiciar esse aprendizado. Esse trabalho em conjunto suscitou movimentos em ambas as profissionais envolvidas, que explicitam visões e posturas advindas de seus ofícios, em que cada representante de uma mesma instituição de ensino e assistência se apresenta ao mesmo tempo, sabedoras e incultas em saberes, gerando daí desencontros de falas ou opiniões, trato com os alunos e com os pacientes que merecem ser investigados.

Como exemplo, posso citar um desacordo nosso na ênfase no “aluno” e no “amigo,” ambos tratados no projeto. Eu, técnica administrativa, apartada dos contextos e compromissos formais com o ensino, percebia e explicitava o vínculo de amizade entre aluno e paciente, deixando para segundo plano a aprendizagem em Psicopatologia. Já a professora chamava atenção para o aluno e a aprendizagem. Algumas vezes, quis cobrar do aluno um compromisso tal qual de um profissional e não era esse o seu papel. Só depois percebi que o processo de aprendizagem, durante o curso formal, é um percorrer de um caminho. Os alunos são imaturos, além de muito jovens em termos de experiências de vida. Têm medo da loucura em si e no outro, cumprem tarefas acadêmicas e devem ser protegidos sim, por ocasião de

situações de práticas de aprendizagem, embora essas, necessariamente, não precisem estar desvinculadas da realidade. É um aluno e também uma pessoa em formação. Nesse sentido, o Projeto Aluno Amigo, com a junção de um técnico e de um docente, propicia este espaço.

*Dolores
Às vezes
A dor
Não tem
Alívio
É só delírio.*

Lílian Santos Furtado (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2000, p.16)

O efeito dessa prática de ensino ter provocado reflexões nos alunos, interferido nas suas afetividades e subjetividades, tem me chamado a atenção, pois, ao final da prática, sentia os alunos renovados, percebia uma transformação neles. Resultava um aprendizado diferente dessa prática. Que sentido teve para a vida desses jovens alunos esse contato com a loucura ou doença mental? Num texto apresentado em mesa redonda no II Congresso Brasileiro de Psicologia: Ciência e Profissão, Setembro de 2006, em São Paulo, já me indagava sobre toda a complexidade que vislumbrava nessa dissertação e, assim, defini, na época, o conceito de doença mental, e com essa definição resumo este final de item:

“Para definir Doença Mental, peço licença a Erasmo e, seguindo seus passos, quando fez “Elogio da Loucura,” faço uma “Crítica da Doença Mental”. A doença mental é filha da ciência positivista com o cartesianismo. Teve como amas de leite o capitalismo e a industrialização do século XVIII. Como servidoras, teve a exatidão, a lógica, as medidas, as normas, as padronizações e o principal e fiel apoio da exclusão. Cresceu robusta junto com a psiquiatria, a Psicologia e as ciências químicas com os psicotrópicos. Nutriu-se da onipotência desses saberes.

Essa inserção da loucura no mundo das ciências fez com que ela tomasse o *status* de doença e de cura com remissão de sintomas. Através dos séculos, viemos tentando caracterizá-la, localizá-la e colocá-la em algum lugar fora do humano.

Isso trouxe consequências difíceis de lidar, e penso que uma delas é o ensino de Psicopatologia. Em nosso caso, esse ensino, especificamente no curso de Psicologia, que é nosso foco de discussão nessa mesa.” (Nascimento, 2006).

2.3. Projeto Aluno Amigo¹¹ ou: Aprender e Apreender Psicopatologia

Considero como antecedentes ao Projeto Aluno Amigo os seguintes fatos: as Oficinas Terapêuticas na Clínica Escola de Psicologia, do Curso de Psicologia da UFU nos anos 80, antes da implantação do SUS com suas diretrizes, contavam com estagiários para o atendimento a pacientes graves e ou egressos de internações psiquiátricas. Quando em funcionamento, essas oficinas tinham como fundamento a “Comunidade Terapêutica Pinel” do Rio Grande do Sul, e era o local onde os alunos podiam estar mais próximos a pacientes graves.

O contato que os alunos vinham tendo mais recentemente, ocorria mediante visitas da turma à enfermaria junto com os professores, e ou acompanhamento das atividades com a Terapeuta Ocupacional e outros funcionários nos últimos cinco anos.

Atualmente, percebo que os alunos, ao se referirem à enfermaria, sempre usam termos tais como “Hospital Psiquiátrico” ou “ala psiquiátrica,” havendo um “misticismo” ante o prédio, os profissionais e o que acontece “lá dentro”, ou “ali naquele lugar”. A loucura, no *campus universitário*, é evidenciada pela negação da sua existência. Há dificuldades na aquisição de posturas antimanicomiais, pois os alunos desconhecem a realidade dos fatos sobre Saúde Mental na atualidade

¹¹ Anexo B

Assim, quando fui convidada pela professora para participar do ensino de Psicopatologia do curso de Psicologia da UFU, pensei: se eu fosse aluna, como eu aproveitaria da vivência com um paciente psiquiátrico? Propus, então, que a prática consistisse em que todo aluno que quisesse, fosse diariamente à enfermaria conversar com um paciente, desde a internação até a alta hospitalar, de modo que assim pudesse perceber a melhora do paciente numa relação direta com ele. Eu receberia os alunos, estaria com eles durante as visitas e nisso consistiria a prática e a minha participação nela. Mas os acontecimentos me levaram a outros caminhos que percorremos em conjunto: professora da disciplina, eu, técnica administrativa, alunos e pacientes, dentro de um contexto institucional de assistência, ensino e pesquisa.

O Labirinto
No labirinto dos meus sonhos
Eu fiquei sem eles – os sonhos,
E os sonhos ficaram sem emendas.

Maria José Maia Lima (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2000, p.66).

Então, no ano de 2004, comecei a participar da prática da disciplina de Psicopatologia Geral II, uma vez que estava trabalhando na Enfermaria de Psiquiatria do HC-UFU. Com isso, o acesso dos alunos poderia ser mais específico.

Por questões de organização das visitas, tive que delimitar em cinco alunos visitando concomitantemente cinco pacientes. Inicialmente, eu conseguia organizar meus horários agendando as visitas e acompanhando os alunos, mas isso foi ficando difícil, porque eles vinham sozinhos e ou em duplas nos horários que tinham disponíveis nas suas grades de horário, e assim ficou impossível meu acompanhamento em todas as visitas. Modificamos esse acontecer das visitas e passei a estar mais próxima a eles, mas participando das supervisões e discussões em sala de aula.

A cada nova turma e início de semestre letivo, eu e a professora, em conjunto, damos instruções gerais aos alunos sobre o projeto e tiramos dúvidas de como se portarem durante as visitas. Quando da primeira visita, eu pessoalmente agendo horários com eles para apresentá-los o seu amigo, pois, agora, eles vêm em duplas, trios e até quartetos. Apóiam-se uns nos outros, e facilitam a burocracia junto aos profissionais da enfermaria.

Meu telefone celular é passado para os alunos, e podemos agendar horários para que nossos encontros aconteçam, caso surja alguma urgência. Houve oportunidades em que o aluno teve um grande impacto durante a visita, e eu mesma exerci o papel de acolhimento que a professora faz. O aluno sempre foi convidado a falar e compreender o porquê de suas recusas e ou medos.

Às quartas-feiras, participo das aulas/supervisões dentro da sala de aula junto com alunos e professora. É meu horário de trabalho e horário de aula dos alunos. Já o fazia antes de estar fazendo o mestrado e continuarei a fazê-lo enquanto houver a avaliação de que o projeto exista. É objetivo nosso, meu e da professora, seguir adaptando o projeto, remodelando-o, renovando-o sempre que avaliarmos essa necessidade.

As discussões são oportunidades para eu esclarecer fatos sobre a rotina de funcionamento da enfermaria, falar de particularidades dos pacientes que estão sendo acompanhados e fazer uma mediação entre instituição e aluno, além de ajudar a instruir os alunos quanto ao estar junto ao paciente.

É importante ressaltar que nenhum aluno é obrigado a participar, outras opções de práticas são oferecidas – até mesmo no próprio serviço de psiquiatria, que não consta apenas de atendimento sob internação. As festas de finalização da disciplina, que fazem parte do projeto e acontecem na enfermaria, têm a participação de todos no final do semestre, e já aconteceram casos de alunos de outros cursos estarem em aula na enfermaria e também

participarem dessa confraternização. É comum os alunos me procurarem após o final de semestre, querendo desenvolver atividades voluntárias ou fazer pesquisas.

Com o tempo, percebemos que alguns alunos ficam temerosos e de certa forma se recusam a acompanhar um paciente apesar de o querer, e aí, pensamos em diversificar a prática e inserimos as Oficinas Terapêuticas no projeto, as quais são desenvolvidas pelos alunos e contam com minha participação e supervisão. Os alunos que não queiram participar do Aluno Amigo organizam e ministram três Oficinas Terapêuticas em duplas.

Além do mais, sempre como resultado de reavaliações do projeto, outras práticas foram sendo inseridas na disciplina além do Aluno Amigo e Oficinas Terapêuticas: acompanhamento de visitas junto à equipe do PAD/Psiquiatria - Programa de Atendimento Domiciliar Psiquiatria -, participação em reuniões com familiares, Reuniões de Estudos com os Residentes, e houve até a visita de alunos ao domicílio do paciente após a alta, o qual foi acompanhado durante a internação. O objetivo seria estar próximo ao paciente na sua vivência diária com os familiares e frequência ao seu CAPS de referência.

Houve também, recentemente, um grupo de alunos que fizeram pesquisa nas suas práticas dessa disciplina. Esses estudantes foram mais de uma tarde à enfermaria para entrevistar familiares com o objetivo de ver como era a relação família/usuário. Um último movimento proposto e já acontecendo é o aluno sair do ambiente de internação com o seu amigo em visitas ao *campus* e redondezas do hospital. Cuidamos para que à medida em os semestres vão passando, os alunos avaliem a prática e façam sugestões de como melhorar o contato deles com os pacientes e o contexto de saúde mental de internação pela via desse projeto.

É comum, quando de uma reinternação de algum paciente, este ser acompanhado por outro aluno num segundo momento. Percebe-se, aí, a originalidade do aprendizado. É um contato único que esse aluno estabelece com o paciente. Seu relatório é único, diferente do

que também foi relatado pelo outro aluno ao acompanhar o mesmo paciente. Percebo, nesse movimento, criatividade, arte expressa na forma de aprendizado.

O fato concreto é que o medo e a curiosidade iniciais se dissipam e a vivência deles transforma-se em produção científica por iniciativa deles próprios e estímulos por parte da professora e da técnica administrativa, com várias apresentações em congressos, artigos e pesquisas, além das discussões críticas em sala a respeito de loucura, cidadania, doença mental e os sentidos da ciência atual que trata a loucura. (Ver Anexo C)

As aulas teóricas têm sido intercaladas com aulas-supervisão dos casos que vão sendo relatados. Os alunos fazem os relatórios diariamente após cada visita, e a leitura destes relatos serve de estímulo para as aulas e as articulações teóricas. Os afetos e as emoções são trazidos para o grupo. Os medos, as críticas, as posturas, nada passa despercebido. Todo o contexto das visitas, das teorias, dos fatos de fora e de dentro da sala tem escuta para além do aspecto docente clássico. O olhar clínico da professora se faz presente, e a aula configura-se em objeto de interpretação, e todos os aspectos que envolvem o projeto junto aos alunos são evidenciados e trabalhados.

Foi disponibilizado, um horário especial para supervisões individualizadas aos alunos que apresentassem maiores dificuldades em estar com o paciente psicótico em crise. É um espaço para que os alunos falem de suas angústias. Este aspecto de trabalhar os sentimentos dos alunos tornou-se importante no decorrer da prática e passou a ser parte do projeto. É muito importante essa atividade de acolhimento pela professora.

Creio que o Projeto Aluno Amigo não é mais aluno amigo, parece que ele está se transformando em Amigos da Enfermaria, ou amigos dos usuários em crise. Mesmo assim, ficam sempre desejos de minha parte de que os alunos acompanhem oficialmente, como continuidade do projeto, seus amigos pacientes fora do contexto de internação e crise. Tal possibilidade tem limitações devido a gastos financeiros pessoais que o aluno deveria fazer e,

creio, não há como fazer essa exigência. Além do mais, outros professores deveriam estar envolvidos, uma vez que o curso é organizado por semestres e cada disciplina ministrada por um professor diferente, e essa extensão do projeto iria por mais de um ano. Mas há possibilidades outras.

É importante esclarecer que a oportunidade dada a mim pela professora permite que eu represente os pacientes e faça-os presentes dentro da sala de aula, descaracterizando que sejam meros instrumentos para o ensino. Quase dois anos antes de meu ingresso no Mestrado, a convite da professora, eu já estava dentro da sala de aula do 6º Período de Psicologia para falar sobre minha experiência prática de trabalho. Vale ressaltar que esses convites sempre foram extensivos aos outros profissionais da enfermagem, que também vão falar de seus trabalhos.

Assim, a professora teve participação efetiva na quebra desse estilo de prática, ao permitir a junção técnica-docente quando me colocou dentro de sua sala de aula, para além do estágio em docência. Essa integração tem nos mostrado que isso é algo incomum e difícil. Temos tido alguns desencontros na forma de perceber questões surgidas durante o desenvolvimento do projeto, que nos levam ao exercício de compreensão mútua, e temos conseguido entrar em acordo após os esclarecimentos dos porquês dos fatos. Daqui, surgem, também, questionamentos quanto aos exercícios de nossos trabalhos. Tem sido bastante fértil essa parceria. O projeto Aluno Amigo e o tempo têm nos mostrado que podemos ser e somos complementares nessa área.

Como relatado, então, com o tempo, minha participação nessa prática foi tornando-se algo consistente. Há desdobramentos diversos sobre os quais descreverei na sequência.

Os pacientes

Da parte dos pacientes, foram acontecendo fatos interessantes: logo que os primeiros alunos chegaram, foi um impacto visual na rotina da enfermaria, o que creio aconteça também com alunos do curso de Enfermagem, que também desenvolvem atividades na enfermaria com regularidade. Muitos alunos da Psicologia são do sexo feminino, e isso chamou a atenção dos pacientes homens e também dos enfermeiros e residentes masculinos. A enfermaria ficou “florida,” disseram. Os pacientes que não tinham um “amigo”, logo reivindicavam um. Os que os tinham, os “defendiam” com veemência. Ficavam “enciumados” se outro paciente chegasse perto. Às vezes, confundiam o papel de estudante com o de profissional, referiam-se ao aluno como o “meu ou minha psicóloga.”.

Muitos pacientes davam presentes aos amigos: guardavam frutas de suas sobremesas para o amigo, uma bala, uma poesia, um desenho, cartas, e houve uma paciente que retirou do seu pescoço um colar com um crucifixo de madeira e abençoou a aluna para que ela fosse uma boa profissional. Era comum fazerem orações ou abençoá-los nesse sentido. Passado o período de crise mais acentuada, isso foi trabalhado com a paciente, e ela continuou fazendo questão de que a aluna ficasse com o presente/bênção. Elogiavam os alunos para mim, dizendo que eles seriam bons profissionais, uma vez que eram calmos e os ouvia atentamente e com paciência. Pediam presentes tais como brincos, colares, pulseiras, perfumes, roupas e batons. Pediam telefone, *emails* e *Orkut*, para que não “perdessem” contato. Forneciam número de telefones para que os alunos entrassem em contato com parentes seus. Os que estavam muito confusos ao estabelecerem vínculo com o aluno os caracterizavam com nomes de pessoas queridas, tais como filhos, amigos, filhos dos pastores de sua igreja, tias ou madrinhas. Sempre aceitaram a “amizade proposta” e, numa segunda internação, aceitavam prontamente uma segunda amizade de outro aluno e perguntavam pelo primeiro amigo a este

segundo aluno que o acompanhava. Pediam notícias, mandavam recados para os antigos amigos.

Foram raras as situações em que o paciente não aceitou que um aluno o acompanhasse. Quando se negavam a serem acompanhados, logo mudavam de idéia e até passavam a exigir um “amigo”. Até os dias de hoje, apenas três pacientes, casos diagnosticados como paranóia grave, ficaram desconfiados com a presença do aluno, ou estavam em estado de agitação e queriam ir embora, e não queriam nada do que a enfermaria lhes oferecesse. De modo geral, sempre se sentiam valorizados, ficando patente que entendiam claramente o papel do aluno e que um amigo representava algo saudável em meio à doença e situação de crise.

O aluno

*Desarmonia
Trago todo desencontro
Toda discrepância desaparecida
Sou desarmonia
Vertendo entes de paixões desencontradas
Sou destempero jorrando sons sem ritmo
Sou tudo, menos aquilo que achei que seria
E um dia quem sabe serei*

Fábio de Paula Roesler (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2001, p.64).

Quando os primeiros alunos vêm a cada semestre, logo de início, mostram-se temerosos e até assustados com o ambiente de crise e internação psiquiátrica. Mas, logo que se ambientam, há muita empolgação por parte deles, e não querem parar com as visitas para que outros alunos venham. Há, comumente, uma troca de informações entre eles, de uma turma para a outra, ou até de colegas da mesma sala, no sentido de troca de observações, comentários sobre fatos da enfermaria e sobre os pacientes que estão em acompanhamento.

Quanto ao projeto, enfrentei situações delicadas, tais como um ou dois episódios de agressão física de paciente a aluno, que, embora sem maiores conseqüências, me preocuparam. Alunos com doentes mentais em suas famílias e postura de medo e muita ansiedade frente à doença mental e, demandaram, um especial acolhimento, tanto por mim quanto pela professora. Aconteceram também casos de aluno ser advertido verbalmente pela enfermagem ou por médicos devido a observações ingênuas e desvinculadas da realidade do dia-a-dia com o paciente, que foram compreendidas como desrespeito e interferência no trabalho.

A exigência por parte da administração de que fosse elaborado um projeto por escrito tornou-se um incômodo, uma vez que isso antes nunca tinha sido necessário, afinal, os alunos de Psicologia sempre visitaram a enfermaria, realizavam e ou acompanhavam as oficinas junto à Terapeuta Ocupacional antes da chegada das psicólogas. Com isso, senti que houve certo rastreamento do que estava acontecendo dentro da enfermaria.

Apenas poucos alunos não têm participado do Projeto Aluno Amigo. Mas todo aluno tem participação mesmo que indireta, pois os que optam por outro tipo de prática fora da enfermaria, que são poucos, talvez dois ou três por turma, estão presentes às aulas-supervisões. À medida que os pacientes vão tendo alta, alunos novos vão começando suas práticas com outros pacientes até que todos, de determinada turma, que queiram, acompanhem um paciente.

É importante destacar que houve alunos que queriam acompanhar mais de um paciente mesmo que isso não valesse nota, e houve aluno que quis além do acompanhamento diário, coordenar oficinas terapêuticas. Dois ou três alunos abandonaram as visitas sem comunicação prévia a mim ou à professora, e isso já foi discutido em sala, pois, apesar das alegações de ordens críticas, implicava aprendizagem de postura ética e responsável para com a formação, a disciplina e o paciente que ficava esperando pela visita do seu amigo.

A professora da disciplina

No início da prática, o aluno é orientado a escrever um diário de campo. A professora enfatiza a potencialidade da escrita para a elaboração de angústias e medos. Ao final da prática, os alunos *“são orientados a redigir um relatório sobre suas experiências com uma escrita o mais livre possível. Como roteiro é-lhes proposto escrever o que observaram, o que perceberam e o que sentiram. Através deste conteúdo, via-se resgatada a condição do aluno de protagonista principal do seu processo de aprendizagem bem como o drama da loucura que passava a não ser apenas sinônimo de doença. Ou seja, passava a ter sentido, significado.”* É o que Romera, (2006, p.10) chama de ensino Interrogante-interpretante.

Esse relatório tem outra configuração, diferente em relação às tradicionais formas de se fazerem relatos acadêmicos. Torna-se, segundo Romera, algo quase artístico, devido às possibilidades plásticas artesanais e diferenciadas, fruto de reflexões para outras reflexões as quais são trabalhadas nas aulas-supervisões. São reveladas investigações quanto à loucura em si e no outro. As avaliações constam de provas objetivas ou não, com entrevistas individualizadas, nas quais os conteúdos teóricos, participação nas discussões e avaliações dos relatórios são abordados. São subjetivas e assusta muito os alunos, porque não estão acostumados com tais procedimentos. Ficam sem parâmetros para perceber no que serão avaliados.

Eu - técnica administrativa

O estado geral de um paciente psiquiátrico de uma Enfermaria em Hospital Geral é marcado por crises graves de agitação, estados confusionais acentuados, delírios, alucinações e agressividades verbais e ou físicas. Como observamos anteriormente, é uma modalidade de atendimento que está ficando mais comum e demanda pesquisas. Muitos pacientes já têm

diagnósticos de doenças transmissíveis como HIV e Hepatite, e isso também me preocupou. E se os alunos fossem agredidos ou contaminados?

Para mim, e sob cobranças, a presença dos alunos deveria estar mais oficializada. Soube que eles estão resguardados com Seguro Pessoal quando dentro do HC; isso é de praxe da instituição, o que me tranqüilizou. Conforme solicitação, elaborei o projeto por escrito e o apresentei à chefia e à professora.

Por outro lado, estava sendo-me cobrado que os alunos não viessem e saíssem “falando mal” da enfermaria ou das condutas dispensadas aos pacientes. Houve um termo usado pela equipe quanto a visitas de alunos à enfermaria por pura curiosidade, sem retorno nenhum à equipe e ou ao paciente que é “mosca de padaria”: que vinham, pousavam e iam embora, sem muita consistência na atividade, ou melhor, visitas apartadas de aproveitamento para o paciente, para o aluno e ou instituição. Tive que cuidar disso. Há regras e normas para que os alunos estejam em qualquer parte do Hospital de Clínicas. Estes deverão estar sempre acompanhados por professores e ou supervisores nos projetos de estágios e ou práticas de ensino.

O papel do profissional técnico-administrativo tem características complexas dentro da universidade, que o colocam em situações delicadas. Ao trabalhar em uma universidade, é inevitável que nos deparemos com a função de ensino-aprendizagem. Estes são os objetivos principais da Universidade: ensino, extensão, pesquisa e assistência, que é a prestação de serviços de saúde com qualidade à população. Nesse projeto, saio do que é esperado de mim, isto é, assumo um papel de assistência a alunos em parceria com a docência e quando trabalho com estagiários. Isso é entendido, muitas vezes, como se eu estivesse deixando a assistência ao paciente da qual sou cobrada. Apesar disso, o estar em sala de aula pode constar como atendimento de grupo extra-hospitalar, que é computado financeiramente pelo SUS. Para a maioria dos técnicos, atender ao ensino não é valorizado como assistência. Por outro lado,

penso que há dificuldades, ou talvez seja até impossível que um docente faça assistência fora do contexto de ensino.

Em sala de aula, ou quando das visitas do aluno à enfermaria, eu tenho aprendido a ser cuidadosa com eles, e a não cobrar posicionamentos e condutas profissionais. Tenho aprendido com a professora e os alunos, sobre teorias e loucuras, a como dar aulas, e isso tem acrescentado muito aos meus fazeres. De início, eu era representante da instituição, mas, aos poucos, foi ficando diferenciado esse meu papel. O atendimento a alunos, por mim, faz parte da minha rotina de atividades dentro da enfermaria e consta no meu plano de trabalho. O Aluno Amigo já é reconhecido, aceito e faz parte da rotina da enfermaria no período letivo.

O contato com os alunos do 6º período de Psicologia tem sido algo novo e diferente para mim. A minha solidão na enfermaria, meus apelos por atenção à subjetividade e o atender às necessidades da instituição, causas de muitas de minhas inquietações e angústias, diminuem de peso. O reconhecimento dos alunos de minha participação nos seus aprendizados vem das despedidas e agradecimentos, nos quais sinto sinceridade. São abraços, falas, bilhetes e presentes. Nos relatórios, embora agradeçam minha ajuda, não expressam essa afetividade, mas não deixam de manifestar em gestos e palavras esse reconhecimento da minha participação.

As instituições

A chegada e a permanência dos alunos de Psicologia na enfermaria causaram alguns transtornos em sua rotina, que, literalmente, foi quebrada. A equipe passou a sentir-se vigiada. Foi pedido que os alunos fossem identificados por crachás na portaria e que seus nomes ficassem expostos na enfermaria para que os enfermeiros os identificassem. (ver Anexo D). Alguns alunos foram acusados de interferir na rotina da enfermagem com críticas e ou observações indevidas. Esses alunos vieram queixar-se de que alguns enfermeiros foram

“grosseiros” com eles, não querendo abrir o portão para que entrassem e ou saíssem, e com pacientes, por meio de indelicadezas ou falta de paciência. Estes fatos me trouxeram preocupação. Lembrando que, em tempos remotos, houve psicólogos na enfermaria, o profissional psicólogo tinha acabado de adentrar oficialmente à enfermaria de psiquiatria¹² e já começava a provocar incômodos.

*Fera ferida
Ferida a fera fere
O lado do sol e dos vermes contidos
Ferida a fera fere
Revolvem-se feridas
Nas vidas compridas
Ferida a fera fere
Na busca incontida
Da esperança sofrida
Ferida a fera fere
Na saudade esquecida
Fere a fera ferida.*

Amâncio Rodrigues Jobim (In: In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2000, p.106).

Tenho observado que as instituições psiquiátricas estão, por assim dizer, muito “machucadas.” São muitas fiscalizações e cobranças de fazeres prontos que ainda estão em construção. Daí, o surgimento de desconfianças, desconfortos, não aceitações e sentimentos de vigilância. São equipes com indefinições e contradições nos seus fazeres e posturas. O tempo tem sido um grande opositor à tranquilidade das equipes de Saúde Mental. Diante disso, há muito espaço para pesquisas nesta área.

Tenho tido muito cuidado, porque creio que a enfermaria de Psiquiatria do HC-UFU carece da presença de pessoas, de alunos não só de Psicologia, mas também alunos dos cursos das Artes, da Música, do teatro, da Educação Física, da Agronomia, da Veterinária, Enfermagem, Medicina, de voluntários, de gente, muita gente. Carece de professores e de

¹² Em 2002, com a I Avaliação do PNASH à enfermaria de Psiquiatria do HC-UFU, foi exigido o cumprimento da lei no. 10.216/2001 e portaria 224/92. (Brasil. Ministério da Saúde-2004). A presença de psicólogas exclusivas para a psiquiatria aconteceu com a abertura de duas vagas, que foram preenchidas por meio de concurso público em DEZ/2003 e posse do cargo em maio de 2004.

pesquisadores, todos que possam contribuir para a desmistificação do louco e da loucura e, com isso, desmistificar também a Enfermaria de Psiquiatria. Ora, se o louco só pode existir na sociedade por meio da exclusão, tenho o desejo de que a sociedade chegue até ele, lá dentro da enfermaria, mesmo durante uma internação e crise.

Em termos de instituição de ensino e assistência, tenho observado alguns fatos interessantes. Está claro como essas duas atividades, embora complementares, acontecem distanciadas uma da outra: tive oportunidade de observar um professor juntamente com seus alunos ficarem longo tempo esperando que os pacientes fossem atendidos pelos médicos e só depois fossem liberados para as oficinas que os alunos tinham programado para desenvolver na aula prática. Noutra ocasião, houve um convite para um lanche por parte de professor, o que seria uma atividade externa para os pacientes, porém, meia hora após o lanche servido pela hotelaria hospitalar. Enfim, a rotina de atendimento ao paciente não é organizada consoante com a do aluno para que aconteçam ensino e atendimento de forma harmônica.

Em discussão sobre esses impasses junto à equipe, ficou deliberado que a assistência é prioridade ao ensino, isto é, o atendimento não seria organizado para acompanhar a rotina do calendário escolar. Todo o hospital tem horários com alimentação e atendimento das prescrições médicas direcionadas à farmácia hospitalar. No período de férias, nem professor, nem alunos estão presentes para o desenvolvimento de atividades, de forma que não se pode contar com a presença do aluno diariamente, além de greves e recessos, quando os alunos se ausentam. Além do mais, o aluno não tem o compromisso nem é sua função o atendimento. A frequência deles à enfermaria é interrompida a cada semestre. O paciente está na enfermaria o ano todo, e vinte e quatro horas por dia para receber assistência, e não conta com o aluno ou estagiário para a demanda. Mas ele está presente de certa forma, também fazendo assistência. Ou seja, há pontos de tensão entre a assistência e o ensino e entre os modelos médico e o que valoriza o psíquico. Os enfermeiros relatam que suas condutas são atravessadas pelos alunos

quando estes estão presentes. Atrasam um banho, um almoço, são obrigados a retirar um paciente da atividade para ministrarem uma medicação.

Há posturas diferenciadas do professor e do técnico, uma vez que a realidade diária é desconhecida pelo professor ou pelo aluno. Houve casos em que um familiar manipulou informações diante do aluno ou estagiário para obter ganhos, os quais interferem nas condutas hospitalares, por exemplo: trazer comida de casa para diabéticos, burlar horários de visitas.

Penso que a interface entre essas instâncias enlouquece equipes tanto da assistência quanto do ensino, e parece emergir uma loucura da própria instituição, a qual interfere diretamente nos seus produtos, isto é, ensino, assistência e pesquisa. O aluno, de fato, não tem a função de prestar assistência, mas há uma interface nessas áreas. Sabe-se que hospitais escola são mais bem remunerados pelo SUS.

O técnico administrativo é chamado de forma indireta a participar da docência, sendo, oficialmente, o seu contato maior com o estagiário. No dia-a-dia, mesmo próximo ao aluno, não sabe quais conteúdos este está estudando nem qual matéria. Mesmo sem o querer, mesmo que indiretamente, o técnico está a ensinar alguma coisa ao aluno presente e, muitas vezes, sem ter noção disso, e poderia participar diretamente dos conteúdos das disciplinas oferecidas pelo professor, contribuindo com sua experiência, aliando-a aos ensinamentos teórico-práticos.

O técnico administrativo, embora tenha incentivo para a qualificação profissional, como mestrado e doutorado, o que representa ganhos financeiros, não é docente. Apenas muito recentemente, com o Plano de Cargo e Carreira implantado pelo governo federal, no ano de 2005, estão surgindo leis que propiciem pesquisas em ação e aprendizagem em serviço que possibilitam maiores acessos e participação do técnico administrativo em atividades científicas e reconhecidas como tais.

Há o Ministério da Saúde e há o MEC - Ministério de Educação e Cultura -, que, em diferentes proporções, também enfrentam problemas semelhantes. Recentemente, o Ministério da Saúde criou cursos com verbas específicas para suprir a falta de formação profissional em saúde. A exemplo, a formação em especialista que os profissionais recebem ao trabalhar nos PSFs – Programa de Saúde da Família. De acordo com o PCCTAE/2005- Plano de Carreira dos Cargos Técnicos Administrativos em Educação -, há verbas específicas para a capacitação profissional dos servidores. Enfim, os ofícios têm diferenças, as visões são diferentes e o campo de trabalho é visto por ângulos diferenciados. Parece haver uma dicotomia entre essas duas vertentes que, apesar dos desencontros, são complementares, e minha união à professora de Psicopatologia o comprova.

Os conhecimentos

Desde o início do projeto no segundo semestre de 2004, cerca de 300 alunos de psicologia acompanharam pacientes individualmente na enfermaria. A cada turma que passava pela enfermaria, algumas coisas iam acontecendo e chamando minha atenção e são o que, de fato, investigo nesta pesquisa.

*Na verdade
Não deve adiantar grande coisa
Se não superar as amarras do passado.
Refazer os canteiros esquecidos
É plantar uma semente de esperança
E esperar confiante.*

Andrei da Silva (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2000, p.104).

A mãe de uma aluna passou a ser voluntária para cortar cabelo dos pacientes, o namorado de outra se comprometeu a fazer uma roda de viola uma vez por mês. Um grupo de danças folclóricas aparece e também se compromete a vir frequentemente. É comum os alunos trazerem algum amigo ou namorado(a) para os acompanhar durante alguma visita.

Percebi que os alunos não vinham sozinhos para dentro da enfermaria e fiquei imaginando quais outros fatos ou eventos importantes aconteceram para o aluno e para este estudo que não constam nos relatórios. Aspectos que podem ter passado despercebidos, ou não relatados por não terem sido solicitados, ou até mesmo omitidos pelos alunos. Além disso, há as dificuldades que os alunos possam ter em se expressar.

2.4. AT – Acompanhamento Terapêutico ou: Subjetividades, Afetos e Aprendizagens

*Eu? Nós...
Somos um emaranhado
De cicatrizes e sonhos,
Materializados na sutileza
De um gesto.*

Tonin (In: Bichueti, 1999, p.10)

Porque falar desse tema nesta pesquisa e neste momento? Nos vários trabalhos publicados advindos do projeto, ficou constatado que o aluno se torna um Acompanhante Terapêutico de Internação Psiquiátrica em enfermaria de Hospital Geral. Neste item, vou falar sobre esse aspecto, que creio seja fundamental nas descobertas que dizem respeito às subjetividades de alunos e pacientes, quando do ato de aprender e apreender psicopatologia junto ao louco, tendo como instrumento o Projeto Aluno Amigo.

Buscando subsídios teóricos sobre o Acompanhamento Terapêutico, Barreto (1997), informa que os teóricos dessa forma de exercício da clínica em psicologia designam AT para Acompanhamento Terapêutico, ao se referirem à modalidade de atendimento, e at para o acompanhante terapêutico, que designa o profissional que o exerce. Aqui também vou usar as mesmas siglas e significados.

Segundo Manhart (2006) e Ornelas (2007), a evolução humana só foi possível devido ao desenvolvimento de habilidades específicas e amistosidades, frutos de relações e jogos de intersubjetividades humanas.

Silveira (2006), problematiza uma interface existente entre psicoterapia e amizade. Menciona que há uma mutualidade na relação psicoterapêutica que pode ir além da relação de poder instituído pelas práticas clássicas de psicoterapias. Evoca o aspecto político, ao defender essa mutualidade, que também existe numa amizade-clínica por provocar o emergir de potencialidades disruptivas das relações que modificam e encaminham à alteridade.

*Encontro
Quem me procura me encontra
Quem me encontra me conhece
Quem me conhece me esconde
Escondo porque amo
Quanto mais aprendia a encontrar (amar)
Mais se esquecia de que um dia
Encontrei.*

Oscar Hilário dos Santos (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2000, p.87).

E o que a amizade tem a ver com pacientes psiquiátricos? Por sua vez, o que a amizade, a subjetividade e a alteridade têm a ver com ensino de psicopatologia, que é foco deste estudo? Objetivando dar respostas a estas questões, voltemos um pouco à história da psiquiatria.

O movimento da Anti-psiquiatria, na Europa e Estados Unidos, na primeira metade do século passado, foi precursor do AT – Acompanhamento Terapêutico. Na América do Sul, chegou à Argentina mais ou menos em 1960. Inicialmente, eram chamados de Auxiliares Psiquiátricos ou Atendentes Terapêuticos. Mais ou menos nessa época, chegava também ao Brasil na Clínica Pinel no Rio Grande do Sul e, aos poucos, à rua, ou seja, familiares e equipes de Saúde Mental foram, gradativamente, incorporando essa prática, e ela expandiu-se para outros estados, notadamente, a Clínica Vila Pinheiros no Rio de Janeiro em 1971. (Instituto ACASA, 1999).

Araújo (2005), faz uma análise do contexto e da motivação para a mudança de nome dessa modalidade de atendimento ao doente mental. Seu trabalho foi identificar o aspecto político dessa prática.

A amizade, explica Araújo (2005), está estritamente ligada à idéia de aproximação entre diferenças, surgindo o fundamento filosófico de que a amizade é o eu no outro e o outro em mim, sem, no entanto, fusão de ambos. A diferença é exatamente o que vai impedir que os amigos se fusionem. É um terceiro que está no meio, fazendo uma interdição entre “eu” e “mim”, um espelhamento que faz ver o “eu” em “tu,” e aí aparecem as diferenças.

Os fundamentos dessa clínica também são estudados por outros autores. Silva (2005), declara que fazer AT “é a arte de atuar na incerteza.” A psiquiatria clássica criou o Amigo Qualificado, que, hoje, se tornou o Acompanhante Terapêutico ou at, mas criou-se muito mais do que se pretendia, nos assevera Silva, que defende outra mudança de nome, enfocando diretamente a função, ou seja, Acompanhamento Psicoterapêutico, pois que é uma clínica diferente da clínica tradicional, tornando-se uma clínica política, uma vez que rompe com os modelos clássicos de exclusão do doente mental.

Reflexão (para Dr. Francisco Passos)
“Começo a crer
Que os sãos não dormem
Apenas descansam
E o sono então
É privilégio dos loucos”

Amara Lúcia Augusto (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2000, p.61)

Assim, temos especificidades no AT: Barbosa (2006), acrescenta que não há regras, método ou técnicas específicas. O trabalho do acompanhamento terapêutico é construído a dois e a cada encontro. Santos (2006), adverte para situações limites nos aspectos transferenciais e contratransferenciais com fortes ansiedades, que requerem proteção física para ambos. Situações em que o corpo do terapeuta é solicitado a compartilhar sentimentos, medos, ansiedades, palavras, e isso no cotidiano da clínica.

Blum (2006), questiona: como trabalhar o vazio existencial, a falta primordial, enfim, a pulsão de morte no paciente, se ela também é constitutiva do terapeuta? A terapêutica em ato, como é no AT, pode deixar também o terapeuta sem ação. Há a possibilidade de que a falta de recursos para a representação psíquica seja suprida pelo terapeuta acompanhante ou não. Um encontro verdadeiro, em uma sessão de AT, não é simplesmente um encontro, é estarem os dois num espaço onde há ausência de representação para ambos. Daí, a necessidade de preparo técnico do at, argumenta Metzger (2006).

Fica evidenciado que essa modalidade de atendimento psicoterápico compartilha constituições dos indivíduos, pois, nela, o at e o acompanhado vão se constituindo ao mesmo tempo. As subjetividades de ambos vão sendo construídas durante os encontros.

Falta formação para a clínica antimanicomial proposta pela Reforma Psiquiátrica, informa-nos Vicentin (2006). Assim, o autor pensa que o Acompanhamento Terapêutico problematiza a formação profissional. Isso porque o aluno se coloca com seu próprio corpo na ação, vivenciando situações inesperadas. Há um pensar-fazer no qual ação e pensamento se fundem, levando a formas inéditas de aprendizagens quando das avaliações e discussões.

Salienta, também, o aspecto que a autora chama de “pedagogia da convivência”, pela qual a coletividade é entendida como tratamento. A loucura tem nos ensinado isso, afirma Vicentin, quando o louco, antes institucionalizado, reaprende e ou constrói novas formas de se relacionar no mundo. Junto ao louco, a relação tende a ser não linear, não hierárquica, obrigando a modificações nas competências pessoais, sociais, cognitivas e operativas, e, sempre em construção (Vicentin, 2006).

Ao pensamento dessa autora, ressalto a vivência relacional do acompanhado e seu acompanhante, em que ambos protagonizam o aprendizado ao aluno, ao me referir ao Projeto Aluno Amigo. As transformações subjetivas no aluno em formação, subjetividades dele e do acompanhado, interdependem dos objetos e situações dessas transformações. No caso do

Aluno Amigo, de que se trata nesta investigação, instituições formais, contextos de internação e momento histórico-sociais estão presentes no processo. Estão presentes, também, as loucuras do louco e do aprender, isto é, o inusitado é o que há de freqüente nas vivências advindas do passar pelo projeto.

Um texto de suma relevância para essa discussão é de Rebello (2006), que se refere à clínica do AT, relacionando-a com a Psicologia Hospitalar. À sua comparação, questiono uma abrangência do AT realizado por aluno de psicologia junto ao usuário psiquiátrico em crise, sob internação em Hospital Geral.

Há muita semelhança entre AT e clínica da Psicologia Hospitalar comenta Rebello (2006); porém, para clínicas do corpo humano, eu assinalo, pois, um paciente psiquiátrico em crise, acredito, tem especificidades: o corpo do paciente doente mental em crise, normalmente, está silenciado e não em silêncio. Sempre há alguém a falar por ele, seja familiar, ou técnico. Ele depende de terceiros para alimentar-se, cuidar de sua higiene, cuidar de seu sono, conter suas ações e reações. Ele não fala de si, ele se evidencia enquanto fala. Sua subjetividade está ainda mais diferenciada e à mostra quase todo o tempo de uma internação. Sua capacidade de simbolização está avariada, necessitando concretudes para comunicar-se e para haver possível posterior elaboração, talvez também de forma concreta.

É um corpo rebelde ao instituído. Os discursos sócio-familiares e culturais, que já são diferentes para o doente mental, dentro de um hospital, acentuam-se e tornam-se ainda mais diferentes. Há, aqui, a instituição médica tradicional. Apesar do espaço hospitalar, o *setting* é direcionado, muitas vezes, pelo próprio paciente: atende-se caminhando, sentados, durante um banho, durante a alimentação ou contido na maca. O tempo do atendimento não é pré-fixado, sendo condicionado ao tempo e à urgência do paciente, de forma a ser impossível falar em enquadre. A continuidade do atendimento é restrita ao tempo da internação, que dura, em média, dezoito dias, em nossa realidade.

O corpo, a palavra e a mente do psicólogo são colocados em movimentos de formas inusitadas, e, às vezes, as ações são quase intuitivas. As comunicações dão-se para além das verbalizações. As capacidades de projeção, introjeção e outras formas defensivas estão presentes e de forma acentuada.

Se, no AT e na Psicologia Hospitalar, há prenúncio de um novo paradigma na clínica, como argumente Rebello (2006), no AT para o paciente em crise psicótica no ambiente hospitalar, essa clínica é totalmente subvertida por um espaço e tempo, devendo se organizar na prática e teoricamente. Por outro lado, penso que o espaço terapêutico enquanto local fechado, pode ser entendido quanto exclusão, mas parece que aqui há aspectos positivos, porque a instituição serve para proteger tanto o paciente quanto o profissional e ou estudante. Porém, o atendimento vez ou outra extrapola o tempo da internação, porque o paciente, por sua própria vontade, retorna ao atendimento sem combinações prévias.

Nesse caso, o atendimento ao familiar é peça fundamental no sucesso do atendimento. As condutas médicas e a medicação são rechaçadas, posto que, em outras clínicas, são facilmente aceitas. A rotina hospitalar de horários fica alheia ao paciente psicótico em crise, já os profissionais, todos, a faxineira, o enfermeiro, o secretário e o porteiro, como pessoas, têm significados especiais para o paciente. O lixo, quaisquer objetos têm significados especiais para o paciente.

Hermann (1993) resgata o sentido de *Therapon* como o companheiro, o parceiro da constituição de um sentido humano. Uma relação para além do social, que ajuda a constituir o ser. Portanto, parece-me que a complexidade do exercício do AT, no ambiente do hospital geral, para um paciente psiquiátrico é bem mais complexa. Se acrescentarmos aí o ensino de psicopatologia, temos toda uma gama de fatores no conjunto, para os quais talvez esta pesquisa dê alguma resposta e abra questionamentos.

**CAPÍTULO III – CIÊNCIA, CORPO E ALMA OU:
O TEXTO E O CONTEXTO DA PESQUISA COM ALGUMAS SURPRESAS
CIENTÍFICAS**

*Suicídio
Aqui do alto
Tudo parece diferente
A lentidão dos movimentos
Me faz acalmar
Só não o suficiente.
Nunca será suficiente.
Eis uma falha divina:
Onde estão minhas asas?*

Andréa Siciliano Orlando (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2000, p.28).

Neste capítulo, tratarei do material pesquisado, que foi obtido por meio dos instrumentos eleitos, com suas devidas fundamentações teóricas. Em primeiro lugar, tratarei dos relatórios, os quais tenho em mãos, repassados para mim pela professora da disciplina Psicopatologia Geral II, 25 deles. Referem-se a relatórios avaliativos de final do semestre da disciplina de turmas de 2004, 2005 e 2006.

Pensando que há uma cultura de obtenção de nota máxima, e até de medo de saber o que seria ou não bem avaliado, talvez o aluno não tenha expressado aspectos outros advindos de seus aprendizados. Talvez, no momento da aprendizagem, o aluno não esteja em condições de realmente apreender um conteúdo devido ao aspecto emocional que envolva tal aprendizado.

Começemos por identificar em vários deles, escritas que são reveladoras do que ocorre durante a prática:

“a experiência das visitas à enfermaria foram muito boas, visto que principalmente, diminuiu a minha angústia do desconhecido, e aprendi a lidar com os pacientes, a enxergá-los como pessoas normais, que precisam de apoio... não é possível conhecer a doença mental sem que

ela seja vista e sentida de perto, sem que haja um contato com aquela realidade que difere muito da nossa”

“É muito fácil se afeiçoar e se emocionar com as histórias dos pacientes. E quando falo isso quero dizer mesmo que o contato com eles traz à tona vários sentimentos e que é interessante se permitir sentir, viver aquele contato, com tudo que ele suscita em nós.

“Compartilhar da realidade do louco não é ficar louco junto com ele, mas compreender melhor a realidade e saber que ela se apresenta em diferentes formas para diferentes pessoas. Eu, particularmente, achei mágico conhecer a realidade dos pacientes.”

Percebeu-se que, durante a prática do projeto, ocorria uma mudança substancial na maneira como o aluno lidava com o paciente e o ambiente da enfermaria. Ficavam mais curiosos com a subjetividade do paciente, mais à vontade, perdiam o medo e perguntavam para além dos sintomas. Ficavam familiarizados com o louco, com a loucura e o ambiente. Tanto por minhas observações dentro e fora da sala de aula, quanto por meio desses extratos dos relatórios, é bastante visível essa mudança.

Uma idéia preconcebida e a visão mística que envolvem a loucura são muito fortes. Inicialmente, despertam sensações de medo diante do desconhecido, que, por sua vez, contribuem em muito para a criação e a manutenção do preconceito e do estigma frente ao louco, sendo esta, freqüentemente, a visão do leigo. Penso que tal visão deve ser modificada e ampliada para o aluno de psicologia.

A seguir, vou explicitar outras falas de vários relatórios. São comentários e interpretações feitos a partir de elementos dissonantes e de pontos de tensão dos textos dos alunos: diante do inusitado, de uma forma protegida e supervisionada, um aprendizado para a vida pode ter lugar.¹³ Uma construção subjetiva parece delinear-se e é apresentada nas seguintes falas:

¹³ Nomes de alunos e ou pacientes são fictícios.

“Foi uma experiência interessante e que faz pensar muito sobre aquele recinto, sobre aquela subjetividade, o paciente atormentado sobre o simples papel de uma visita e de aprendizado para mim, independente de correntes e abordagens psicológicas, uma história de vida, um mundo e enfim, uma pessoa.”

“Ao me deparar com esse texto (sobre esquizofrenia) me propus a fazer o movimento inverso: não mais afundar-me nos esquemas teóricos na tentativa incessante de enquadrar cada movimento ou fala do paciente em um diagnóstico previsto nos livros de psicopatologia. Decidi mergulhar-me de cabeça na loucura do paciente e olhar o mundo através da lógica dele. Assim, o trabalho tornou-se mais leve, agradável, e o paciente seduzindo-me a cada dia com sua individualidade, criatividade, bom humor e subjetividade. Além disso, pude experimentar sentimentos e emoções inesquecíveis e livrar-me de uma experiência fria, com compreensões rotuladas e generalizadas que serviriam apenas para o cumprimento de mais uma atividade acadêmica.”

Algumas dessas falas dão-nos a dimensão de como é participar no projeto Aluno Amigo da forma como ele vem acontecendo, que pode auxiliar na constituição da identidade profissional. Há uma percepção do papel psicoterapêutico que o aluno tem ante o paciente, além do de aprendiz:

“confesso que fiquei muito abalado com a visita de hoje. Fiquei pensando comigo mesmo que as linhas entre o normal e o patológico estava ficando cada vez menor para mim. Tive vontade de chorar, pois estava me sentindo praticamente responsável por aquela vida, e alguma coisa deveria ser feita.”

“O Projeto Aluno Amigo...auxilia na visão que o psicólogo deve ter para com o paciente. Uma visão de ser humano para ser humano, realmente amigo, que escuta, fala, compreende, chama a atenção, interage com o paciente, entra em suas fantasias, fantasia com ele, e, principalmente, torna o ambiente e o tempo do paciente mais agradável e no mínimo feliz.”

“... consegui perceber que o simples fato de estar lá, presente e interagindo, de alguma maneira, já auxiliava. E tive realmente, essa sensação quando levei o violão. Mesmo em um ambiente fechado e com tristezas foi possível ver alguns rostos sorridentes...o que ficou desse dia para mim não foi a curiosidade do sintoma, mas, sim, apoiá-los em atividades que os distraíam desse momento de tanta confusão.”

O relatório é um relatório de vida e vivências, de relações interpessoais; há um trânsito entre loucura e saúde, entre conhecer e desconhecer. As aulas-supervisões fundamentam e possibilitam novas percepções adquiridas pelos alunos. São assessorados nas suas vivências. Idéias acerca da liberdade da saúde e a prisão da loucura começam a ser veiculadas pelos alunos. Uma loucura existente no aprender, pois o inusitado vai tomando formas conhecidas:

“no primeiro momento confesso que não gostei muito de ser a aluna-amiga da Xena. outras pessoas me chamaram mais a atenção. Um tempo depois percebi que eu não queria acompanhar alguém em especial, eu queria todos eles. Após ter percebido isso, tudo ficou melhor. Resolvi que iria reservar um tempo e atenção especial para Xena. mas que também poderia reservar um tempinho para os demais”

“Cheguei às 9:25 h, e só fui embora às 11:00 h, foi muito bom.”

“Me senti muito bem lá. Gostei muito e só fui embora naquele momento porque estava tendo aula e precisava encontrar com o professor. Tive vontade de ficar. Tudo me chamou a atenção, cada pessoa, inclusive os enfermeiros, que foram muito gentis. As histórias de cada um são muito interessantes. O interessante foi perceber, ainda, como tantos ali pareciam tão... “normais””

“Fiquei admirada com tudo que aconteceu ali. É incrível perceber que eles estão tão próximos de nós, isso nos faz procurar os recursos que estão ali, em algum lugar dentro deles. Neste dia, por tudo que ouvi, presenciei e senti, posso afirmar que saí diferente do que

entrei. A contribuição que recebi não foi apenas em termos profissionais, foi também pessoal”

“... fui perguntar por eles. Eles haviam recebido alta. Foi o dia do” luto da alta”. Ao mesmo tempo que ficava feliz por eles não mais estarem lá, a tristeza também atingia o meu coração, principalmente por não ter sido possível despedir-me deles.”

Esses recortes de falas escritas, já nos dão a dimensão da quebra de visão estereotipada acerca da loucura, o compromisso dos alunos em cumprir suas obrigações acadêmicas, mas é um posicionamento em que o conhecimento técnico não obstrui a visão humana impressa na relação com o louco e a loucura, mas a complementa.

Essas observações iniciais nos falam que essa forma de ensinar acrescenta significados à subjetividade do aluno, e talvez possa ser incentivadora de buscas por psicoterapia para a formação extra-curricular, ao promover tal proximidade com a realidade profissional.

À medida que eu ia lendo os relatórios, estes foram provocando em mim observações e sentimentos produzidos pelas escritas dos alunos. Assim, escolhi um deles para uma análise mais detalhada por ser representativo das vivências observadas. Pareceu-me ser expressivo das possibilidades de situações de aprendizagem dessa forma ampliada, conforme têm se observado as conexões dentro e fora da sala de aula com as subjetividades dos alunos. Embora seja um relatório acadêmico tradicional, dele se podem retirar sentidos e significados. Enfim, esse relatório é bastante ilustrativo de como acontecem as aulas supervisões e o conjunto todo do Projeto Aluno Amigo.

A seguir, apresento a análise interpretativa desse relatório e, após, a análise das entrevistas. Reafirmo que os nomes dos alunos e ou dos pacientes, bem como outros dados que pudessem identificá-los foram suprimidos ou trocados.

3.1. Análise do Relatório

A forma como os alunos elaboraram o seu relatório pode dizer algo acerca de seu aprendizado. Alguns têm capa plástica, contra capa, detalhes coloridos, figuras e/ou anexos. Seguem normas da ABNT ou APA e fazem constar poemas, e, ainda outros, não têm esses detalhes. Há, portanto, uma multiplicidade de expressões. Em geral, apresentam-se sem numeração de páginas, com capas em folha sulfite, e houve até relatórios escritos a mão ou do qual foram suprimidos o nome do curso ou outros detalhes que os identificassem. Em contrapartida, há alguns com características técnicas de monografias. Em média, os relatórios à minha disposição, tinham de oito a dez páginas, e alguns de seus aspectos nos trazem elementos novos, enquanto outros reafirmam dados já observados desde o início da implantação do projeto.

O relatório analisado apresenta-se numa estrutura formal típica de uma monografia. Contém, grampeados, capa simples, contracapa, 35 páginas e Anexos. Inicialmente, o aluno colocou uma capa localizando o contexto universitário, o curso, o nome completo da disciplina, um nome para o relatório de forma objetiva, que especificava a atividade, o local onde aconteceu, isto é, a enfermaria de psiquiatria, o seu nome completo sem o número de matrícula e data com local, mês e ano.

Numa segunda página, colocou uma parte de uma música de um cantor Herbert Viana: *“Abre os olhos para ver o mundo. Tudo é novo para teus olhos novos, dá pra cada coisa um nome, um nome novo e um sentido teu. Próprio. Eu te abro as cortinas da manhã. Eu te levo pros braços de tua mãe. Cedo. Por um instante eu esqueço do que sou. Por um instante eu não lembro de ter medo...”*

Logo de início, então, uma surpresa. Na formalidade e formatação acadêmica clássica, surge um elemento destoante, ou seja, uma possibilidade de análise interpretativa.

Na Introdução, de uma página, o aluno coloca-se formalmente no contexto da prática da disciplina. Fala como ela aconteceu, fala sobre o paciente que acompanhou, e também sobre a importância dessa atividade para a sua formação profissional. Em seguida, faz uma varredura do DSM-IV quanto à esquizofrenia, que era o diagnóstico do paciente que ele acompanhou. São 12 páginas sobre definição, tipos, manifestação, achados científicos sobre aspectos orgânicos, como causa, influências culturais, de gênero, genética, prevalência, incidência e diagnóstico diferencial. Não faz nenhuma referência à Classificação Internacional de Doenças CID-10, apesar de ter sido discutido em sala de aula que este é adotado pelo Ministério da Saúde no Brasil. Após essa sessão, dedica mais 12 páginas para definição, e aspectos gerais do manejo e tratamento atuais das esquizofrenias. Nas oito páginas seguintes, ele relata as visitas diárias à enfermaria, que foram em número de nove, e conclui em uma página. A coerência e coesão textual foram respeitadas, não houve significativos erros no português e se exprime na primeira pessoa. A bibliografia, citada no item Referências Bibliográficas segue as normas da ABNT e consta de uma citação estrangeira e outras quatro direcionadas para as Neurociências.

Na parte dos relatos de visitas, foram feitas observações pertinentes às percepções que teve dos fatos ocorridos, bem como dos seus próprios sentimentos. Arriscou a teorizar aspectos e até fez interpretações num determinado contexto como será discutido a posteriori.

Mostrou que estava bastante preparado teoricamente para ir até a enfermaria, do ponto de vista do modelo médico, com base na abordagem das teorias biofísicas. A bibliografia médica clássica sobre psicopatologia mais conhecida e mais disponível foi bastante usada pelo aluno, inclusive, com uso natural de termos técnicos.

Assim, demonstrou ter sido cuidadoso e dedicado para com a prática e explicitou um nítido direcionamento de abordagem teórica, demonstrando estar em ação um início de construção da identidade profissional: "...notei que ele estava levemente sedado e parecia

sonolento talvez em função do medicamento...” “apresentou idéias persecutórias em relação à mãe e ao sobrinho” “pude perceber que estava com raciocínio adequado e dotado de coerência e seqüência lógica” “percebi nele um afeto embotado...” “pensei que pudesse ser delírio, mas logo notei que era verdade pela coerência da história e (principalmente) pela confirmação que obtive com a psicóloga...”

Na parte central do desenvolvimento do relatório, o aluno questiona, em dado momento, uma interpretação da professora feita durante a aula-supervisão, sentindo-se muito afetado por ela. De imediato, não consegue absorver a interpretação no contexto do aprendizado e sente-se criticado: *“...neste dia, à tarde, foi realizada uma supervisão na sala de aula. Pude expor um pouco do que havia vivido durante esse tempo...estava muito empolgado e queria que todos se animassem também com os meus relatos...houve questionamento das roupas que vestimos...esse fato gerou uma discussão desproporcional ao fato ocorrido e um desconforto muito grande em mim...nossas roupas estavam inadequadas...mas estávamos conscientes de nosso papel profissional naquele momento...ninguém havia nos instruído a esse respeito. É pena que tenhamos nos desviado do caso da paciente, que era tão interessante, e nos tenhamos atido a esse tema por tanto tempo. Ainda assim, a supervisão foi muito importante para a reflexão acerca de assuntos pertinentes e relevantes acerca da paciente.”*

As roupas que usavam foram interpretadas no sentido da não uniformidade, do fazer diferença no ambiente da enfermaria. A professora abordara com o grupo a função da Psicologia, representada, naquele momento, pelos alunos no trabalho terapêutico que eles desenvolviam na enfermaria de Psiquiatria, da importância da palavra num espaço eminentemente médico. Mas o aluno sentiu-se desvalorizado, ele queria que a discussão ficasse centralizada no “caso da paciente,” no ancoradouro do conhecimento objetivo. Como a aula-supervisão destinou a discussão às relações vinculares e ao lugar do psicólogo na instituição, ele sentiu desconforto. O esboço da constituição da identidade profissional do

aluno está em construção, e isso o fragilizou. Esse desconforto foi potencializador de novas formas de apreender o fenômeno, mas, naquele momento, o aluno só pôde sentir dor e frustração. O ensino usando do contexto e no contexto, característico da professora, não pode ser inicialmente apreendido. Entretanto, em outro momento de sua trajetória, ele pôde voltar e refletir sobre as questões emocionais que o afetaram. Refugiou-se em articulação teórica com referências bibliográficas objetivas e que possibilitam uma diferenciação nítida entre doença e saúde ou entre indivíduo doente e saudável. Tanto assim que não faz nenhuma citação de textos específicos da Psicanálise indicados e, mesmo na página inicial do trabalho, omite o sobrenome mais conhecido da professora.

Parece que a tradicional forma de ensino-aprendizagem em que sujeito e objeto estão bem delimitados e separados, produz uniformidades, e estas não provocam desconfortos. Aqui, o aluno é convidado a participar da construção do conhecimento, mas parece haver um certo recuo, uma desorientação e um afastamento do processo, um momento de loucura, um não saber sem representação ou, melhor dizendo, compreensão.

A despeito do desconforto, por assim dizer, quanto à abordagem de seu relato tão cuidadosamente apresentado e para o qual tanta expectativa ele colocara, isso não abalou seu empenho. Seu próprio relato o demonstra: num dia em que esteve na prática, esta o *“fez refletir muito e cheguei à conclusão de que, no mínimo, estávamos provocando um movimento naquele local em que tudo favorecia à estática, a morbidez.”* No confronto, no atrito produzido pelas interpretações da professora, ele pôde corporificar o movimento produzido pelos contatos vívidos com os pacientes e ambiente da enfermaria. Está claro que, com o tempo, o aluno vai se transformando apesar de ter se sentido desvalorizado. Demonstrou que estava lutando, que apreendia o movimento provocado pela presença de outras “cores”, outros pensamentos e outras ações efetivadas pela psicologia na Enfermaria de Psiquiatria. Portanto o contexto de seu trabalho revela um aluno bastante comprometido com a vida acadêmica.

Conforme já mencionado, ele próprio faz interpretações, e é desafiado a pensar-se como aluno e como profissional: *“nesse momento, entendi que talvez aquele fosse um pedido de ajuda. Não sei se entendi da maneira correta, mas senti que aquele simples gesto dizia que ela confiava em mim e achava que eu poderia ajudá-la de alguma forma a reparar o que ela julgava estragado nela própria.” “contudo, notei que ainda há uma resistência de alguns profissionais em aceitar os pareceres da psicologia. Talvez isso se deva a clara noção ali presente da supremacia médica em relação aos demais profissionais...entendo que ainda é cedo para ansiar por uma posição equiparável ou mais democrática, mas percebo que há um espaço que devemos conquistar.”*

Essas exposições, também, apareceram depois das aulas-supervisões, que abordavam os aspectos subjetivos dos profissionais, do status da profissão do psicólogo, e da dinâmica das instituições de ensino e assistência psiquiátrica. Esse aluno, ao mesmo tempo em que valoriza o modelo clássico de exposição científica de seu trabalho, valoriza o subjetivo e o afeto nele e no paciente. Essa oscilação entre os papéis de aluno e profissional parece deixá-lo fora de ambos os espaços, isto é, tanto de aluno quanto de profissional.

O aluno demonstra o quanto é doloroso e ambíguo formar-se. Às vezes, a técnica ou teoria da técnica não responde diretamente às exigências postas pela prática, provocando construção, pelo aluno, de um novo conhecimento, ou novas técnicas adequadas aos fatos, que podem lhe criar desafios: *“antes de ir embora encontrei-me com um outro paciente que já vira antes. Seu olhar continuava o mesmo e o que causava em mim também era igual, muita tristeza. Dessa vez, porém, ele disse bem baixinho: “moço, me ajuda! Me deixa sair daqui! Eu quero ir embora! - tentei conversar com ele, mas - não obtive respostas. Senti-me totalmente impotente. Foi um sentimento horrível!” “...um outro paciente perguntou como eu poderia ajudá-lo, eu me fiz a mesma pergunta naquela hora e me senti absolutamente impotente. Então, questionei-o como esperava que eu ajudasse, mas ele levantou-se e foi para*

o seu quarto. Isso realmente mexeu comigo.” “...ela (a paciente) disse que tinha me achado muito bonito e que queria me dar um beijo na boca. Na hora, eu fiquei assustado, e eu não queria transmitir este espanto a ela”.... Essa realidade de treino profissional, com a qual o aluno se depara, parece que é instrumento para que ele possa criar e teorizar: “ *...apresentou alguns delírios persecutórios...Esses delírios, contudo, possuíam uma grande lógica e coerência incríveis... De certa forma, possuía uma construção de mundo e uma visão diferentes da maioria, mas totalmente fundamentada..*” Essa conclusão do aluno, também, é consoante com as discussões feitas em sala de aula.

Em certo momento da vivência prática da disciplina, em meio ao contato com pacientes e acompanhantes, uma certa familiaridade vai-se fazendo presente, o aluno mostra-se inicialmente, muito assustado e ansioso: “ *nesse momento, notei que eu estava um pouco inseguro e certamente mais ansioso do que já estava...*” Mas logo reorienta suas observações para o campo de apreensão dos aspectos mais coerentes, por assim dizer, do discurso e da dinâmica do familiar, do já conhecido. “*percebi que os acompanhantes (parentes) da paciente mostraram-se um pouco mais confortáveis ao final de nossa conversa e me senti bem com isso.... fiquei encantado com as respostas... achei realmente fabuloso. Eu já me sentia mais a vontade naquele momento...*” O encantamento dilui a ansiedade, o momento inicial de grande ansiedade evoca atitudes racionalizadas em direção de uma aprendizagem com sentidos.

Outras mudanças podem-se observar no aluno. No decorrer do relato, se, por um lado, ele tenta manter-se em uma posição mais reconhecida como eminentemente técnica, apoiando-se em sistemas classificatórios, que possibilitem um maior afastamento entre sujeitos e objeto, entre o aluno e a loucura, por outro lado, ele deixa entrever suas emoções com a citação do poeta: “um novo olhar sobre algo novo”. Há sinalização de uma outra forma de pensar a loucura. O que antes era visto pela lente do desconhecimento e do medo, à

maneira de um caleidoscópio, vai se transformando e evoca no aluno algo mais afetivo e que passa a ser interessante.

Assim, o aprendizado acadêmico formal é enriquecido pelo aprendizado com o outro, de pessoa para pessoa. Essa realidade vivencial o confronta: *“...eu percebi que o meu olhar acerca daquelas pessoas estava se modificando. A cada dia que os conhecia melhor, passava a vê-los como pessoas que possuíam uma história, uma família, e que a psicopatologia era apenas um componente da sua vida. Percebi que, antes eu estava ali para ver e acompanhar a evolução do transtorno, mas, agora, eu me via interessado na pessoa por trás dele.”*

Constata-se, assim, que o relato da experiência e a forma como o aluno a transmite, deixam transparecer a coexistência de dois modelos de aprender e de se fazer ciência. Há fontes específicas de pesquisa nas neurociências e, também, ciência e expressão da importância do afeto. Concomitante, há, na exposição, o relato das visitas de maneira mais informal e na primeira pessoa. Ao mesmo tempo, há exposição de pareceres que dão ao aluno oportunidade de criar teorias a partir de suas vivências, e este se sente desafiado a encontrar soluções para o inusitado.

Também, aos poucos, vai-se constituindo no aluno uma forma peculiar de apreensão da função terapêutica e da escuta interessada em conhecer: *“ a paciente se queixava muito das pessoas que trabalhavam ali na enfermaria. De acordo com ela, elas mal conversavam com os pacientes, não se preocupavam em saber o que pensavam ou sentiam. Ela me agradeceu muito por estar ouvindo-a e conversando sempre com ela. Disse que estava gostando muito das visitas. Nesse momento, percebi que o pouco que estava fazendo já provocava algo de bom nela, e isso valia muito a pena. Então, pensei na pergunta que ela me fizera dias antes: como eu poderia ajudá-la: acho que ela própria procurou uma maneira de me fazer útil e senti que, de certa forma, a minha simples escuta e o meu interesse pela sua história estavam contribuindo para isso.”* Ao mencionar “a simples escuta,” o aluno mostra-se surpreso com

esse novo instrumento de trabalho, parece sentir falta da concretude da conduta e técnica que usara noutro contexto, que era devolver a pergunta. O usar a si mesmo como instrumento psicoterapêutico, a valorização do psíquico para o psicólogo não é explicitada. Ele não tem ainda consciência precisa do manejo e das incursões no campo da subjetividade que se lhe apresenta. Isso parece ser algo novo sendo vislumbrado naquele momento.

No seu relato, os parágrafos e os espaços para pensamentos e teorizações pelas quais são constatados dados da subjetividade que fortemente se apresentam, são menores em contraposição aos temas objetivos pesquisados nos livros e encontrados nos sintomas, algo que também é identificado no número de páginas dedicado a cada item. Na forma objetiva de aprender, o aluno sente-se mais protegido, mesmo que esta seja uma proteção ilusória. Ele se ocupa muito mais em mostrar ao professor o que sabe e não o seu não saber, suas dúvidas ou inquietações. Quer ser reconhecido e valorizado, e isso é legítimo, penso que esse aspecto faz parte do seu aprendizado. Ao mesmo tempo, porém, ele quer aproveitar a situação e a circunstância em que possa descobrir, aos poucos, o que está inscrito como enigma a ser decifrado: a condição de alteridade, do outro, do diferente, que marca a constituição do Ser paciente e de seu próprio Ser.

O aluno se ressentia da interrupção do trabalho: *“quando cheguei ao hospital, a paciente que eu estava acompanhando já tinha ido embora. Novamente me senti dividido entre o contentamento por sua melhora e um sentimento egoísta de abandono. Também fiquei triste porque significava que era o meu último dia na enfermaria.”* Expressa um sentimento de abandono e frustração quando da alta da paciente sem despedidas, da interrupção desse aprendizado.

No geral, o aluno valoriza ao extremo tudo o que o paciente lhe oferece, seja um desenho, um poema, um escrito, uma flor. Sente-se importante e valorizado pelo paciente.

Tudo é descoberta. Isso, talvez, demonstre sua percepção de que o caminho dessa aprendizagem noutro campo, no campo da relação, é prene para descobertas.

Outro aspecto por mim observado é o fato de o aluno agradecer a minha participação como mediadora entre os dois tipos de aprendizagens, meu nome aparece três vezes no transcorrer dos relatos e, no fim, comenta: *“o apoio da Maria José, como disse anteriormente, foi essencial e só tenho a agradecê-la.”* Parece que esse espaço de prática proporcionado pela minha participação, a presença, quando das supervisões em sala, e o acompanhar nas visitas aparece como uma ligação entre teoria e prática, pois abriu-se a oportunidade para mais aprendizagens. Por fim, em agradecimento à professora: *“E, finalmente, agradeço à Maria Lúcia, que nos brindou com essa oportunidade ímpar e tão valiosa, nos permitindo errar quando não sabíamos, questionar e aprender. Deu-nos uma verdadeira aula de humanidade, flexibilidade, competência e paixão por aquilo que se faz.”* O aprender fora do contexto de sala de aula, mas, ao mesmo tempo, dentro dela, tem uma conotação especial, que extrapola a sala e os livros. Aprender sobre sentimentos em si e no paciente particularmente, no paciente em crise psicótica, implica acolher o não saber, lançar-se num vazio e impõe um movimento específico em aprendizagem propiciado pelo projeto. Isso é reconhecido e valorizado pelo aluno.

3.2. Análise das entrevistas

Sempre tenho contato com alunos de psicologia que são estagiários no Setor de Psicologia da Saúde e Escola Hospitalar – SEPEH do HC-UFU. Em 2007, cerca de vinte e cinco alunos estavam estagiando no setor, e todos tinham feito a prática da disciplina Psicopatologia Geral II, participando do Projeto Aluno Amigo. Em duas diferentes oportunidades, convidei um aluno que encontrei num dia qualquer para ser entrevistado, e

ambos se prontificaram imediatamente a participar; então, marcamos dias e horários com antecedência. A primeira entrevista serviu como um piloto para as demais e fez parte do projeto inicial desta pesquisa. Não houve um roteiro prévio, e só na segunda e terceira entrevista é que ficaram mais delimitados os temas que me interessavam nesta investigação.

Assim, com um terceiro aluno, também usei o mesmo procedimento, ou seja, perguntar a algum aluno que eu encontrasse, e que tivesse passado pelo projeto Aluno Amigo, se poderia ser entrevistado. Só que, dessa vez, eu o fiz no Bloco 2C, que é o prédio da Psicologia. Também fui prontamente atendida, e foi agendada a terceira entrevista no próprio campus em dia e horários pré-determinados. Antes desse último aluno, um outro tinha sido convidado a participar, porém, devido a período de recesso e desencontros, não foi possível a sua realização. As entrevistas duraram, em média, 35 minutos e eu mesma as transcrevi.

A impressão que tive dos alunos, quando aconteceram os encontros, foi de um pouco de apreensão. Pareceu-me que sentiram que seriam checados em algo. Percebi-os meio desconfiados ou preocupados com o que poderia ou não ser falado naquele momento. Notei relutâncias por parte deles ao falarem sobre aspectos que os desagradaram, embora todos tenham relatado ganhos com o projeto.

Também constatee que ficavam receosos de se mostrarem questionadores das minhas intervenções profissionais. À medida que isso acontecia, eu os ouvia e, por vezes, tive que esclarecer ou informar acerca do funcionamento da rede de saúde mental da cidade, ou alguma norma da enfermagem que o aluno abordara com crítica negativa.

A concepção de entrevista que definimos como instrumento dessa pesquisa é a do tipo aberta. Bleger (1980), argumenta que esta modalidade permite ao entrevistado fazer uma exposição de sua subjetividade de modo mais informal. Sua personalidade, suas crenças e atitudes surgem no interjogo das falas e na relação entrevistador/entrevistado. É uma técnica

que torna o psicólogo um investigador, e possibilita pesquisar ampla e profundamente. O entrevistado, praticamente, é quem direciona as perguntas do entrevistador.

A entrevista psicanalítica, em Herrmann (1997), explicita o campo transferencial inerente à relação analista/analizando, isto é, no contato íntimo entre duas pessoas que se propõem a vivenciar e pesquisar subjetividades. As emoções de ambos estão implicadas no acontecer da entrevista. O foco da atenção do entrevistador não é só na fala verbalizada. O espaço, o tempo, os objetos, as percepções e significados tomam dimensões diferenciadas e, ao mesmo tempo, direcionadas para um sentido. A compreensão vai surgindo até que, enfim, toma um corpo. As dificuldades à medida que vão sendo sinalizadas, tornam-se focos de atenção, aprimoramento e também incorporadas à pesquisa.

Em outro momento, Herrmann (1993), explica como se faz a análise de entrevistas sob a égide dos princípios psicanalíticos. Orienta que se poste frente uma primeira, que se busque um sentido nela, que se acrescente esse sentido ao encontrado numa segunda entrevista, e assim por diante. Isso porque, segundo o autor, há no campo-relação pesquisador objeto do conhecer, um inconsciente que vai se impor e aparecer no decorrer e no conjunto do trabalho com todas as entrevistas. Por meio do método, que faz parte desse inconsciente, o conhecimento acontece.

Dessa forma, esta pesquisa qualitativa sob o vértice da psicanálise tem como materiais para análise, além dos relatórios já analisados, o contexto e os fatos ligados ao projeto e às entrevistas, que foram, no total, em número de três, com alunos que fizeram suas práticas, respectivamente, nos anos de 2005, 2006 e 2007. Os alunos foram convidados a falar sobre a experiência de ter passado pelo projeto Aluno Amigo durante a prática da disciplina Psicopatologia Geral II. À proporção que iam discursando sobre suas vivências, eu ia dando destaques a assuntos os quais me chamavam a atenção, ou seja, aspectos relativos ao aprender

sobre loucos e loucuras, sem que estes, no entanto, estivessem estritamente ligados à vida acadêmica.

Seguindo as orientações de Herrmann (1993), pudemos verificar que as falas dos alunos entrevistados (Ver Anexos F,G e H) entre-as-vistas deles, no conjunto, expressam, também, um sentido. Vou efetuar uma pequena síntese de cada uma das entrevistas no intuito de mostrar como os sentidos apreendidos vão se desdobrando uns sobre os outros e formar um sentido único, à medida que vamos fazendo cada leitura.

Da primeira entrevista, destacaram-se palavras muito freqüentes e fundamentais no texto, as quais sejam: “mãe incentivadora”, “ver com outros olhos”, “olhar”, “enxergar”, “contato”, “vínculo”, “incentivar”. Tais palavras nos remetem a uma idéia de aproximação com um mundo novo. O aluno está prestes a adentrar ao desconhecido. Emerge o sentido materno de dar à luz; a presença da professora-mãe vem trazer um mundo novo ao aluno. É o nascedouro de uma situação do apreender. São necessários outros olhares para que o mundo seja apreendido, é necessário estar com o outro no mundo para que haja criatividade.

Da segunda entrevista, ressalta-se o “ninguém via o fogo” “não passar pela loucura sem ser atacado”, “apanhei lá”. Aqui, como numa seqüência da primeira, torna-se claro o inusitado que faz vivenciar desconfortos. É estar sob estado de angústia, estar no “fogo”, estar no mundo a aprender. Aparece a solidão junto ao impacto com o novo, o sentimento de dor e caos é evidenciado. Há a expressão de um estado de loucura, não há como se agarrar a padrões conhecidos quando do aprendizado. A loucura rompe com relações lineares, explicita a loucura do aluno e do aprender, processo pelo qual não se passa sem sofrimento.

Já na terceira entrevista, é forte o sentido da falta de instrumentação, da “impotência”, “do buscar” “do ser importante”, “a falta de saber”, “o conhecer” do “incômodo” com a precária higiene do paciente, e, ao mesmo tempo, o aluno ir pessoalmente “conhecer outros lugares que tratam de doentes mentais”. Tais palavras e expressões, como a finalizar os

entrelaçamentos anteriores, aparecem como um caminho, uma solução para as indagações, uma resposta para a angústia, um caminhar para busca de respostas que, pelo menos, momentaneamente, preencha e acalente. Nessa terceira entrevista, fica patente a constatação da impotência junto com a importância do não saber e a falta de instrumentação para dominar o conhecimento. Do desafio colocado pela loucura, a falta e o não saber sobressaem. Uma importante-impotência no processo pois põe o aluno em movimento. Conduz o aluno do não saber, do pré-conceito a novos conceitos. Há uma produção de conhecimento do qual o aluno é co-partícipe.

Mais detalhadamente, de agora em diante, vou focalizar minha atenção nas falas dos alunos. Após a transcrição das entrevistas, durante as várias leituras que fiz desse material, fui recortando trechos que me transmitiam alguma coisa. Ao final, tinha em mãos vários trechos dos textos. Estes, isoladamente, configuravam-se como peças desconectadas de um todo. Aos poucos, fui agrupando-os, e tal qual num mosaico, um novo desenho foi se configurando. Os resultados foram quatro grupos de sentidos distintos, e similares à análise acima das três entrevistas em desdobramentos:

-Inicialmente, pude perceber que os alunos tiveram um grande impacto ante à loucura e de imediato uma nova visão sobre esse conceito emerge de uma forma a questionar sentidos de doença e de cura.

-Um segundo sentido surge quando torna-se claro que as relações intersubjetivas provocam conhecimentos, um sentido de que as idéias vão surgindo advindas dos contatos entre humanos e com a realidade vivenciada.

- A partir dessas intersubjetividades, transformações vão acontecendo nos envolvidos, as quais são advindas do ensinar, do aprender e do assistir. Esse é um terceiro sentido apreendido.

- Por fim, aflora o sentido de que a realidade impõe buscas para a constante produção de pensamentos e construção de conhecimento.

A seguir, faço essa análise mais detidamente e ilustro com os recortes retirados das entrevistas e, com os novos sentidos, o mosaico se configura.

1. A loucura e a doença mental

Logo de início, podemos perceber o aspecto paralisante, o medo do contato com a loucura, do desconhecido. Isso acontece, de certa forma, com todos os alunos na prática. O pré-conceito e medo são sentimentos que os impedem de pensar de imediato, apesar de ser uma grande oportunidade que o aluno tem de entrar em contato com a clínica.

“então,... no começo eu fiquei mesmo assim super ansiosa assim... mesmo, a gente pensa assim, meu Deus o que vai acontecer?... eu não posso mexer!, não posso olhar pros lados e nem nada! porque vai... sabe?... mas assim você fica com medo mesmo!”

“a gente já veio aqui com essa impressão: ó! Vamos lidar com a loucura! Assim, não usando do peso que é essa palavra que é loucura, mas assim ... só pra diferenciar.. a gente já chega armado né?! A gente vai lidar com... loucos!... então é uma realidade diferente da da gente... talvez em outros lugares, em escolas, em empresas isso está muito mais velado...”

“muito diferente! No sentido de conhecer o diferente demais de você, ou do que você está acostumado, da rua realidade. Quando você vem, você vê que não! Que está mais próximo do que você imagina! Que é uma pessoa! Claro que tem alguns mais difícil assim de se pensar! Acaba vendo alguma diferença...”

Apesar da preparação em sala de aula, há impacto. Penso que há uma imersão brusca, numa subjetividade muito diferente. Há movimentos de recuos e medos. Mas, ao mesmo tempo, há um fascínio pelo diferente e pela vontade de adentrar nesse mundo:

“vir todo dia, dá pra gente ver um processo assim de... afastar, de aproximar, de construir uma coisa nova! E refletir, de pensar. E exatamente quando a gente ia discutir os relatórios (das oficinas), eu percebia isso. Às vezes, parece que ficava uma coisa mais assim... é... muito distante! E a gente (que fez o projeto Aluno Amigo) parece que encara assim com outros olhos... tinha um grande esforço, tinha aquela vontade!”

“Aí dá pra pensar: como não quero! Ou: é isso que quero aprender! Então acho que ninguém passa assim.. seja pelo medo, seja pela repulsa mesmo!”

“o olhar para alguém que tem nesse sentido assim né?! Que tenha... que seja um doente mental da mesma maneira, depois que ele veio para cá muda a maneira de você ver aquela... talvez até meio que ignorava assim... agora você não consegue mais... o olhar fica mais humanizado! Não é mais o diferente assim!”

Essa surpresa inicial de transmutar do medo para o olhar humanizado faz o aluno questionar: o paciente seria louco mesmo? Ou ele aluno é louco também? O que causava medo pode ser comum. O louco propicia uma nova apreensão do que seja saúde e do que seja doença mental:

“Nossa! e eu ficava assim como que pode?! ...como que eles falam coisa pra gente que a gente não quer acreditar, né?! ele falava pra mim que ele tinha ido pro exterior e eu falava: deve estar delirando, deve estar alucinando, que não sei o quê, e quando eu encontrei com a esposa dele ela me falou que ele foi mesmo!”!... ele tinha pedido uma camiseta E aí eu levei o livro, parece que ele ficou muito empolgado com o livro assim!”

“eu lembro que assim.. algum esquizofrênico tinha uma fala totalmente desorganizada, tinha um momento assim de tanta lucidez! De vim falar, contar... de você também aprender outro jeito de se comunicar que não só pela fala. Assim, é um olhar, é o jeito que ele se aproxima, é o jeito que ele comunica com gesto, com o ficar longe, o ficar perto. Assim, você começa a perceber outras linguagens, expressões que não precisa ser pela fala. E isso eu acho que é

fundamental para a gente, isso já enquanto estudante, enquanto profissional... olhar outras coisas...enquanto ser humano!

Por outro lado, o louco revela-se cidadão, racional, com poderes e saberes respeitados pelo aluno, que deixa de ser apenas um aprendiz. Ao papel de aluno, acrescenta-se o de terapeuta ou de filósofo humanista. Flui uma nova linguagem, o paciente pede uma camiseta, e um livro de língua estrangeira é levado de presente. Além da camiseta, que tive oportunidade de ver o paciente exibindo durante a internação. O presente espontâneo oferecido pelo aluno ao paciente talvez tenha sido uma reparação por não ter acreditado nele, ou desejo de que ele realmente aprenda outra linguagem diferente da linguagem da loucura, ou ainda, um agradecimento pela aprendizagem. Os fatos ligados ao louco, necessariamente, não são loucos. A parte saudável do paciente é constatada mais uma vez pelo aluno. Não é só a linguagem da doença que prevalece nas falas da loucura.

A loucura não é um todo nem o tempo todo desrazão. As singularidades do paciente levam a questionamentos tais que ampliam o impacto inicial ante a loucura. Há um questionamento a mais, quando ocorre o cruzamento ciência, loucura e humanidades:

“quando eu me deparei com a paciente... e vi que o diagnóstico dela era de esquizofrenia... como eu vou atuar mediante a esquizofrenia? Como que eu vou falar com a paciente?será que eu concordo com ela? Será que eu não concordo, será que trago ela para a realidade, que é a realidade minha e não dela! Será que eu... participo do diálogo dela, cheio de fuga de idéias, de salada de palavras ou continuo no meu que... tipo: talvez não me aproxime dela e fico no meu e fico mais longe dela...”

“e aí no meio dessas conversas também saiu um monte de outras coisas assim... e eles falando... uma coisa legal: que os verdadeiros médicos eram os psicólogos, porque os psiquiatras, ele falando, os psiquiatras, os médicos eram fazedores de receitas, eles

falavam... eles eram fazedores de receitas, que só davam o remédio! Os psicólogos não! Que eram os verdadeiros médicos! Que ajudavam, e começaram a falar isso!...”

“tinha dia, que a gente chegava aqui e falava assim: “porque que fulano está aqui? Parece que não tinha sentido... (risos)... aí... depois que passava um tempo, a gente entendia por que que ele estava aqui né?! E aí, a gente começava a perceber... não, não é por acaso também, não é assim né?! Do que está aqui... da gente! O quanto que isso é legal, não são seres diferentes né?! São muito próximos de nós! Um sofrimento maior... um sofrimento muito maior!.. que justifica eles estarem aqui!

A seguir, é bastante enfatizado o respeito no relacionamento. A visão estereotipada de loucura aparece junto com a idéia de agressão, de estado desumano do ser. Surge a importância das visitas da aluna para o paciente. Ele a espera diariamente, se sente valorizado, ancorado pelas visitas diárias, ela se torna especial para ele, isto é, ficou patente a relação psicoterapêutica que o aluno estabeleceu. O paciente não foi mero objeto:

“Nossa! Gente! Ele que me escolheu! vai virar uma sarna atrás de mim!... porque quando ele me escolheu, disse que eu era a mais bonita...ai gente! isso vai virar um trem!... engraçado que foi tão respeitoso!... assim... eu não senti em momento nenhum assim... querendo falar você é a mais bonita de todas... às vezes, ele falava pra mim assim: você é a melhor de todas, porque você vem todos os dias, sabe?! Isso pra gente era assim... muito gostoso! mas assim... em momento nenhum eu me senti desrespeitada!...”

Um contato com a loucura, aparentemente, é até terapêutico. Uma aluna relata as circunstâncias em que foi escolhida pela diversidade pela primeira vez. Era criança, era convidada a conviver com o diferente, quando criança tinha medo do tio, que tinha problemas mentais. Hoje, o trânsito pode ser mais tranquilo, sente-se em condições de pensar melhor, de compartilhar seus sentimentos. O contato com o louco na enfermaria parece ajudá-la a reparar o medo e raiva que sentiu na infância. A mãe também, cujo irmão era doente, por meio da

reparação da filha, pôde pensar coisas diferenciadas sobre a loucura. Ao mesmo tempo, a aluna deixa transparecer que amadureceu, estudou e aprendeu sobre loucura. Sente-se privilegiada por ter tido contato com uma pessoa tão interessante em detrimento de outros colegas que não tiveram essa sorte – o seu aprendizado foi muito mais significativo para ela na sua visão:

“Assim ...dava pra perceber assim... eu acho que eu percebi isso também... eu percebi depois que minha mãe me falou, que eu estava assim... que eu comecei a perceber que eu estava mais paciente com o pessoal da família, assim... foi diferente sim! minha mãe falou: parece que você tá mais calma com seu tio, o quê que tá acontecendo?! Assim... é porque você está indo lá?!... é!! deve se, né mãe!...

Outro aluno relata situações de perdas em sua vida quando adolescente, graves problemas financeiros e com doenças em membros familiares que o lançaram muito cedo a responsabilidades de adulto. Estava fazendo psicoterapia na época e também acredita que tais fatores ajudaram-no a enfrentar e a superar-se numa situação de ansiedade e conflito emocional advinda da prática:

“eu acho que... assim, as duas coisas.(psicoterapia como busca pessoal e profissional) ... porque tem essa questão assim também minha de procurar isso, até considerar... também profissional, de que é muito importante de saber... que é muito bom e que ia depender de mim, ia ser muito bom se eu ... depender.. do que eu ia fazer com aquilo né?! (referindo-se ao incidente com a paciente que a agrediu em situação dessa aluna presenciar tal paciente colocar fogo num colchão e a impedir de buscar por socorro.)

“é claro que tem aqueles que não querem voltar nunca mais! Porque, às vezes, acontece também, e eu particularmente, passei muito por isso...(risos) eu apanhei né?!...apesar de ter sido uma experiência horrível assim, tal e coisa, depois eu aprendi tanto com isso que foi... nossa! Me deu vontade de voltar, eu disse: eu quero voltar!

Tais fatos me fazem pensar que experiências traumáticas e já superadas pelo alunos ajudam-nos a se defrontar com o inusitado, que possuem uma certa intimidade com a loucura. Parece até que é oportunidade para reparações e novos posicionamentos. Seria um contato com uma nova loucura? Ou um novo contato com a loucura?

2. Eu, tu, eles... e os nós das relações.

Os alunos falam com uma empolgação muito grande de suas experiências, há circulação de informações entre eles, a meu ver, que seriam mais confirmações de percepções e sentimentos comuns. Há compartilhamento de aprendizagens e apoio mútuo, mais subjetivações. Flui a linguagem do saudável em conexão com o confuso e doentio. Ao escreverem seus relatórios após vivenciarem e falarem de suas experiências, talvez passem a limpo a impressão primeira que tiveram frente a loucura:

“Meu namorado queria vim aqui, eu falei não! não vai não! Peraí! porque eu ficava com medo, depois eu vi que o da minha colega foi aí eu falei ah! Gente! acho que pode ir!”

“aconteceu muito!..não! e entre colegas também! e entre quem tava fazendo! contava muito também... eu sei muito o que acontece com o da Allison (colega), que era uma mulher que ela tava atendendo... ela sabia o que estava acontecendo com o José... assim sabe a gente contava muito assim entre nós era engraçado... porque, às vezes, eles é que mandavam notícias”

“ porque minha mãe é quem deu o livro para ele (paciente)....”

“ ... e eu principalmente né!? foi uma situação assim ruim(referindo-se ao incidente que resultou em agressão), mas que foi bom... e foi bem na época que a gente estava assim sem entender porque que algumas pessoas estavam aqui, sabe?! A gente achava que elas estavam muito lúcidas, muito assim tal, e aí... acontece isso, serviu assim... os mitos... pra quebrar

assim um pouquinho! Fez a gente pensar... então foi... foi bom né?! Depois que eu voltava... a professora me deixou assim à vontade também para voltar ou não, e aí, as meninas acabaram me ajudando muito a voltar.. todo mundo aprendeu! Meus colegas... porque que eles participaram de tudo comigo!.. ficou todo mundo me protegendo.. e a partir disso, começou uma outra fase da gente entender um pouco mais inclusive teve assim uma experiência muito legal da gente ir para o pátio.... “

“... a minha mãe ela fica assim .. ela fica assim... ai que bom! quando eu começo a fazer algo... qualquer coisa! Vamos supor... qualquer serviço voluntário, eu fico imaginando, eu começo a ajudar uma criança a estudar!... nossa! que bom que você tá fazendo isso! Ah não! pode ir que eu vou te dando apoio!... tipo assim, ela tem muito medo de ir... mas fala.. ai! pode ir que bom que você tá indo!... tudo... eu te dou a maior força!”

“Gosto, mas assim acho que falta a gente ter assim a dimensão do todo, por exemplo... minha namorada também estuda psicologia na USP, em Ribeirão Preto, e aí, a gente estava comentando alguma coisa a respeito das visitas à psiquiatria, e eu falei um pouco das minhas angústias dessa sensação de impotência e tudo, porque eu acho que tipo assim, porque enquanto atuação do psicólogo não conheço como é que é!”

A importância que os alunos têm para os pacientes é renomeada, não são simplesmente alunos querendo aprender a diagnosticar. São alunos curiosos, sedentos por aprendizagem sobre si mesmo e o outro. Querem, também, re-conhecimento.

Para o paciente, e na visão do aluno, é o contato com algo saudável, com o externo à internação. A professora surge como grande incentivadora da busca de conhecimento. A professora e a mãe, os colegas, o namorado, todos, numa grande participação de pessoas, uns aprendendo com os outros, em que se inclui aí, também, o paciente, todos aprendendo alguma coisa. Todos têm potencialidades para o ensino e a aprendizagem, que se ampliam para além dos livros:

“... parece que assim... a gente estudou muita teoria... a gente não consegue imaginar como que é aquilo ali mesmo... parece que ter esse contato... parece que colocou a gente... a matéria assim com a patologia!...era mais assim... uma coisa de contato! parece que entrar em contato com a coisa!... antes a gente aprendeu mais como... as regras de como você vai diagnosticar tudo e tal!... a gente lê nos livros e acha que não é difícil?!.. é!... como que é difícil diagnosticar!! porque eu pensava assim... gente!nossa!o que é que ele tem?! não conseguia ver o quê que ele tinha! como patologia mesmo! então acho que é muito difícil! acho que eu não consigo fazer ainda assim, sabe? mas é uma coisa que ... tava! era para eu saber fazer! já tinha visto a matéria!... mas você não consegue fazer!...porque assim, é muito difícil! onde que você vai limitar que ali... ali ta tal doença?! os F (refere-se às Classificação Internacional de Doenças-CID-10) sei lá o que ... ligar o comportamento... o que o paciente... apresenta com.... com as classificações ... eu achei... meio... complicado assim ...”

“... às vezes, é muito mais complexo, muito mais, se você doar mesmo, de você prestar atenção, que tem a individualidade mesmo de cada um. Não existe só o esquizofrênico, existe este esquizofrênico, existe aquele esquizofrênico... quando vai ver, existe muito além daquele quadro, a família, o meio social dele, o histórico é diferente, a família e o meio social dali que influencia bastante”

“agora, psiquiatria, CAPS, tudo, então, foi bacana ver as múltiplas possibilidades de atuação do psicólogo, porque, até então a minha visão de saúde mental era restrita à psiquiatria daqui sabe?!a essa unidade aqui... aí depois, eu pude ampliar o conceito e tudo... então foi bacana!”

Os sentimentos puderam ser re-sentidos, apreensões foram compartilhadas, o entusiasmo com uma nova visão acerca da loucura foi disseminada. As relações entre pessoas, entre teoria e prática, promovem questionamentos e indagações. Os pensamentos e as

emoções são colocados em movimento. A aprendizagem é enriquecida, pois há construção de uma realidade acadêmica menos mecânica e mais humanizada, e o aluno participa da construção desse conhecimento. Uma vez que a aprendizagem do livro não desmistifica a loucura, aparece a importância da aprendizagem prática intersubjetiva. A prática complementa a aprendizagem do livro e faz aguçar a curiosidade do aluno, leva-o a questionar, pesquisar e a fazer teoria.

3. Ensino Interrogante-Interpretante, Loucuraprender e Aprenderize

O aluno consegue discernir comportamentos do paciente de efeitos colaterais da medicação. Declara a complementaridade da aprendizagem do livro com a vivência, com o contato da experiência prática. Mostra-se mais tranquilo, é possível que consiga separar sua loucura da loucura do paciente, ao mesmo tempo em que as questiona. Teve permissão, o apoio e permissão da professora/mãe e da instituição de ensino para aprender de uma nova forma, por meio do contato entre humanos. Realça a importância da ligação íntima de subjetividades no ato de conhecer que foi veiculada em sala de aula.

“aí ele ficava agitado e ao mesmo tempo falando molengão?! falando meio mole!? assim vai caindo vai andando vai caindo! ... andando pro lado, assim ele andava pro lado! ...isso é uma coisa que eu aprendi assim na prática... mas a gente só vai ...que eu trouxe pra mim... que eu só vou saber assim com a prática!”

“... adorei...mas eu aprendi bastante coisa nesse sentido de contato, manter contato com o paciente! ...não tentar colocar ele na sua frente e imaginar ele como uma pessoa doente! e pensar que o quê ele tá te falando não é verdade, ou que ele tá te falando... que ele tá delirando sempre! que delirou, não... é o que ele falou .. não é bem assim né? A gente tem

que parar e pensar um pouquinho! ... risos... pois é...ninguém sabe né?!... de louco todo mundo tem um pouco, aprendi isso também...”

“ ... porque alguma coisa que ele fazia assim que todo mundo falava nossa! é coisa de louco! acho que assim... eu também tem hora... que até um pouco também eu evitava!...quem que não é louco, sabe?”

“ Onde que está esse limiar de quem é louco quem que não é?!É engraçado a gente aprender que, pelo contato, a gente vai conseguir manter um vínculo assim que eu acho que foi bem legal isso! ... eu acho isso muito interessante!...”

O aluno fez parte e contribuiu com o conhecimento emergido. Não ficou sentado dentro da sala de aula, passivo ou receptivo:

“...aí quando eu cheguei aí que eu vi o pátio, todo mundo no pátio, alguns sentados, todo mundo conversando, o pessoal da enfermagem fazendo ginástica, ... aí parece que é outra visão assim, ... você chega lá em cima, eles tão andando, tão acordados, conversa, às vezes conversa alto, às vezes, conversa baixo... não é aquela coisa, ah! não estão doidos o tempo inteiro!...”

“com o José a gente saiu com ele pra rua... foi engraçadíssimo!... hilário assim! mas não foi aquela coisa assim nossa! ... como que solta?!... andar com uma pessoa assim?!... porque ele não agredia ninguém! só mesmo de... de pensar coisas diferentes de uma coisa assim! ... mas foi ótimo!...”

“será que é justo também eu trazer a paciente para a minha realidade, se a realidade é uma coisa culturalmente construída? Talvez em outras culturas o indivíduo se daria muito bem, ele seria um Xamã ou Pagé, um... sei lá! ... ééé... aqui ele não tem um espaço para funcionar na nossa sociedade! Eu acho assim.. trazer para um centro de cuidado só disso que acaba rotulando, diferenciando mais o paciente ou interno em geral!”

Depois de desligado o gravador, agradeço, e um dos entrevistados comenta ainda: “ *eu acho que não tem ninguém que assim... fale: “eu nunca mais quero ir na enfermaria de psiquiatria, todo mundo gostou muito e aproveitou muito a prática do Aluno Amigo, e eu recomendo pra todo mundo, tem um amigo meu do 5º. período que eu falei, não deixa de fazer o acompanhamento! não faça as oficinas! as oficinas é pouco tempo! não dá pra aproveitar!... não dá para ver!”* ”

O aluno tem oportunidade de pensar diferentemente do que vinha pensando até então. Anuncia-se uma nova visão, que é a visão da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial – uma reforma e luta, que começa numa revolução dentro do próprio aluno ao constatar a porção normal do louco. Já pode ligar o normal ao anormal, refazer seu olhar e renomear seus antigos medos. Ao falar do desejo de retornar à enfermaria de psiquiatria, buscar conhecer outras formas de tratamento ao Doente Mental, talvez queira confirmar ou aprofundar mais nesse conhecimento ou nessa forma de conhecer. Conhecer para se engrandecer como profissional. Anuncia-se o saber de que precisa aprender a ir constituindo-se profissional pela vida afora. Fica evidente para o aluno que não há conhecimentos acabados.

Afigura-se, também, a importância da universidade como formadora e, ao mesmo tempo, dificultadora dessa formação. Relatam um excesso de atividades acadêmicas que, de certa forma, prendem o aluno na sua liberdade de aprendizagem:

“é no começo duas coisas que eu percebi...primeiro: porque quem fazia as oficinas, assim resolvia e tudo, mas ficava aquela coisa assim, fazia, mas parecia que era mais uma prática.”

“ e aquele que fazia o Aluno Amigo parecia que era assim uma outra coisa, assim, quase que um estágio até, né ?por causa que o envolvimento era assim muito maior, porque tinha a questão de vir todos os dias de estar mais próximo assim... até mesmo assim de doação, muito

maior assim, uma coisa muito diferente a experiência daquele que vinha assim uma, duas, três vezes, assim...”

“Assim, isso eu acho que é meu, mas enquanto profissional, acho que devo tentar entender. Estando aqui, você sabe que tem que dar um jeito assim... não dá para passar! Ninguém só passa aqui, sabe!? Acho que isso acontece assim em outras práticas! Muitas vezes, eu acho que algumas pessoas assim, passam pela gente!...agora, aqui na psiquiatria...não conheço alguém que passou! Não sei... não vi isso sabe!? Acho que ninguém passa! Alguns passam e dizem não quero voltar nunca mais! Isso não é para mim! Não quero estar lá! Foi horrível! Foi ruim demais! Mas não passa sem ser atacado! E outros assim, nossa! Como eu não sei mesmo nada! Como eu preciso aprender!”

Os alunos se posicionam em relação às práticas que os provocam e os confrontam, há crítica e reação ao não saber, há buscas e movimento para aquisição de saberes. Se, por um lado, há idealização do conhecimento pronto e acabado, esta pode ser uma reação defensiva ao não saber:

“... da saúde mental a gente não tem noção da dimensão da... eu me senti assim... sem saber... o que que o psicólogo pode fazer, o que que precisa ter para estar trabalhando com saúde mental.”

“resumindo: uma coisa que é a dimensão de tudo assim de psiquiatria, de CAPS, o que que faz cada um, qual que é a frente de atuação do psicólogo diante de cada um deles... de equipe multidisciplinar que tá junto assim, assistente social, tudo que está lá..estão eu não consegui visualizar isso! No primeiro momento que eu estava aqui, mas depois que eu visualizei isso achei assim muito bonito...muito amplo o que você pode fazer!.”

“é.. muitas das práticas que acontecem são assim muito rápidas... assim pouco, assim muito poucas.. por exemplo a gente tá com as matérias, mais as práticas, tem hora que aperta, a gente está fazendo prova, e as vezes não dando prioridade para aquilo que vai dar ponto.

Porque infelizmente, a gente depende de nota, precisa de nota, e acho que é extremamente prejudicial porque tem avaliação! você faz para ter a nota.. assim muita coisa! Você tem pouca liberdade assim para outras coisas, se dedicar um pouco mais às práticas, outras coisas... criar, assim... outras práticas! Tentar buscar outras coisas! Então assim... no finalzinho quanto a gente acabou todas as matérias, é hora de estágio e assim, mesmo assim, a gente tem... aí você ainda tem que escolher sem estar no lugar ali!... tem coisas que te ajuda a escolher uma área que você mais se identifica!..."

"...eu adorei tanto que toda hora eu falo... posso ir lá um pouquinho? ... eu vou lá depois que passar!... agora ta no final do semestre, depois que passar!..."

"é uma queixa minha contra o curso de psicologia sabe!? É que eu acho que não é profissionalizante... não é! Assim, a gente não sai do curso sabendo o que fazer, sabe!? Não é igual um médico que sai do curso ou da especialização sabendo operar, fazer tudo, ou um dentista que sabe tratar de tudo da parte bucal, ou o engenheiro que já sabe fazer plantas e tudo o mais..."

Houve também uma das entrevistas em que o aluno chegou atrasado ao horário previamente combinado e justificou seu atraso em razão de um trabalho de escola, que teve que terminar e estava pendente devido a burocracias da faculdade junto à instituição onde iriam desenvolver o trabalho, e o prazo estava findando naquele dia. Queixou-se, também, de que estava em período de provas. Ao mesmo tempo em que o aluno está disponível para o aprendizado, o excesso de atividades acadêmicas o obriga a fazer escolhas em detrimento de outras, e é provável que ele não esteja preparado para escolhas. Mais de uma vez, dentro de sala de aula, ouvi os alunos comentarem que fôra combinado entre dois professores para fazerem uma atividade extra-sala de um professor no horário do outro. Esta é uma maneira criativa de arranjos para cumprirem de maneira diferenciada com as exigências curriculares.

Por outro lado, fica parecendo que tudo que o aluno precisa para ser profissional possa ser-lhe proporcionado pela universidade. Essa crença reforça a onipotência nos alunos, que, junto ao fato de quase serem profissionais, não aceitam errar, querem fórmulas exatas de como fazer – o que os afasta da construção do conhecimento e não envolvimento com a subjetividade do outro e de si. Há um impacto muito grande quando vêem que tem que criar:

“a paciente que eu observei então... eu não vi..(risos)... senti essa importância, essa reciprocidade! No final eu senti que eu estava fazendo pouco pra ela, entende assim...que o quê eu estava fazendo foi só uma acolhida e que não estava participando efetivamente do .. progresso... dela... ou na... se é que o progresso implica que ela vai sair desse estado porque eu acho que não!”

“achei uma realidade assim um pouco assim...triste né!? Pelo estado dele! Mas me sensibilizou muito... de assim de querer atuar, só que ao passo que ... ao mesmo tempo me senti assim muito impotente pela falta de instrumento para poder atuar assim efetivamente... então, pra tentar tirar a pessoa assim da crise!...Talvez seja uma questão de feedback que o paciente te dá por exemplo; eu que atendi a ... atendi não, acompanhei a Rebeca, a paciente daqui sabe?! No caso, não senti feedback da parte dela, que esta estava melhor e tudo..”

“Não! A gente sai do curso... não sabendo a dimensão, acho que todos saem... e é essa a minha busca sabe!?... a gente tem que buscar muito individualmente!...obriga a gente a sair do mundinho particular né!? Da gente ver e aceitar isso! Eu acho isso muito importante! Demais! Eu acho que eu amadureci muito depois que eu vim no projeto Aluno Amigo sabe?! Efetivamente... claro que foram poucas as visitas, mas assim, foi bacana sabe?! A gente pegou!...”

Talvez haja uma idealização da universidade por parte do aluno. Quando surgem as contradições entre o real e o aprendido academicamente, são impulsionados a construir e criar em cima da realidade e se ressentem quando lhes falta essa oportunidade:

“..vinha e até tinha uma experiência talvez até sai um pouco com menos medo disso mas ainda parece que não criava uma idéia diferente, e a gente que acompanhava, a gente começava a pensar um monte de outras coisas... o teórico começava a fazer sentido quando a gente estava aqui na prática... acabou tendo assim uma visão muito... assim foi muito bom!...”

“muitas vezes a gente se sente um número dentro da faculdade sabe!? Eu sou o 12121212 né! então... a gente se sente assim sem apoio querendo fazer alguma coisa a mais e não tem como, não tem esse espaço! Então é muito da gente ter que partir muito da gente, acho assim que falta apoio né!? Por isso que assim surgem algumas angústias, tudo...”

“é importante a parte teórica você saber que tem assim fase e quando vai ver, a gente vê que não é tão certinho assim.”

“então eu acho que enquanto estudante é fundamental, assim, foi assim, e depois você saber que o contato com a coisa aqui né?! tendo contato com ele... então acho que a transformação é nesse sentido... a coisa fica mais real né? mais próximo nesse sentido.”

“...porque enquanto ela (faculdade) deixa a gente muito só... a gente cria assim uma independência... que assim... é muito importante pra gente também sabe? Eu me considero hoje... crítico! Muito mais do que eu era antes... mas assim por ter essa independência, sabe?! De ler e criticar...”

“e fica assim aquela coisa mais bonitinha, assim dos livros, e aí a gente chega lá, fica assim tudo misturado não tem uma pessoa assim que tem esquizofrenia ou transtorno bipolar não é isso... assim, claro que tem! Mas a gente não sabe o que é, e, às vezes, não se encaixa, não é bem assim....”

Os alunos desconhecem o valor da angústia, apesar de nomeá-la. O sentido de que a angústia é essencial para os movimentos de busca por aprender fica meio perdido. É ela que os impulsiona a buscar conhecimentos fora do que é ensinado na faculdade. A realidade que

se mostra a eles é paradoxal. Fica expresso que os contextos reais das práticas profissionais são importantes para a constituição do papel profissional.

4. Aprender e apreender no livro da vida

Os alunos questionam, criticam e se assustam com o que vêem no dia-a-dia do profissional psicólogo:

“é assim o paradoxo também que tem por exemplo, do uso do cigarro numa instituição de saúde, num hospital... acho que prejudica! O impacto! Foi difícil da gente acostumar, nossa! O cigarro é uma coisa prejudicial à saúde!...”

“então o olhar do psicólogo que é muito diferente da ficha médica, então, aqui eu não vi esse olhar sabe!? Do psicólogo... é muito mais voltado para o farmacológico!..parece que quando a gente trabalha na psiquiatria e tem contato muito assim com o farmacológico sabe!? Parece que ... eu perdi um pouco a noção da função do psicólogo sabe!? Era muito o farmacológico sabe assim que a indicação de algumas drogas para curar a doença assim não sei se isso é mito.... tirar a função do psicólogo... será que tem espaço pra gente ser ouvido!? Talvez isso você possa me falar melhor né!? Você é ouvida ou não?”

“ eu senti assim... talvez disso venha a falta de instrumentação.. de estar mais voltado para o farmacológico... do que é nossa formação mesmo sabe, que é uma coisa assim uma formação mais humana mais... de saber a história do paciente tudo...então a gente pegava e lia a ficha médica do paciente, e muitos detalhes eram insuficientes sabe!?... qual é o seu papel aqui?a meu ver pareceu assim que é... uma coisa de ajudar na manutenção do paciente aqui, dar um apoio mesmo, o psicológico, um acompanhamento... alguma coisa assim..então parecia assim que não tinha uma dedicação tão grande da nossa parte... eu até me incluo assim nesse momento nessa... ééé... situação.”

A visão que o aluno tem da profissão é des-idealizada, há impacto com a realidade. Há um alheamento e um estranhamento da prática profissional em contextos reais. Este é um conhecimento nunca encontrado em livros. Desconhecem a dimensão das dificuldades diárias, necessidades de buscas e constantes construções de fazeres. Se não se tem instrumentos para lidar com a loucura, o quê é que se faz então? Qual é o remédio para a loucura? Quais técnicas? O aluno questiona qual é o papel do psicólogo num ambiente no qual se trata de corpos, ou seja, o hospital. De quais recursos o psicólogo dispõe? Ou aí, nesse contexto, ele perde sua função e papel?

Nas falas seguintes, o próprio aluno aponta soluções. Há buscas por aplacar as angústias. Se o que a faculdade oferece não é a fórmula exata, ou não é a verdade, onde encontrá-la?

“na verdade, tem tido uma formação boa em psicopatologia, então a gente consegue identificar... tipo supor um diagnóstico... dar um provável diagnóstico... quanto a isso é tranquilo, mas estratégia de intervenção, artifício assim... faltou! Faltou assim na formação também né?! mas eu acho que formação também é individual, quem quiser corre atrás!... pra buscar a melhor forma”

“eu já tinha acompanhado palestras de pessoas de renome... que fala sobre loucura... alguma coisa que eu já tinha visto assim, uma coisa que eu procurei fora, mas... eu já tinha uma compreensão... de saúde...que cuida...”

“acho que até agora no curso... a gente ainda não teve noção porque a gente ainda não saiu para estágio, não saiu para nada!... até agora, na faculdade, não apareceu essa instrumentação...mas foi bacana assim... conhecer a dimensão da área em saúde mental”

Por fim, o aluno do Curso de Psicologia não só procura por soluções de problemas, ele experimenta-se como terapeuta. Sem nomear, sem se dar conta, ele trabalha com a subjetividade. A participação no Projeto Aluno Amigo mostra a dimensão de como o aluno

vai construindo sua identidade profissional. Tem vivência e sutil percepção do que é psicoterapêutico perante o paciente psiquiátrico.

Assim, tem um papel para além do de aprendiz. Os relatos em papel e em falas das entrevistas expressam vivências de relações para além do aprendizado formal. O trânsito entre a loucura e a saúde mental, a liberdade da saúde e a prisão da loucura começam a ser pensados e vividos. Por outro lado, a loucura acolhe os alunos, reforçando o sentido do humano neles e nos pacientes.

Nas falas seguintes, ficam evidenciadas essas vivências, essas incursões em subjetividades, que foram psicoterapêuticas para os pacientes e também para os alunos, além de ter proporcionado a aprendizagem formal:

“dessa vez, eu senti a necessidade de me adaptar a eles né?! então não pude tocar um estilo que eu gosto e tal, tive que tocar um estilo ou engraçado ou descontraído e teve muitas músicas assim que eu achei assim engraçadas, aqueles estilos...mas foi um prazer, adoro mexer com música, tocar e foi a primeira vez que eu me deparei com um público ... completamente diferente!... e eles vinham e pediam para mexer, outros ficavam comentando, uns eram mais curiosos para saber como que funciona (instrumento musical)... eu gostei! Foi uma experiência rica do meu ponto de vista, foi bem legal! Acrescentou muito pra mim... o público... foi bem diferenciado!”

“mas assim... que pelo menos nela provocou um alívio momentâneo nisso, que eu possa ter garantido durante alguns momentos... então eu acho que assim senti muito carinho por ela!”

“me senti assim sem instrumentação para poder atuar sabe? Então o que a gente fez mais foi... a meu ver, uma espécie de acolhida né? a gente acolheu os internos, escutou eles, tomou um pouco de conforto sabe?! ...

“a gente cantava, ficava ali na roda com eles, ficávamos de dois alunos, e aí... ficava mais tranquilo... porque ficou um grupo terapêutico ali... sem ser essa a intenção...de acontecer

espontaneamente... eles tentando... assim, eles discutindo os problemas deles, um com o outro assim, um ensinando o outro e depois assim... muito legal”

Algumas dessas falas evidenciam a constatação pelo aluno do principal instrumento terapêutico que o profissional tem, que é a relação, o contato com o outro, um contato do qual ambos, paciente e terapeuta saem modificados. O papel de aluno aprendiz e terapeuta aflora naturalmente, embora impactante. O paciente não é mero objeto para a aprendizagem objetiva ou confirmatória de sintomas ensinados nos livros. Emerge na roda um ensinando o outro, paciente ensinando paciente que estariam, também, ensinando alunos!? Numa roda, não há hierarquias. Nessa ciranda entre alunos, pacientes, professora, técnica administrativa e instituição de assistência, ensino e pesquisa, todos ensinam e todos aprendem, pois todos têm potencialidades terapêuticas e pedagógicas. Importa inventar formas de não obstruí-las, e isso passa necessariamente pelo reconhecimento de si ante os outros.

CAPÍTULO IV - FINALIZANDO...OU: A BIOGRAFIA DESTA INVESTIGAÇÃO

*Loucura
A loucura é viver
Sobreviver neste mundo de loucos
Maior loucura é deixar de ser louco
E desistir de viver.*

Janaína Aparecida de Lima (In: Dupla Ação Marketing Cultural, 2001, p.86).

A etimologia da palavra psicopatologia significa *pathos* - paixão, dor existencial - e deixa clara a identificação e o direcionamento do termo para com as dores da alma, e não explicita a conotação de doença. Talvez tenha se perdido no tempo esse primeiro sentido, sendo reforçado, na modernidade, exatamente o sentido de doença. Penso que essa disciplina, nas grades curriculares de psicologia, poderia ter um nome que não ligasse doença a estados diferenciados da mente humana. Um nome compatível com a mudança paradigmática no modelo de ciência e que levasse à caracterização da loucura como especificidade humana, principalmente considerando que estamos dentro de uma universidade. Talvez algo como “Estudos sobre estados diferenciados da mente humana.”

Essa é uma primeira exposição que faço para finalizar este texto. Ao longo da prática do projeto, algumas observações ou pontuações de autores relativas à formação defasada para a área da saúde e às dificuldades da formação clínica foram sendo reafirmadas e também revelam-se nos contextos das entrevistas e das análises dos relatórios. Outros aspectos se evidenciaram, no decorrer do trabalho da pesquisa, e surgem junto aos resultados. No conjunto são relativos ao aprender, ao ensinar, à junção assistência/docência, à instituição envolvida, à uma interrogação da loucura frente às ciências; e uma surpresa para mim relativa ao significado da loucura e do papel do louco, protagonista da junção arte, loucura e ensino.

É forte o sentido de cumprimento de atividades pelo aluno, para obtenção de notas para aprovação, a despeito da tradicional postura crítica característica do alunado. Muitos alunos, ao serem convidados a participar da construção dos conhecimentos, recuam, não entendem, usam de defesas tais que os prejudicam nos aprendizados, negando-se à angústia do não saber num quase suicídio do aprendizado. Querem certezas, querem acertar, aprender o certo para agir corretamente. A universidade oferece-lhe um conhecimento pronto na sua visão. Em geral, há uma postura de que está ali para sair formado.

Ao mesmo tempo, o aluno valoriza aprendizagens fora da sala de aula, apesar de delegar muito de seu tempo para o cumprimento das exigências acadêmicas. Relatam que as práticas de ensino e estágios são, às vezes, vazias de significados para a sua formação, deixando-os desinteressados e desmotivados, e perdido o papel criativo que possam exercer nesses aprendizados.

O ensino sobre essa temática, mesmo no curso de psicologia, não tem ajudado a desmistificar a loucura em si, aluno, nem no outro, nem na sociedade. Há impacto diante das realidades do funcionamento mental e com o funcionamento das instituições, pois o ensino de psicopatologia, hoje, apregoado por ementas curriculares, está distanciado da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial. Está, de fato, mais centrado no psiquismo fora da norma, numa visão médica tradicional, que aparta o aluno de si, de sua subjetividade e da subjetividade das pessoas e contextos. Há necessidade de novas formas de ensinar, teorizar, aprender e fazer ciência relativa à Saúde Mental. A loucura o denuncia, pois o que se tem estudado nos livros diverge em muito da aprendizagem junto ao louco, conforme este trabalho o demonstra. A loucura aponta para uma complexidade do ser humano, que requer todas as ciências e a arte para ser abordada. A loucura, a paixão, o *pathos*, a dor humana merece ser vista por todos os conhecimentos da humanidade. Do que foi aqui exposto, podemos indagar:

o que dá respostas à loucura e ao sofrimento humano? De quais recursos científicos podemos lançar mão para abordá-la, desvendá-la e dispensar trato?

As mudanças nas práticas e saberes em Saúde Mental no Brasil têm sido muitas e rápidas. Os técnicos atuantes não têm tido tempo de construir esse conhecimento. Penso que também a universidade não tem conseguido acompanhar o ritmo dessas mudanças para oferecer uma formação para o aluno mais próxima da realidade. A parceria entre docente e técnica administrativa, por meio do Projeto Aluno Amigo, demonstra que há possibilidades na união de saberes para essa construção.

O projeto deixa claro que a vivência dessa prática no campo de trabalho constitui e ajuda na formação do aluno. Faz com que ele e instituições se impliquem, produzindo aprendizados diferenciados. Há uma experiência pré-profissional protegida e acompanhada. Fica evidenciado que há uma aprendizagem pelas emoções por se estar junto ao louco, a qual se soma à aprendizagem formal. No caso da psicologia, toma uma dimensão terapêutica e constitutiva da pessoa do aluno.

Ensinar possibilitando o apreender é criatividade e arte. É estar frente ao outro e ambos se modificarem. Este projeto e esta pesquisa, para mim, configuram-se numa grande oportunidade para a produção de subjetividades para todos os envolvidos. A cada semestre, ele é remodelado, cada aluno e cada paciente formam uma dupla única com vivências únicas. Os aspectos desse ensino e desse aprender de forma artística dão indícios de que o exercício do Acompanhamento Terapêutico, para pacientes psicóticos, no contexto de ensino, e a aprendizagem em psicopatologia se configura numa ação educacional sócio-político-clínica, provocando diferenciações no ensinar e no aprender, e essa visão abre questionamentos para outras investigações.

Antes de sair da faculdade, o aluno sente necessidade de buscar por formação e ampliar o que foi aprendido, e, se a aprendizagem prática ficar restrita à clínica escola, esta

pode ser pensada e vivida como lugar onde o aluno fica apartado das realidades que a profissão exige no cotidiano. Com práticas restritas ao espaço acadêmico, ele corre o risco de ficar excessivamente protegido ou mesmo cerceado em suas possibilidades de apreensões. Os contextos institucionais e as realidades de atendimentos psicológicos estão junto às vivências multiprofissionais, multidisciplinares e aos contextos sócio-culturais e políticos que os fazem acontecer. Para que aconteçam formações ampliadas, dos professores, são exigidas posturas criativas.

A especificidade da loucura, essa essência do ser, não está clara para o aluno, se ele não interligar a sua vida cotidiana com a vida acadêmica. As dores humanas não são restritas à clientela que será atendida pelo profissional psicólogo. Ele, também, profissional, é doido e doído. A loucura é desafiante, quebra a onipotência dos saberes e do aluno que acha que pode aprender tudo nos livros, nos manuais e na internet. Aprender, artisticamente, exige criatividade, maleabilidade e outros olhares para o mundo. Durante o desenvolvimento do projeto, o corpo do aluno, seu pensamento e suas emoções colocam-se como instrumento de aprendizagem no contato com o sofrimento mental alheio, melhor dizendo, não tão alheio, pois que lhe é estranhamento familiar. E o aluno se evidencia como instrumento terapêutico.

Outro aspecto que se descortinou foi quanto às instituições de ensino e assistência. O paciente, tradicionalmente, está na assistência, e já daí alguns pontos conflitantes são evidenciados. A instituição de assistência e ensino é, por si só, ambígua, está colocada numa zona de conflitos, tornando-se indefinidos seus papéis. Embora não declarado formalmente, as duas instâncias postam-se distanciadas uma da outra. Uma enfatiza a prática, de certo modo, apartada da teoria e a outra o acadêmico, que pode distanciar-se do campo do trabalho de assistência. Ficou constatado que as instituições sofrem porque são dicotômicas. Todos sofrem: as equipes de atendimento, o paciente e o professor, que deve saber, e o aluno, que deve aprender.

O técnico administrativo, embora dentro da universidade, não tem autonomia, função e vivência docente, apesar de trabalhar com alunos da própria universidade. O professor atende à clientela se for de interesse para o ensino, ele não é designado para a demanda de atendimentos. Por outro lado, qualquer pessoa pode exercer a função docente? Quais as habilidades mínimas necessárias para que haja ensino? O que realmente é pedagógico? Parece haver especificidades no ofício de ensinar, que, talvez, demandem para o técnico administrativo um aprendizado específico.

Por outro lado, as experiências e vivências diárias dos técnicos ficam perdidas, Emudecem suas teorias produzidas no dia-a-dia e tornam seu fazer estéril. Seria também estéril o ensinar sem práticas vivenciais? Nos campos da prática, a iatrogenia se faz presente até que o profissional amadureça seu fazer, ou surjam oportunidades para atuações profissionais pervertidas. Acredito que um campo sem o outro se torna estéril, isso porque talvez haja um saber poder nos campos do trabalho de assistência tanto quanto o há nos meios acadêmicos. Há conhecimentos e linguagens próprias advindas da prática que se tornam poder para o técnico.

Com o Projeto Aluno Amigo, pudemos criar nova forma de ensinar, de aprender, de teorizar, de perceber, de lidar com a loucura e seus contextos. Saber e fazer, fazer e saber, prenes, um complementando o outro, um corpo e outra alma dos conhecimentos produzidos. Com o desenvolvimento do projeto, tanto a docência quanto a assistência ganharam em termos de resultados para possíveis questionamentos no dia-a-dia. Enquanto uma grande Oficina, um fazer/arte, uma proposta de uma nova forma do fazer, do ensinar e do aprender. Uma produção. Uma junção de pessoas e fazeres que se debatem, confrontam-se, e se complementam, prenes de criação.

Este trabalho delineia pesquisas em docência, em aprendizagem, em assistência, nas instituições e em saúde mental. A loucura desafia, movimenta e inquieta técnicos e técnicas;

assistentes e docentes. Requer invenção do fazer, do ensinar e do aprender. A produção de conhecimentos, técnicos ou não, demanda vínculos e subjetivações mútuas, caso contrário, os profissionais de psicologia, professores e alunos assumem papéis meramente técnicos, perdendo de vista o objetivo maior que é o outro.

Um aspecto do meu trabalho, que também se evidencia bastante, é a arte. Arte, criatividade, singularidade exteriorizada no aprender e na loucura. Vida arte. São produtos de relações que expressam profundos sentimentos, ou, por que não dizer, conhecimentos. São sentimentos e aprendizagens traduzidas pela criatividade. Erupções de subjetividades humanas. Arte linguagem falada e compreendida por todos. Fui caminhando por um caminho que reafirma a arte/criação como linguagem comum entre loucos e saudáveis. Uma linguagem que pode e deve ser usada no ensino de psicopatologia. Creio que aprender psicopatologia é um processo de subjetivação mútua, constituições de sujeitos e união de saberes.

O Projeto Aluno Amigo mostrou que o louco, além de desafiar as ciências, não é só um paciente, e a instituição não é só uma instituição. O louco provocou uma circularidade entre fazer, pensar, aprender e o vivenciar que ocorreu em todos os atores do projeto: loucos, alunos, professora da disciplina, técnica administrativa da enfermagem de psiquiatria e a instituição de ensino, pesquisa e assistência psiquiátrica.

A existência do louco possibilitou que saberes coexistissem sem hierarquias. Então, quero batizar de aprender' te a essa possibilidade. Neste trabalho, o louco com sua loucura se configuram como objeto artístico humano devido ao forte impacto subjetivador que provocou no aluno quando do ato da aprendizagem. E, como tal, instrumento para levar à subjetividades e a conhecimentos.

Como não se apresentaram hierarquias entre loucos e saudáveis, somos todos, cada um de nós, também, obra de arte, disponíveis à subjetivação e à subjetivar. Enfim, por analogia, o ato de aprender se equipara ao estado de loucura, que denominamos de “loucuraprendizagem”

pois, ambas, a aprendizagem e a loucura acontecem como fenômenos ante o inusitado, ambas desorientam e demandam por ordenação e reorganização de pensamentos e emoções.

Essa arte no ensinar e no aprender ou Aprenderizar'te, parece ser saudosa dos tempos em que o conhecimento não era fragmentado e mestres e discípulos exerciam intersubjetividades ao ar livre, algo que eu gostaria que tivesse acontecido neste trabalho e não foi possível devido ao aparato institucional a que somos submetidos. Mesmo assim, este trabalho dissertativo teve um significado especial para mim, assim como todo o processo de criação, e gostaria de expressá-lo. Estive imersa nele nos últimos quatro anos e meio.

Então, quando das formalidades para a defesa, quis expressar esses sentimentos, apresentando-a em forma de poesia. A apresentação, a meu ver, deveria ter afinidade com o contexto do trabalho, isto é, direcionado para a criatividade e a elaboração dos muitos sentimentos que emergiram em mim durante a trajetória. Queria, acima de tudo, que a apresentação de defesa fizesse parte da dissertação produzida.

Recuei um pouco na minha pretensa finalização e elaborei o que denominei de “saga dissertativa”, mas de forma mais compacta, e a apresentei como um resumo após a apresentação formal. E como sugestão da banca ela segue abaixo – de fato, um resumo e compondo o trabalho!

Dissertação em poesia

Pra falar das dificuldades em estar aqui

Falar de estradas percorridas, de loucuras, e, meio louca...

Eu sou Maria,

que gosto de rimas e poesia.

Maria José, José, Maria, *E agora José?*...¹⁴

Do começo! de loucuras, Maria!

Da liberdade à Grande Internação,

No sociológico outra explicação!

¹⁴ Referência ao poema “E agora José?” de Carlos Drummond de Andrade.

Falsa mansidão reclusa, banida dos olhos,
 Calada, trancafiada, silenciada, normatizada:
*“Erro de tipografia: ser o não ser, eis a questão”*¹⁵
 Em Erasmo rasga-se o *Pathos*, a dor, a paixão!
 Dono de Banco, miss universo, agente da Cia, Interpol ou desvairado
 Deus, Jesus Cristo, cientista, rei ou pirado.
 Milionário, curandeiro, mensageiro ou alienado.
 Homem aranha, super homem, perseguido ou surtado.
 Calado, mudo, catatônico, ou tresloucado.
 Cantor famoso, rejeitado, mal quisto, maluco ou dispirocado.
 Ou então... “homem do saco” “homem do machado”
 Seria Esquizofrênico? Paranóico? Leso, louco, pancada, Pinel, ruim da cabeça,
 Bronco, lelé da cuca, doido varrido, doidão?
 Tantã, aluado?...
 Qual sua essência
 Ser, dono da finita existência?
 Qual seu lar? onde podes ficar?
 No banco da praça?... *“A praça não existe mais!”*...¹⁶
 Na porta da igreja?... *“A igreja não existe mais!”*...¹⁷
 Na rua? Na lua?... *“A rua não existe mais!”*...¹⁸
 A lua apagou-se nas luzes da cidade!
 Louco não tem lugar!
 Não existe mais o cafezinho da Dona Zinha
 Nem o prato de comida da Dona Emília
 Nem os doces da venda do Seu João.
 Tampouco meninos pra tacar pedras e fugir depois!
 Xingar quem? O remédio, o médico, o CAPS?
 Ferir pés no tapete negro sob o sol e
 atropelar carros... é o que resta!
 Qual ciência te diz louco?
 Quanto é a tua, a minha, a nossa loucura?

¹⁵ Poema de Franklin Alves Dassic referenciado na pág. 27 desta dissertação.

¹⁶ Referência ao Poema “E agora José?” de Carlos Drummond de Andrade.

¹⁷ Idem

¹⁸ Idem

Mais louco é quem te diz, e, também, não é feliz! ¹⁹

Depois, precisam transformar Doente Mental em cidadão!

Retirá-lo do campo de concentração!

Se nasce ou se fica louco?...

Reformas, lutas.. mudanças... lentas... devagar...

Pra não assustar, pra não desabar!

Praxiterapias, Psiquiatria de Setor, Preventiva, antipsiquiatria!

Haldol, clorpromazina, biperideno, risperidona!

Dona: de verdades, de crenças e esperanças!

Onde está a psicologia?

Revoluciona-se a física e a matemática,

Loucura não! Psicopatologia segue problemática!

Requer morrer e nascer, reinvenção, desconstrução, desinstitucionalização!

Novas técnicas, novos nomes, nova programação!

Da liberdade e conhecimento

à igreja, aos juízes, governadores e à ciência!...

Seu lugar é aqui e lá e em todo lugar...

Mudam-se apenas o nome e fica-se o homem.

Idas, vindas, retornos, contornos, voltas, revoltas!...

Becos sumidos do conhecimento! Qual a saída?

O que é possível mudar? Como? Por onde começar?

Seria pelo aprender e o ensinar?

Como ensinar psicopatologia ou loucura?

Pelo que tem no nome a doença, ou pelo que tem no nome a cura?

Loucos modernos, moderna textura?

Novos remédios, novas abordagens, novos lugares e

tudo se repete sempre:

Convocam-se: feitores, gestores, assessores, governadores.

E também: consultores, promotores, professores, legisladores, pastores, doutores... e eleitores!...

A loucura desafia e acha graça!

Fica a essência de nosso trabalho, inefável

¹⁹ Referência a um verso da música “Maluco Beleza” de Raul Seixas.

Fluída, presente, marcante e invisível...viável?!

Psicanálise...

Quem sabe mais uma ciência!

Ir, buscar, querer compreensões

Caminhar com essa bússola. Vestes: método, entre-vistas e observações, na bagagem...

As flores, o cheiro do mato, a paisagem,

o frio da incerteza, a ansiedade,

lembranças, pedras, memorização!

tudo faz parte da viagem!

Caminhos múltiplos, detalhes, descobertas, emoção!

Psicanálise, análise da psique.

Psi...pppssiiii!...

Psi que:

faz,

age,

REALiza

nos CAMPOS DO REAL.²⁰

REALeza!...

Quis habitar tranquilamente...

mas mente tranqüila, mente.

Vive-se trancos... E barrancos!

O REAL do espelho diário.

Mostra-nos um mundo construído *ao contrário*.²¹

O mundo REAL

do des-ejo

des-figurado

des-feito

des-orientado

des-truído!...

A ROTINA rota

Evidencia o ABSURDO

²⁰ Os termos: Real, Campos do Real, Cura, Rotina, Absurdo e Possível se referem a conceitos desenvolvidos pelo psicanalista Fábio Herrmann.

²¹ Alusão à falas de Estamira, no filme com o mesmo nome. Filme documentário produzido e dirigido por Marcos Prado/2004. Europa Filmes.

surdo
 mudo
 paralisado
 aleijado
 alheio, alijado do sentido do humano,
 do sentido pelo humano!...

É um POSSÍVEL na Investiga-ção
 da Representa-ção
 através da Interpreta-ção!

....PSICANÁLISE..

análise da psique!

Psi que:

Que está onipresente para o aluno,
 pro professor, pra disciplina e pro doutor!
 E em curso... na uni-versidade!...

Modernidade!...

Saber, conhecer, o que o aluno vai aprender?

Talvez apreender o ser!...

E não ser formatado máquina pra atender!

À alma que se propõe.

A psique se impõe. É o que

nos mostram o louco artista e o artista louco:

Vidas arte!

Nise(s), Artaud(s) e Pedro(s)

Bispo(s), Van Gogh(s) e Antônio(s)

Camile(s), Nietzsche(s) e Cidas(s)!

Todos estão por aí e sempre vão existir
 ontem, hoje e no porvir!

Há produção, há vida, há criatividade

Há sentidos e emoções!

Talvez ensinar com arte, apreender
 o atender. O escrever, vindo do âmago
 dos sentimentos

sempre traz novos pensamentos!...

No corpo a corpo, ombro a ombro
 Aluno, gente, Amigo
 300²²! Que não é a ficção!
 Trezentos “*amigos de sarjeta*”²³ existencial!
 Trezentos guerreiros a enfrentar as loucuras
 do paciente, de si, da sociedade e da instituição!...
 Perder-se de si no outro. O outro em si...
 Perder-se nos papéis
 300 Guerreiros heróis!
 Desnudos dos ensinamentos
 em meio ao inusitado... do lido, desprovidos!...
*Ensino Interrogante-Interpretante*²⁴
 do contexto, no contexto, provocante!
 Ensinar com *paixão e arte*²⁵, sentir e apreender com arte:
 Loucuraprendizagem e Aprender’te são resultantes!
 O louco é humano,
 Palpável, ao alcance da mão, é um igual!
 Sempre aqui e lá. Reflexo. Quebra conceitual!
 Aprender, apreender, reconhecer a sanidade do louco.
 O certo, é delirante e sempre pouco!
 Como pode o louco ter razão?
 Separar o bem do mal, proteger, cuidar, ser cidadão!?
 Alguém em quem se pode acreditar,
 Não há só desorganização!
 É cheia de pensamentos e atos...
 É! a loucura habita minha casa! Voei tempos com minha asa:
 do pré-conceito, do medo, do desconhecimento.
 Louco pensa, ama, faz, sente!
 Louco assim como eu também é gente!

²² Alusão ao Filme “300” dirigido por Zack Snyder/2007 e estrelado por Gerad Butler e Rodrigo Santoro. Warner Bros Filmes.

²³ Expressão usada pela profa. Dra. Maria Lúcia Castilho Romera durante uma das orientações deste trabalho.

²⁴ Teorização sobre forma peculiar de dar aulas desenvolvido pela profa. Dra. Maria Lúcia Castilho Romera e apresentado no XX Congresso Latino Americano de Psicanálise. Lima (Peru) em 2006. Texto não publicado.

²⁵ Alusão a produção teórica de Maria Cecília Pereira da Silva e Sílvia Maria Cintra da Silva, citadas na bibliografia e componentes da banca de defesa desta dissertação.

A ciência vem e confunde, complica, explica,
quer resolver, curar, mudar o status da dor,
tão loucamente igual, onipotente, com certezas,
fazer alquimia da paixão pra meras tristezas!
desvendar a vida e o viver, e
separar diversidade do poder ser gente.
Gente poder!
Enfim, por aqui,
na roda da vida vivi, aprendi e descobri
Que o louco e a loucura desafia e provoca
sem hierarquias, um saber em circularidade.
Convoca, clama por união dos saberes numa verdadeira universidade!
Por que eu sou mais uma Maria
que creio, eternamente, e de verdade
em rimas e poesia!
Um candidato errado, ou quem sabe, erado
que passo a passo, num e outro descompasso,
paciência e muita insistência,
me aventuro pelos caminhos da docência!...
E pra me aninhar na loucura dessa apresentação,
e pra findar, também, com Lou-CURA,
Rimas faço. Talvez com arte,
abro espaço e expresso, em verso
minha muita, mas muita emoção!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amarante, P. (1995). *Loucos pela Vida – a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. (2a. Ed). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2000). *O homem e a Serpente – Outras histórias para a loucura e a Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz,
- Amarante, P. (2003). A (Clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: P. Amarante. *Coleção Arquivos de Saúde Mental*. (org.) (pp. 45-65). Rio de Janeiro: Nau.
- Amatuzzi, M. M. (2006). A Subjetividade e sua pesquisa. *Memorandum* (10). 93-97.
Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a10/amatuzzi3.pdf>>. Acesso em 22/09/2007.
- Amorim, S. F. de. (2003). Loucura, Política e Ética: a formação do psicólogo em questão. In: C. R. de Psicologia. *Loucura, Ética e Política: escritos militantes*. (pp. 220-229). São Paulo: Casa do Psicólogo e Conselho Federal de Psicologia.
- Araújo, F. (2005). Do amigo qualificado à política da amizade. *Estilos da Clínica*, 10 (19). São Paulo, dez:2005. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282005000200005&lng=pt&nrm=is>. Acesso em: 23/09/2007.
- Bichueti, J. (Org.) (1999). *Poemas de Vida*. Usuários do NAPS Maria Boneca/Uberaba MG. Apoio: Instituto Félix Guattari. Belo Horizonte e Fundação Gregório Barenblitt. Uberaba: Ed. Vitória.
- Ávila, M. de F., & Jaeger, R. L. (2005). Ultrapassando os muros do manicômio: arte e loucura. *Revista Episteme*, (20), 121-125.
- Barbosa, A. C. (2006). Acompanhante-acompanhado: história de dois. In: R. G. Santos. *Textos Texturas e Tessituras no Acompanhamento Terapêutico*. (pp. 27-37). São Paulo: Hucitec/Instituto A Casa.
- Barreto, K. D. (1997). Acompanhamento Terapêutico: uma clínica do cotidiano. *Revista Insight – Psicoterapia*. 7 (73), 22-24.
- Bergeret, J. et all (2006). *Psicopatologia, Teoria e Clínica*. (9ª. ed). Porto Alegre: Artmed.
- Birman, J. (1999). A psicopatologia na pós-modernidade. As alquimias do mal-estar na atualidade. *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental*. 5(2). Disponível em <<http://psicopatologia.tripod.com.br/posmoderno.htm>>. Acesso em:04/04/2004.
- Birman, J. (2003). Loucura, Singularidade, Subjetividade. In: C. R. de Psicologia. *Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes*. (pp. 13-19). São Paulo: Conselho Federal de Psicologia e Casa do Psicólogo.

- Bock, A. M. (1998). Reflexões acerca da situação do psicólogo: panorama da Psicologia frente às demandas Sociais. *Interações: Estudos e Pesquisas em Psicologia*. Editora Unimarco. 3(5), 43-49.
- Bock, A. M. (2001). Introdução e homenagem a D. Paulo Evaristo Arns. In: M. C. B. Coimbra. (Org.). Comissão Nacional de Direitos Humanos do CFP. *Psicologia e Direitos Humanos, Práticas Psicológicas: Compromissos e Comprometimentos*. (pp. 13-22). São Paulo: Casa do Psicólogo e CFP.
- Botega, N. J., & Dalgalarrodo, P. (1993). *Saúde Mental no Hospital Geral*. São Paulo: Hucitec
- Botega, N. J. (1995). *Serviços de Saúde Mental no Hospital Geral – Espaço para o Psíquico*. Campinas: Papirus.
- Bleger, J. (1980). *Temas de Psicologia – Entrevista e Grupos*. São Paulo: Livraria Martins Fontes LTDA.
- Blum, R. (2006). O encontro com o abismo e o espaço representacional. In: *Textos Texturas e Tessituras no Acompanhamento Terapêutico*. (pp.76-79). São Paulo: Hucitec Instituto A Casa.
- Branco, M. T. C. (1998). Que profissional queremos formar? *Revista de Psicologia Ciência e Profissão*. 3, 28-34.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002) *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Tema: “Cuidar sim, excluir não.” Brasília, 11-15 de Dezembro de 2002. Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/editora>>. Acesso em: 29/12/2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004) Secretaria-Executiva de Atenção à Saúde. Brasília, DF. *Legislação em Saúde Mental 1990/2004*, 5ª. ed. ampliada. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/editora>>. Acesso em: 29/12/2007.
- Câmara, F. P. (2002). História de Psiquiatria – Vida e obra de Nise da Silveira. *Psychiatry on Line Brazil. Set/2002*. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/arquivo/wal0902.htm>>. Acesso em: 21/03/08.
- Clark, L. (2008). *Biografia*. Disponível em: <<http://www.sampa.art.br/biografias/ligiac Clark/>>. Acesso em 19/02/2008.
- Conselho Nacional de Educação (2004) – Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em Psicologia. Resolução no. 8, de 7 de maio de 2004. Disponível em: <www.reedunida.org.br/diretrizes/docs/psicologia_resolucao_0804.pdf>. Acesso em: 02/12/2006.
- Costa, J. F. (1981). *História da Psiquiatria no Brasil, um corte ideológico*. (3ª. Ed) Rio de Janeiro: Campus Ltda,

- Corrêa, M. C. Q. (2001). Arthur Bispo do Rosário – Biografia Clínica. *Casos Clínicos em Psiquiatria*. Ed. Coopmed. 3 (1 e 2), 16-25.
- Cheniaux, E. (2005). *Manual de Psicopatologia*. (2ª. ed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Dalgalarrodo, P. (2007). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Delgado, P. G. G. et al. (2007). Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil – Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. In: M. F. Mello, A. A F. Mello, & R. Kohn (Org). *Epidemiologia da Saúde Mental do Brasil*. (p.39-84). Porto Alegre: Artmed.
- Desidério, E. (2003). *Elogio da Loucura*. Porto Alegre: Ed. L & PM Pocket.
- Dupla Ação Marketing Cultural (Div. D. A. & Associados) Org. (2000). *Arte de Viver II Poesias e Pinturas*. Concurso entre Usuários de Serviços de Saúde Mental. Patrocinado pelo laboratório Janssem-cilag. Lei de Incentivo a Cultura. Ministério da Cultura, Lei no. 8313/91. 1ª. Ed.
- Dupla Ação Marketing Cultural (Div. D. A. & Associados) Org. (2001). *Arte de Viver III Poesias e Pinturas*. Concurso entre Usuários de Serviços de Saúde Mental Patrocinado pelo laboratório Janssem-cilag. Lei de Incentivo a Cultura. Ministério da Cultura, Lei no. 8313/91. 1ª. Ed.
- Ferraz, M. H. C. de T. (1988). *ArteLoucura – limites do imprevisível*. São Paulo: Lemos.
- Ferreira, A. B. de H. (1986). *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira.
- Ferreira, J., & Spink, M. J. (2006). A Atuação como Profissional de Saúde. *Diálogos, Psicologia: Ciência e Profissão*. 3 (4), 46-48.
- Filho, J. da S. (2001). Ética e ensino em saúde mental. In: A. C. Figueiredo, & J. F. da S. Filho (Org). *Ética e Saúde Mental*, (2a. ed.), (pp. 123-126). Rio de Janeiro: Ed. Topbooks.
- Foucault, M. (1994). *Doença Mental e Psicologia*. (5ª. Ed.). Rio de Janeiro.: Ed. Tempo Brasileiro. Biblioteca Tempo Universitário.
- Foucault, M. (1996). *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola.
- Foucault, M. (2005) *História da Loucura*. (8ª. Ed.). São Paulo. Ed. Perspectiva.
- Fleury, S. (2006). A Psicologia deve ir muito além do consultório. *Diálogos, Psicologia: Ciência e Profissão*. 3 (4), 06-09.
- Fuks. M. P. (2004). Considerações teóricas sobre a psicopatologia contemporânea. *Revista Estados Gerais da Psicanálise de São Paulo*. Disponível em:

- <<http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/3170/MarioFuks2.htm>>. Acesso em: 04/04/2004.
- Frayze-Pereira, J. A (1985). *O que é Loucura*. SP, Ed. Brasiliense, Abril Cultural . Coleção Primeiros Passos.
- Frayze-Pereira, J. A. (2004). O Paciente como obra de arte: uma questão teórico:clínica. In: Org: F. Herrmann e T. Lowenkron. *Pesquisando com o Método Psicanalítico*. (pp. 33-41). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Freud, S. (1919). O Estranho: Uma neurose Infantil e outros trabalhos. *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol XVII). Rio de Janeiro: Ed. Imago.
- Freud, S. (1923). Dois Verbetes de Enciclopédia. *Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol 18). Rio de Janeiro: Imago.
- González Rey, F. L. (2005). *Pesquisa Qualitativa em Psicologia – Caminhos e desafios*. Ed. Thomson. São Paulo.
- Herrmann, F. (1991). *O método da Psicanálise*. Livro I- Andaimos do Real. São Paulo. Ed.Brasiliense.
- Herrmann, F. (1993). Uma Aventura: A tese Psicanalítica. In: M. E. L. Silva. *Investigação e Psicanálise*. (pp. 133-158). Campinas-SP: Papirus.
- Herrmann, F. (1994). Mal-estar na cultura e a Psicanálise no fim de século. In: (Org) L.C. Filho Junqueira. *Perturbador mundo novo*. (pp. 303-350). São Paulo: Escuta
- Herrmann, F. (1997). *Clínica Psicanalítica – A arte da Interpretação*. São Paulo: Brasiliense.
- Herrmann, F. (1999). *O que é Psicanálise*. (13^a. Ed.). São Paulo: Psique.
- Instituto ACASA (1999). *Acompanhamento Terapêutico*. Disponível em: <http://WWW.acasa.com.br> . Acesso em: 22/03/ 99.
- Knijnik, L. (2007). O descompasso da Assistência em Saúde Mental. *Psiquiatria hoje – Jornal da Associação Brasileira de Psiquiatria*. XXIX (5), 37-38.
- Kusnetzoff, J. C. (1982). *Introdução à Psicopatologia Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Lancetti, A. et al. (1986). *Saúde Mental e Cidadania*. (2^a. ed). São Paulo: Ed. Mandacaru.
- Lancetti, A. et al. (2003). Saúde mental e saúde da Família. *Coleção Saudeloucura*. Vol.7, 2^a. ed. São Paulo: Hucitec.
- Lobosque, A. M. (2003). Loucura, Ética e Política: Algumas questões de ordem da Luta Antimanicomial. In: C. R. de Psicologia. *Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes*. (pp. 20-30). São Paulo: Conselho Federal de Psicologia e Casa do Psicólogo.

- Mari, J. J., & Leitão, R. J. (2000). A Epidemiologia da Esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 22, 15-17.
- Manhart, K. (2006). Nada como um bom amigo. *Viver Mente&Cérebro*. XIV (159), 80-84.
- Mello, M. F. Mello, A. A F., & Kohn, R. Org. (2007). *Epidemiologia da Saúde Mental do Brasil*. Porto Alegre: Artmed.
- Minas Gerais (2006) Atenção em Saúde Mental – Saúde em Casa. *Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais*. Belo Horizonte. 1ª. Ed.
Endereço eletrônico: www.saude.mg.gov.br
- Merhy, E. E. (2006). As Novas Aplicações do Conhecimento Profissional. *Diálogos, Psicologia: Ciência e Profissão*. 3 (4), 17.
- Metzger, C. (2006), Um olhar sobre a transferência no acompanhamento terapêutico. In: R. G. Santos. *Textos Texturas e Tessituras no Acompanhamento Terapêutico*. (pp. 173-189). São Paulo: Ed. Hucitec Instituto A Casa.
- Nascimento, M. J. C, Bomtempo, J. S., Romera, M. L. C., & Rodrigues, P. (2006). Mesa Redonda: “*Oficinas Terapêuticas e a loucura: um itinerário a ser descoberto.*” II Congresso Brasileiro de Psicologia Ciência e Profissão. São Paulo.
- Nogueira, L., (2008). Artaud e a reinvenção do teatro europeu. *Revista de Cultura Agulha*. Fortaleza-São Paulo. Disponível em:
<<http://www.revista.agulha.nom.br/ag52artaud.htm>>. Acesso em: 02/03/08.
- Ornelas, C. O. (2007). Uma mão lava a outra. *Psique-Ciência & Vida*. Ed. especial. II (06), 72-74.
- Pardo, M. B. L, Mangieri, R. H. C., & Nucci, M. S. A. (1998). Construção de um Modelo para Análise da Formação Profissional do Psicólogo. *Revista de Psicologia Ciência e Profissão*. 3, 14-21.
- Passetti, E. (2002). *Nise da Silveira, uma vida como obra de arte*. Palestra proferida no Festival Internacional de Teatro de São José do Rio Preto, SP, Julho de 2002.
Disponível em: <<http://www.museudoinconsciente.org.br/pfdfs/pessetti/pdf>>. Acesso em: 28/02/2008.
- Piccinini, W. J., (2008). História da Psiquiatria. Gustavo Kohler Riedel (1887-1934). *Psychiatry on line Brazil*. 13. Disponível em:
<<http://www.polbr.med.br/ano08/wal0208.php>>. Acesso em 13/05/2008.
- Pinheiro, O., Seidl, E. & Spinelli, R. (2006). Formação Defasada. *Diálogos, Psicologia: Ciência e Profissão*. 3 (4), 14-16.
- Prado Filho, K., & Martins, S. (2007). A subjetividade como objeto da(s) Psicologia(s). *Psicologia & Sociedade*; 19 (3), 14-19.

- Prazeres, P. S. dos, & Miranda, P. S. C. (2005). Serviço Substitutivo e Hospital Psiquiátrico: Convivência e Luta. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 25 (2). Disponível em: <<http://www.scielo.bvs.psi.org.br/scielo.php>>. Acesso em: 10/10/07.
- Prudente, R. C. A. C., & Ribeiro, M. A. C. (2005). Psicanálise e Ciência. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 25(1), 58-69.
- Quagliatto, H. de S. M., (2002). *Análise do Processo de Supervisão Clínica na Formação de Psicólogos*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Unit – Centro Universitário do Triângulo - Uberlândia, MG.
- Rebello, L. (2006). Ampliação de sentidos: um paralelo entre a Psicologia Hospitalar e o Acompanhamento Terapêutico. In: R. G. Santos. *Textos Texturas e Tessituras no Acompanhamento Terapêutico*. (pp. 143-155). São Paulo: Ed.Hucitec. Instituto A Casa.
- Resende, H. (1990). Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: Org. S. A. Tundis, & N. R. Costa. *Cidadania e Loucura – Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Coleção Saúde e Realidade Brasileira. (pp. 15-74). Petrópolis, RJ: Ed. Vozes.
- Romera, M. L. C. (2004). Método Psicanalítico: o verso e o reverso da ocupação de um lugar. In: F. Herrmann. *Pesquisando com o Método Psicanalítico*. (pp.255-268). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Romera, M. L. C. (2006). *O Ensino Interpretante da Psicanálise: um im-possível em questão*. XX Congresso Latino Americano de Psicanálise, Lima (Peru) – Texto não publicado.
- Santos, B. S. (2004). *Um discurso sobre as ciências*. São Paulo: Ed. Cortez.
- Santos, R. G. (2006). Ventos Transferenciais no Acompanhamento Terapêutico. In: R. G. Santos. *Textos Texturas e Tessituras no Acompanhamento Terapêutico*. (pp. 43-67). São Paulo: Ed. Hucitec Instituto A Casa.
- Sommerman, A. (2006). *Inter ou Transdisciplinaridade?* Coleção Questões Fundamentais. São Paulo: Paulus ed.
- Silva, M. C. P. (1994). *A Paixão de Formar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Silva, S. M. C. (2005). *Psicologia Escolar e Arte. Uma Proposta para a formação e atuação profissional*. Campinas: Ed. Alínea e Edufu.
- Silva, A. S. T. (2005). *A emergência do Acompanhamento Terapêutico: O processo de constituição de uma clínica*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional). UFRGS - Instituto de Psicologia. Departamento de Psicologia Social e Institucional – Porto Alegre.
- Silva, P. R. da M. (2006). *Para Além da psicopatologia dos códigos: uma perspectiva política e clínica no ensino*. Disponível em: <<http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais.2006/4.71.3.1.htm>>. Acesso em: 24/02/2008.

- Silveira, R. W. M. da (2006). *Amizade e Psicoterapia*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). PUC-SP. - Instituto de Psicologia. São Paulo. Disponível em: <http://www.sapientia.pucsp.br//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3176>. Acesso em 13/08/2007.
- Theophilo, R. (2008). *Ulisses Pernambucano de Melo Sobrinho - um dos pioneiros da psicologia brasileira. Análise de fatos de sua vida*. Disponível em: <<http://www.psicologia.org.br/internacional/artigo5.htm>>. Acesso em: 24/02/2008.
- Vechi, L. G. (2003). *Marcas da Iatrogenia no Discurso de Profissionais em Hospital-Dia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, Marco Ed e Publicação Ltda.
- Venturini, E. (2003). A qualidade do gesto louco na época da apropriação e da globalização. In: P. Amarante (org) *Archivos de Saúde Mental*. (pp. 157-184). Rio de Janeiro: Nau.
- Verztman, J. S. (2001). Será Possível transformar a prática do ensino prático? In: org: A. C. Figueiredo, & J. F. da Silva Filho. *Ética e Saúde Mental*. (pp. 115-122). Rio de Janeiro. Ed. Topbooks.
- Vicentin, M. C. G. (2006) Da formação-verdade à formação-pensamento: o que a clínica do AT nos ensina sobre formação. In: R. G. Santos. *Texto Texturas e Tessituras no Acompanhamento Terapêutico*. (pp. 109-141). São Paulo: Ed. Hucitec Instituto A Casa.

Anexo A

CARTA ABERTA AOS PROFESSORES E ALUNOS DA DISCIPLINA
PSICOPATOLOGIA

Senhores professores

Senhores alunos

Supondo que o móvel daqueles que ensinam e dos que querem aprender, no ambiente de uma universidade, esteja calcado numa relação sincera e ética para com este objetivo, entendemos adequado e oportuno dirigirmos a vocês as nossas interpelações sobre as práticas adotadas no ensino dessa disciplina de psicopatologia, que tem como modalidade a apresentação do enfermo, ou a chamada entrevista psicopatológica, a qual pressupõe a utilização dos pacientes selecionados entre internos em hospitais psiquiátricos, que são submetidos ao escrutínio do professor, diante de um grupo de aprendizes, para o assinalamento dos sintomas e dos quadros psicopatológicos.

Não faz mal lembrar a todos que hoje se encontra sobejamente documentada e disponível uma vigorosa produção bibliográfica de natureza histórica, profundamente reveladora das opressivas condições sociais possibilitadoras da produção dos saberes e práticas médico-psicológicas acerca da loucura. De tal produção fica patente, sem pretender julgar moralmente o passado, que estes saberes e práticas, ainda que produzidos por motivações supostamente humanitárias, foram constituídos num regime de poder e opressão, segregador e silenciador da loucura, com forte compromisso com a ordem social, em detrimento ao respeito aos direitos e à dignidade dos supostos beneficiários do seu desenvolvimento. Marcada pelo signo da violência, que converteu uma parcela da humanidade em meros objetos de interesse científico, desqualificando sistematicamente todas as palavras e atos deste grupo, a produção do discurso psicopatológico como a verdade positiva sobre a sua experiência é tributária das condições

institucionais do seu encarceramento manicomial, sempre justificado como necessário á boa ordem social e ao bom desenvolvimento da ciência.

Cumpre assinalar que a condenável prática de apresentação do enfermo está a priori baseada numa relação desrespeitosa com a dignidade dos sujeitos. Nesta circunstância, estes estão expostos à mera curiosidade acadêmica, numa desigual e assimétrica relação de poder social, sem considerar os seus direitos à intimidade e à privacidade, servindo a interesses que não lhe beneficiam pessoalmente de qualquer modo, já que tais apresentações não se inserem em nenhuma de suas necessidades terapêuticas.

A formação que tem sido possibilitada por meio deste tipo de prática, além de questionável desde o ponto de vista ético e igualmente pedagógico – por insuficiente e infrutífera para a aprendizagem dos estudantes - encontra-se na contra-mão da política oficial da saúde mental do país, não respondendo às exigências da formação de recursos humanos adequados às necessidades da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

E, nesse contexto, o que é mais grave: a sua manutenção atenta frontalmente contra vários dispositivos legais, tais como o artigo 5º. Incisos III e X da Constituição Federal, Artigo 2º. , incisos II,III e VIII, e o artigo 11º. Da Lei Federal 10216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais, além de agredir também a vários aspectos do que está disposto nos princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental, da Organização das Nações Unidas – ONU, de 1991, e a vários dos princípios consignados na Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental, de dezembro de 1993, além de contrariar também os aspectos previstos nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos estabelecidas pela Portaria no. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

A utilização do espaço dos anacrônicos hospitais psiquiátricos como campo de prática para a formação de profissionais de Saúde Mental não mais se justifica. Frutos do empenho de

vários setores da sociedade brasileira, já existem hoje no Brasil mais de 600 unidades públicas oficiais que oferecem atendimento psicossocial aos portadores de transtorno mental. Estes estabelecimentos, que têm como pilar fundamental o dever de promover a cidadania dos seus usuários, a ampliação de sua autonomia e o compromisso de contribuir decisivamente para a inserção social, colocam-se como o espaço privilegiado para as práticas docentes assistenciais.

Nestes serviços substitutivos, CAPS(Centros de Atenção Psicossocial), Hospitais-dia, Moradias-protegidas, Centros de Convivência, são amplas as possibilidades de práticas de ensino e produção de conhecimento sobre as dinâmicas subjetivas dos sujeitos ali atendidos, inclusive acerca dos aspectos vinculados às suas expressões sintomáticas. Entretanto, o acesso a tais expressões fica condicionado a que as estas não sejam tomadas como meras expressões bizarras do funcionamento psíquico do usuário, mas sim como uma ponte para a produção dos sentidos e significados organizadores de sua experiência vivida.

Nestes ambientes, certamente não serão tolerados os modos ligeiros dos contactos superficiais, utilitários e descompromissados com os sujeitos, tal como se caracteriza a prática de “apresentação do enfermo” que ocorre nos manicômios atualmente. Em compensação, os vínculos estabelecidos pelos professores e estudantes, com os serviços e suas clientela, excederão em muito na qualidade, no entendimento e na compreensão da dinâmica da experiência destes sujeitos em seus variados modos de expressão.

Aos estudantes, conclamamos que se rebelem contra o comodismo conservador dos mestres que insistem nesta tradição decadente e oferecem apenas uma versão caricata, institucionalmente deformada, das experiências do sofrimento humano de pessoas assim reduzidas à condição de meras cobaias para uma aprendizagem acadêmica. Rebelem-se! Não aceitem que, por injunções burocráticas, o ensino de psicopatologia possa estar descolado das demais aprendizagens fundamentais que possibilitam a convivência e o manejo adequado das

relações terapêuticas em benefício dos sujeitos atendidos. Não aceitem o afrouxamento da Ética em prol do pragmatismo burocrático daqueles que têm a responsabilidade de organizar as condições dignas do ensino-aprendizagem. Estimamos que vocês, na condição de profissionais futuros, mobilizem-se e reivindiquem das suas Faculdades e dos seus professores o urgente estabelecimento das condições adequadas para a qualidade de um verdadeiro processo de formação.

Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios/Bahia

Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial

Associação Brasileira de Ensino de Psicologia

Conselho Federal de Psicologia. (texto disponível para download no WWW.pol.org.br)

Anexo B

PROJETO ALUNO AMIGO

Este projeto nasceu para oficializar a presença de alunos da Psicologia em visitas regulares que estes vem fazendo a pacientes internos na enfermaria de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. À partir do momento da chegada das psicólogas específicas dessa enfermaria, isto é, em maio de 2004, estas foram contatadas, através da professora da disciplina PSICOPATOLOGIA GERAL II, para que a parte prática desta fosse junto aos pacientes internos e de uma forma mais intensa, pois anteriormente, o contato do aluno com o paciente estava restrito à contribuição da Terapeuta Ocupacional, que durante os dois últimos semestres acolhiam os alunos da psicologia para acompanharem seu trabalho. Foi acordado entre a psicóloga Maria José de Castro Nascimento e a Professora Dra. Maria Lúcia Castilho Romera que os alunos do 6º. período viriam diariamente à enfermaria, e assim tem acontecido no período letivo de segundo semestre/2004. Assim que vieram os primeiros alunos amigos, os pacientes se vincularam a eles, guardavam seus nomes, perguntavam por eles, queriam saber que hora viriam e esperavam suas voltas no dia seguinte com certo apreço. Aceitaram, na maioria, esses amigos que os visitavam. Esse trabalho não se configura como estágio curricular e nem extra curricular embora o aluno esteja submetido às normas éticas de estágio estabelecidas pelo Divisão de Psicologia da Saúde do HCU/UFU.

OBJETIVOS

- ❖ Proporcionar ao aluno de 6º período, que cursam a disciplina PSICOPATOLOGIA GERAL II, uma vivência mais intensa e mais prolongada com o paciente em crise para que possam ser identificadas, na prática, diversos sintomas de doenças mentais.
- ❖ Estabelecer um intercâmbio entre FAPSI- Faculdade de Psicologia/UFU com o SPPM, seja na docência, pesquisa e ou estudos.

- ❖ Estimular a produção científica na área de psicopatologia, saúde mental e doença mental.
- ❖ Proporcionar ao paciente internado, e com a autorização dele, momentos de conversas descontraídas com o seu aluno amigo, algo que torna a internação mais tranqüila e com possibilidades de melhores vínculos com a instituição, bem como o auxilia na compreensão e tratamento de sua doença .
- ❖ Abrir espaço para a presença do futuro estagiário de psicologia, aluno da UFU.
- ❖ Contribuir para a mudança de filosofia de tratamento de internação do paciente psiquiátrico no SPPM-HCU/UFU.

JUSTIFICATIVA

É imprescindível para a formação do profissional de psicologia, uma certa vivência prática com o paciente psicótico e ou neurótico grave. Essa vivência numa enfermaria de psiquiatria é muito rica e uma oportunidade para os primeiros contatos com as sintomatologias características das doenças mentais. Com a chegada das psicólogas específicas para o setor e com a função de estarem ligadas ao ensino, estas estarão mais próximas aos alunos de psicologia, bem como de outros alunos da UFU. Assim se justifica esse projeto.

PROCEDIMENTO

Os alunos, previamente, serão informados dos procedimentos e normas éticas do funcionamento da enfermaria. Cada aluno do 6º. período acompanhará um paciente internado desde sua internação até a alta. O aluno deverá estar diariamente com esse paciente, dialogando o quanto possível e observando a sua evolução clínica. Cinco alunos, no máximo, por vez, estarão visitando seus respectivos pacientes na enfermaria. Na medida que os pacientes forem tendo alta hospitalar, outros alunos virão acompanhar

outros pacientes até que todos tenham acompanhado pelo menos um paciente. Os horários dessas visitas terão pré agendamento com a psicóloga e somente acontecerão junto a essa profissional e ou junto a Terapeuta Ocupacional que também se dispôs a estar com esses alunos nos seus horários de Oficinas Terapêuticas, como já vinha fazendo em semestres anteriores. Haverá discussões do caso com as psicólogas da enfermaria onde serão esclarecidas questões e ou procedimentos do estar junto ao paciente. Participará, também, das discussões em sala de aula junto com todos os alunos e a professora responsável pela disciplina. Os alunos farão entrevistas com os familiares presentes nos horários de visita, terão acesso a pesquisas no prontuário, e participarão das atividades junto com os pacientes quando coincidirem os horários de visitas com os de atividades diárias dos internos. Participarão também, de atividades didáticas desenvolvidas para os residentes de medicina. Os dados colhidos e relatos das observações, após supervisionados, serão posteriormente arquivados nos prontuários dos respectivos pacientes.

Haverá incentivo à produção científica à partir dessas visitas e estas serão apresentadas nas reuniões de equipe do SPPM. Para finalizar o semestre, será programado uma atividade coletiva envolvendo todos os alunos amigos visitantes e pacientes da enfermaria.

CONSIDERAÇÕES

O projeto tem início nesse segundo semestre de 2004, na enfermaria, sob a responsabilidade da psicóloga Maria José uma vez que a outra psicóloga está de licença maternidade. Após o final do período letivo, terá uma avaliação junto a Diretoria Clínica do SPPM, Divisão de Psicologia da Saúde, professora Maria Lúcia e alunos do 6º. período, com o objetivo de melhoria e adaptações necessárias para as próximas turmas.

Maria José de Castro Nascimento.

Outubro/2004

ANEXO C

RELAÇÃO DE TRABALHOS CIENTÍFICOS PRODUZIDOS

Resumos publicados em Congressos:

- 1- ROMERA, M.L.C., ALVES, Cíntia, Pereira. LOPES, Janaína Aparecida Silva. SILVA, Elisa Rodrigues da., MELO, Rafaella Cristina da Silva., WERNER, Ana Beatriz., NASCIMENTO, Maria José de Castro. Psicologia e Psiquiatria: Oficinas Terapêuticas temáticas em ambiente externo à enfermaria – integração, desafios e possibilidades. In. XXXV Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, 2005. Curitiba/PR. Anais da XXXV Reunião da Sociedade Brasileira de Psicologia, 2005, v. 1.
- 2- ROMERA, M. L. C., FIGUEIRA, Amanda de Gouveia. WERNER, Ana Beatriz, BENETON, Fernanda Monteiro., MENDES, Gisele de Andrade., SANTOS, Keila Marine Pedrosa dos. Projeto Aluno Amigo- Relatos de experiência na enfermaria de Psiquiatria no Hospital de Clínicas. In: II Congresso Interamericano da Psicologia da Saúde- Territórios e percursos do psicólogo hospitalar, 2005.
- 3- ROMERA, M.L.C., ALVARENGA, Cérise; LEITE, Marcela Maria Borges; RODRIGUES, Priscila Almeida; CÂNDIDO, Aline de Paula. Apresentação de vídeo Oficina Em-Canto. In: ICongresso Latino Americano de Psicologia, 2005. Anais I Congresso Latino-Americano de Psicologia, 2005.
- 4- ROMERA, M.L.C., NASCIMENTO, M.J.C; OLIVEIRA, Edna Alves de. Projeto Aluno Amigo. In: III Congresso Interamericano de Psicologia da Saúde – Territórios e Percursos do Psicólogo Hospitalar, 2005. Anais do III Congresso Interamericano de Psicologia da Saúde: território e percursos do psicólogo Hospitalar. 2005.

Apresentação de trabalho:

- 5- ROMERA, M.L.C; NASCIMENTO, M.J.C.; LIMA, A.C.R.; SENE, A. S.; FONSECA, C.C.: Institucionalização e loucura: uma vivência em enfermaria psiquiátrica. 2007.
- 6- ROMERA, M.L.C; NASCIMENTO, M.J.C; RODRIGUES, Priscila Almeida: Oficinas Terapêuticas e a Loucura: um Itinerário a ser descoberto. 2006 – mesa redonda.
- 7- ROMERA, M.L.C; SILVA, V. R; PEREIRA, H.E.N; ARAÚJO, F. A. de; CAPUCHO, P.H. F. do V. : Concepções sobre a loucura para os profissionais da saúde mental que atuam na enfermaria de psiquiatria; um estudo exploratório, 2006.
- 8- ROMERA, M.L.C; NASCIMENTO, M.J.C. e outros. Oficinas Terapêuticas Temáticas: uma forma diferente de aprender, Pré Congresso Internacional de Acompanhamento Terapêutico e III Encontro de Acompanhantes Terapêuticos de Uberlândia e Região. 2006.
- 9- ROMERA, M. L. C;.NASCIMENTO, M.J.C e outros. Acompanhando pacientes no seu percurso de internação: reflexões. Pré Congresso Internacional de Acompanhamento Terapêutico e III Encontro de Acompanhantes Terapêuticos de Uberlândia e Região. 2006.
- 10-ROMERA, M.L.C.; Projeto Aluno Amigo. 2006.
- 11-ROMERA, M. L. C; De volta para casa: acompanhando a família de uma paciente da enfermaria de psiquiatria. 2006.
- 12-ROMERA, M.L.C.; OLIVEIRA, E. A.; NASCIMENTO, M.J.C.; Projeto Aluno Amigo. 2005.
- 13-ROMERA, M. L. C.; SILVA, G. M.; SANTOS, T. R. C.; MELO, R. C. da S.; COSTA, V. M.; SOUZA, V. C. da; BERTULUCCI, L. M; CASTRO, G.B. de. Função do psicólogo no hospita. 2005.

- 14-ROMERA, M.L.C.; ALVES, C. P.; LOPES, J.A.S.; SILVA, E.R.; MELO, R.C. da S.; WERNER, A. B.; NASCIMENTO, M.J.C. Psicologia e Psiquiatria: oficinas temáticas em ambiente externo à enfermaria – integração, desafios e possibilidades. 2005.
- 15-ROMERA, M.L.C.; Oficinas Terapêuticas: uma forma de intervenção junto aos pacientes da enfermaria de psiquiatria do HC de Uberlândia. 2005.
- 16-NASCIMENTO, M.J.C. e outros: Oficinas Terapêuticas temáticas: um espaço de aprendizagem interventivo – investigativo por conexões. I Congresso do Hospital de Clinicas de Uberlândia. 2006.
- 17-NASCIMENTO, M.J.C; e outros. A desconstrução e reconstrução do conceito de loucura por alunos do curso de psicologia através da prática de Acompanhamento terapêutico: vivência e aprendizado em enfermaria psiquiátrica. II Congresso Brasileiro de Psicologia: Ciência e Profissão. SP.2006.
- 18-NASCIMENTO, M.J.C. e outros. Projeto Aluno Amigo. Pré Congresso Internacional de Acompanhamento Terapêutico e III Encontro de Acompanhantes Terapêuticos de Uberlândia e Região. 2006.
- 19-NASCIMENTO, M.J.C. e outros. Projeto Aluno Amigo: Compreender a loucura se aproximando dela. XIII Reunião Anual da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineira. 2007.

Palestra:

NASCIMENTO, M.J.C.; O Trabalho do psicólogo na enfermaria de psiquiatria da UFU e o Projeto Aluno Amigo. 2005.

Ainda não públicos:

1. CURY, Daniel Gonçalves; RIBEIRO, Cristiana Mara; ROMERA, M.L.C; NASCIMENTO, M.J.C. Amizade, subjetividade e humanização na aprendizagem de psicopatologia. Sob avaliação para evento da ABRAPSO. 2008

2. Acompanhamento de Paciente psiquiátrico: visitando lugares onde a loucura tem algo a dizer. Sob avaliação para evento da ABRAPSO. 2008
3. Pesquisa teórica:

CARDOSO, C. de R. D.; OLIVEIRA, F.M; PACHECO, A. C. F.; ROMERA, M.L.C;

NASCIMENTO, M.J.C. Oficinas Terapêuticas: apreendendo a loucura da vida cotidiana. Sob avaliação para apresentação em evento da ABRAPSO. 2008.

Dissertação de mestrado:

NASCIMENTO, Maria José de Castro.

Projeto Aluno Amigo: psicopatologia, loucura e a formação do psicólogo. 2008.

ANEXO E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “(CON)VIVENDO E APRE(E)NDENDO: O PROCESSO ENSINO APRENDIZAGEM EM PSICOPATOLOGIA NO CURSO DE PSICOLOGIA” sob a responsabilidade das pesquisadoras Maria Lúcia Castilho Romera e Maria José de Castro Nascimento.

Nesta pesquisa nós estamos buscando compreender como o processo ensino/aprendizagem de psicopatologia, através do contato com a loucura, interfere no desenvolvimento emocional e vida profissional do aluno de psicologia.

Na sua participação, você responderá questões acerca da vivência de sua prática da Disciplina Psicopatologia Geral II na Enfermaria de Psiquiatria. No seu Relatório Final da disciplina constam dados de interesse para essa pesquisa e também será pesquisado.

A entrevista será gravada em áudio e após transcrição das falas elas serão desgravadas. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim, a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum ônus ou ganho financeiro por participar nessa pesquisa.

Não haverá nenhum risco à sua integridade psíquica ou física e você estará contribuindo para o aprimoramento no processo ensino aprendizagem de psicopatologia.

Você é livre para parar de participar a qualquer momento sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com:

Maria Lúcia Castilho Romera fone: 034 32367985 ou 034 32182235

Maria José de Castro Nascimento fone: 034 32182420 ou 034 91720572

Este projeto foi submetido e aprovado pelo CEP-Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia sito à Av João Naves de Ávila 2121 Bl J, Campus Santa Mônica - fone 034 32394531

Uberlândia, 28 de fevereiro de 2007

participante da pesquisa

CPF-----

RG -----

ANEXO F

Primeira entrevista

É pro seu mestrado? é...Há que legal... eu to ...eu tinha um punhado de idéia... pensei que era para o doutorado... a respeito do projeto.. aí acabou que eu cabei caindo na ...no ensino de psicopatologia, pq me chamou muito atenção esse medo que os alunos tem ... sabe? a questão do preconceito, do místico, pq tem muito essa questão do místico, do medo que os alunos tem, a questão do preconceito, do místico, pq tem muita mística em volta da doença mental, eu percebi que isso quebrava muito quando eles começavam a freqüentar a enfermaria... então,... no começo eu fiquei mesmo assim super ansiosa assim... mesmo, a gente pensa assim, meu Deus o que vai acontecer? em ensino de psicopatologia I era assim:... eu não posso mexer, não posso olhar pros lados e nem nada pq vai... sabe? A turma hoje estava lá... é... mas assim vc fica com medo mesmo! ... tava até falando hoje дума que foi pegar no meu cabelo... aí todo mundo veio vindo...e todo mundo olhava e eu falava: gente o q q foi?! Quando vê... ela falou: nossa o seu... o seu cabelo é tão bonito!..sabe?! mas é que é tanta história! que na verdade de... quando vc começa a participar assim... parece que quando a gente foi fazer o projeto aluno amigo... parece que perdeu assim... não fazia mais sentido a gente ter medo deles!... então esse medo, é engraçado essa coisa do... místico mesmo pois é! como eu estava te falando ontem, tá me interessando nesse projeto, essa forma de ensino de psicopatologia essa forma mais prática... coisas que não estão no relatório assim... que repercussão que teve para a sua vida? como q vc relaciona o aprendizado com alguma coisa da sua vida assim... sabe, o que que não valia para nota que esta relacionado com a prática?... eu acho q assim... o projeto, pra mim foi muito rico assim... foi a primeira vez que a gente entrava em contato assim com possíveis pacientes que a gente poderia atender ou não... muito rico assim... foi muito rico pra mim... tipo assim... eu vou poder trabalhar com isso?! será que eu vou dar

conta um dia, se eu for chamada? hoje eu sei que eu daria conta de viver lá dentro... assim... de estar freqüentando lá dentro... assim,, o que mais.. e foi muito... pq assim... eu com o I, ficou uma relação muito gostosa! então aprendi assim... a olhar com outros olhos, assim... pra ele, era uma outra visão, não era o I louco, era o I meu amigo sabe? E... tanto, que assim... quando a gente vai para lá todos eles respeitam muito a gente todos estão sempre abertos pra gente conversar, quer sempre estar conversando, e eu vim pensando agora pra mim falar com vc que eu falava assim: gente, eu vou lá ficar quinze minutinhos , igual hoje, vou ficar 15 minutinhos, pegava o intervalo de aula... e não ficava menos de 40 min lá, sabe? acho que era isso assim.. muito rico pra gente!... mas por ele ou por vc que vc ficava mais tempo? Eu acho que eu ficava por ele pq me dava vontade de ficar por mais... que eu falava hoje eu vou ficar só um pouquinho... não dava pra ficar! não dava conta de ir embora! sabe ficava conversando ficava lá junto não dava conta... aí vc conversava com outros tb? Conversava... e era engraçado que assim, o próprio I queria me proteger dos outros pacientes! ...isso é muito comum... os outros chegavam ele falava: não! sai daqui! ele via que assim... que tava me perturbando e ele falava: não! sai daqui!... era aquela que ficava muito agitava, ficava falando, eu não entendia nada! acho que ele percebia que eu ficava assim aí, meu Deus! o que que eu faço? Aí ele mesmo falava assim, não! chega pra lá!...rs... sabe é muito engraçado! mas assim ele conversava, eu conseguia entender mas ela não, meu Deus o que ela ta falando?! eu não entendia uma palavra! aí ela mudava de assunto!.. meu Deus do céu!! E ele sai! Sai! Sai! ele punha ela pra correr! .. esse lance de proteger todos eles fazem isso quando vincula né?! protege mesmo! nossa! protege a gente, o pessoal da enfermagem! ...é engraçado pq as vezes ele estourava com a enfermagem e aí voltava e me pedia desculpa... mas não é isso!era uma coisa tão de respeito! tão assim! que era muito engraçado! e assim... da gente tb... assim com eles!... um dia que eu cheguei lá, ele tava muito ruim, eu queria colocar ele no colo: Não! espera aí! não! I vamos melhorar! sabe... era muito gostoso! eu

adorei , adorei bastante! foi bom pra mim... pra mim saber como é que é lá... pra mim perder esse medo assim.... vc o que vc acha desse aprendizado?... !...eu acredito que foi... foi do tipo assim... olhar com outros olhos ter outra visão da dm pq a gente pensa que... é pessoas que não deveriam estar no meio da gente... assim e tem pessoas lá dentro que tem possibilidade e estar totalmente... de estar no meio da gente!... tanto que o I assim... eu falava: nossa! pq q ele esta aqui?! Nossa!?... precisa ver ele agora fora da crise o tanto que ele está bem!... então?! Nossa! e eu ficava assim como que pode?! e é engraçado que assim... coisa que eu lembrei aqui agora, como q eles falam coisa pra gente que a gente não quer acreditar né?! ele falava pra mim que ele tinha ido pra Londres e eu falava: deve estar delirando, deve estar alucinando, que não sei o q, e quando eu encontrei com a esposa dele ela me falou que ele foi mesmo! que ele foi, só que quando ele chegou lá não conseguiu! teve que voltar... eu ficava assim, acho que ele está... vc fica meio assim... eu acredito ou não acredito? A gente confunde as vezes e perde a oportunidade de conhecer mais assim... por conta disso... mas foi muito legal quando conheci! teve algum fato assim fora do âmbito da faculdade fato assim que vc acha que aconteceu que vc acha que esteve relacionado com a prática?... então, pq parece que assim quando... a gente tava indo lá... parece que eu chegava em casa e já tinha que falar: hoje o I estava ótimo! comentava com minha mãe, eu não contava assim o que que conversava assim com ele,,, eu chegava e falava hoje ele tava ótimo! ela dizia então ele tava bom? q bom! q não sei o q e minha mãe falava assim: vc não tem medo?! eu falava q...não!...eu to indo lá pra descobrir, né?!... e assim foi interessante pq o pessoal da minha casa pegou um carinho muito grande pelo I tb!... pq todo mundo passou a conhecer!... aí eu peguei o livro de inglês com o meu namorado, pq ele gosta, aí... eu falei com minha mãe, dou uma camiseta ou o negócio pra ele? Pq ele tinha me pedido uma camiseta!... sei lá!,, eu dou a camiseta ou o livro? ai minha mãe..... mas não! leva uma camiseta... aqui mas ele gostou do livro? Deixa que eu dou o livro pra ele!... então, sua mãe que deu o livro?... é! minha mãe q pagou o livro

assim.... ela q falou: xeroca que eu pago, eu dou o livro pra ele!... ele tinha pedido o livro mesmo? Não! ele tinha pedido uma camiseta ...foi... E aí eu levei o livro, parece que ele ficou muito empolgado com o livro assim .. ele ficava falando inglês o tempo todo.... rss... essa idéia o significado de aprender outra língua, falar outra língua, é muito interessante!...tanto é que alguns inventam outra língua, sei lá, de querer estar bem... talvez ser entendido por alguém que fale outra língua? ... falar a linguagem do sadio do saudável sei lá!... tipo assim, alguém vai me entender!?...mas assim, o pessoal lá em casa mesmo, sem eu falar assim... o pessoal já sabia que eu estava falando assim... do I! que ele tinha um sorriso enorme! Pq ele me acolheu assim ao máximo! pq ele me escolheu!... ele que te escolheu né?! Foi!...e assim... nossa! Gente! Ele q me escolhe! vai virar uma sarna atrás de mim!... pq quando ele me escolheu, disse que eu era a mais bonita...ai gente! isso vai virar um trem!... engraçado que foi tão respeitoso!... assim... eu não senti em momento nenhum assim... querendo falar vc é a mais bonita de todas... as vezes ele falava pra mim assim: vc é a melhor de todas, pq vc vem todos os dias, sabe?! Isso pra gente era assim... muito gostoso! mas assim... em momento nenhum eu me senti desrespeitada! .. ta vinculado né é engraçado pq tem paciente assim que é mais difícil de vincular e tem aluno q fica meio perdido! acha q está implicado com ele não gostou dele não entender... acha que é uma coisa pessoal... e é isso que eu estou querendo entender tb, ... pq tem pessoas que gosta mais pessoas que gostam menos acha q ta implicado com ela, que não gosta dela! ... a sua mãe chegou a comentar assim... alguma coisa assim que ela percebeu em vc pq vc estava vindo á enfermaria? ... não, assim, ela só falou nossa! vc deve estar gostando bastante... assim pq parece que a gente começa a ver as pessoas com outros olhos pq assim... meu tio tem deficiência tb... ele assim... teve anóxia quando ele tava nascendo... na hora do parto... irmão de sua mãe? É!... assim... eu era assim: nossa! tio Célio! Ai! sossega um pouco!.. sabe assim... impaciente demais! ... ela percebeu assim q eu tava tratando meu tio com muito mais paciência, com muito mais carinho!... pq eu era o xodó dele!

então ele era muito grudento em cima de mim! e eu ficava aí! tio sai de perto! pq eu não agüentava!... e aí sabe?! depois que eu atendi o I minha mãe percebeu q eu tava assim mais carinhosa...não! tio Célio! calma!... E vc vc acha isso tb? É engraçado que foi... assim ...dava pra perceber assim... eu acho que eu percebi isso tb... eu percebi depois que minha mãe me falou, q eu estava assim... q eu comecei a perceber q eu estava mais paciente com pessoal da família, assim... foi diferente sim! minha mãe falou: J! parece que vc ta mais calma com seu tio o que q ta acontecendo?! Assim... é porque vc está indo lá?!... é!! deve ser né mãe!... talvez seja isso o retorno da minha mãe.. foi retorno assim de coisa prática né?! humm... vc percebeu outras coisas assim tb, seu namorado o q vc acha? Meu namorado queria vim aqui, eu fale não! não vai não! Peraí! pq eu ficava com medo, depois eu vi que o da M veio, eu falei ah! gente acho que pode ir! mas é que logo o I teve alta!ele queria vir, ele ficava assim, eu quero conhecer ele ainda mais que ele falava inglês! então vamos lá! vou te ajudar!... pq meu namorado ficou 3 anos e meio em Londres! aí ele queria vir pra conhecer! pra ver quem q era e tudo... eu falei assim, vamos ver!... aí depois logo o I teve alta, tb, mas meu namorado tava louco pra vir!... a minha mãe já tinha medo assim... rs... não! vc ajuda ta ótimo!... .. mas aí... ele queria vir conhecer o I de tanto!... não tem como... de a pessoa não perceber! pq não tinha como vc chegar tb e falar assim, ah! hoje não aconteceu nada no meu dia hoje!...a gente falava pelo menos: ah hoje ele tava ótimo! pelo menos falar assim... parece q ele hoje tava meio ruim pq parece que eles deram lá aquele sossega leão lá! q eles falam sabe?! então tinha q falar pelo menos alguma coisa resumida de que eu tinha passado lá, tinha que fazer um relatório diário! é engraçado pq assim.. a maioria dos alunos tinha assim... que noticiar isso?! aconteceu muito!..não! e entre colegas tb! e entre quem tava fazendo! contava muito tb... eu sei muito o q acontece com o da A, que era uma mulher q ela tava atendendo... ela sabia o q estava acontecendo com o I... assim sabe a gente contava muito assim entre nós era engraçado... pq as vezes eles é que mandavam noticias! pq assim, a M q tava atendendo o

que tava preso .. ele tinha falado pra mim, ou! fala pra M vir hoje mais cedo! e as vezes a M chegava pra mim e falava que o I estava tristinho, e falou q era pq vc não passou lá ainda!...então assim sabe?!...eles mesmo! então já até sabiam né?!... de quais q eram!...a M! é... o contato com o externo levar o de fora lá pra dentro né?! pra eles aí eles mandavam... isso aconteceu bastante!... em termos de psicopatologia como q vc acha que foi? o q vc colocou no relatório? ... então... em psicopatologia I parece que assim... a gente estudou muita teoria... a gente não consegue imaginar como q é aquilo ali mesmo... parece que em psicopatologia II... ter esse contato... parece que colocou a gente... a matéria assim com a patologia!... pq a ML passava mais assim... uma coisa de contato! parece que entrar em contato com a coisa!... q o M já não fazia!... ele dava assim... as regras de como vc vai diagnosticar tudo e tal!... então uma complementava outra?! É..mas uma coisa q eu vi... q a gente lê nos livros e acha que não é difícil?!.. é1... como que é difícil diagnosticar!! pq eu pensava assim... gente!nossa!o q é q ele tem?! não conseguia ver o q q ele tinha! como patologia mesmo! então acho q é muito difícil! acho q eu não consigo fazer ainda assim, sabe?! mas é uma coisa q ... tava! era para eu saber fazer! já tinha visto a matéria!... mas vc não consegue fazer!...pq assim, é muito difícil! onde q vc vai limitar q ali... ali ta tal doença?! os F ,sei lá o q lá! ... ligar o comportamento... o q o paciente apresenta com.... com as classificações ... eu achei meio... complicado assim .. qualquer pessoa lá na rua vc pode dar um diagnóstico!... é engraçado assim, pq lá falava q ele era esquizofrênico... eu lia o que era o esquizofrênico e falava gente! eu não acho!... até que vc falou q ele era esquizoafetivo... não era... na minha opinião!... e aí eu falava gente! como q eles podem ser tão rígidos e não consegue olhar de uma outra maneira para o paciente?! ... e coloca isso.. como se fosse.... como se fosse assim a verdade!? ... ele é e pronto! ... e não pára para rever o q tão falando sobre o paciente?! ... é pq o paciente fica internado pouco tempo e aí perde o contato com ele no externo, apesar do I vir aqui! ... mas aquela euforia que ele estava, aquela falação, a

agitação q ele estava... aquilo era de humor!... as vezes a esquizofrenia não tem isso! as vezes só no comecinho!... depois some ... a coisa do humor era muito evidente e ele melhorou depois que deram estabilizador de humor pra ele... antes tavam dando só a sedação ai ele ficava caindo muito ... ficava caidão mesmo pq por causa do antipsicótico aí fica agitado mas sedado ... aí fica agitado e ao mesmo tempo falando molengão?! falando meio mole!? assim vai caindo vai andando vai caindo! ... andando pro lado, assim ele andava pro lado! ...isso é uma coisa q eu aprendi assim... mas a gente só vai ...q eu trouxe pra mim... q eu só vou saber assim com a prática! só vai aprender mesmo com a prática!... e assim...eu acredito q assim...por ex :psicopatologia II foi muito mais útil pra mim!... em termos de passar experiência profissional pra poder lidar com situações!.. e foi totalmente diferente de psicopatologia um que era aquilo de decorar o q cada transtorno era... assim... pra mim... num vc esta na frente de um livro noutra vc esta de frente ao paciente ... é diferente!... é totalmente! foi assim ... psicopatologia dois pra mim... foi tudo assim! ... adorei!... tanto com o JL que eu fui no caps, foi muito legal! tb a gente foi no caps! eu fui no caps! e quando eu fui no caps, eu falava assim: esses meninos não estão me enxergando! e de repente tavam todos subindo no meu colo eu falava! ... rs...sabe ?!foi muito legal mesmo as duas visões! ... mas eu aprendi bastante coisa nesse sentido de contato, manter contato com o paciente! ...não tentar colocar ele na sua frente e imaginar ele como uma pessoa doente! e pensar que o que ele ta te falando não é verdade, ou q ele ta te falando... q ele ta delirando sempre! que delirou, não... é o q ele falou .. não é bem assim né? A gente tem q parar e pensar um pouquinho! ... é a questão da loucura né?! é o q q é loucura? ... rs... pois é...ninguém sabe né?!... de louco todo mundo tem um pouco, aprendi isso também... .. pq alguma coisa q ele fazia assim que todo mundo falava nossa! é coisa de louco! acho q assim... eu tb tem hora... que até um pouco tb eu evitava!...quem q não é louco sabe? Onde q está esse limiar de quem é louco quem q não é?!É engraçado a gente aprender q pelo contato a gente vai conseguir manter um um vínculo

assim q eu acho q foi bem legal isso! ... eu acho isso muito interessante!... eu gostei muito dessa parte assim da sua mãe ... rs... da sua mãe, do seu namorado... a minha mãe ela fica assim .. ela fica assim... ai q bom! quando eu começo a fazer algo... qquer coisa! Vamos supor... qquer serviço voluntário, eu fico imaginando, eu começo a ajudar cr a estudar!... nossa J! q bom q vc ta fazendo isso! Ah não! pode ir q eu vou te dando apoio!... tipo assim, ela tem muito medo de ir... mas fala.. ai! pode ir q bom q c ta indo!... tudo... eu te dou a maior força!(*disfarce, para algo mais corriqueiro devido a interrupção na sala, da supervisora do outro estágio!*).. interessante q ela percebeu isso!.. com meu tio, no tratamento com o meu tio!.. e agora com esse estágio?! ela tb fica assim... ai nesse estágio ela fica assim louca pq assim minha mãe... a gente adora bb... aí eu chego, mãe hoje eu vi um bb tão lindo! ... e ela... ai q lindo! sabe?! Ela meio q assim ... ela meio q convive junto mesmo!... pq igual, como eu disse não tem como não falar!... por mais q a gente fale não pode falar, não pode falar, nada... rs... eu acho q o aprendizado não é só pra nota ... e é o que está me interessando né? é parece que fica assim tão agitado assim pra gente, q a gente tem q chegar e contar! Mãe!... outro dia fui atender uma paciente, ela foi levantar e pediu assim “Segura o bb pra mim??”... eu falei nossa! como q eu vou carregar esse negócinho assim tão desse tamaninho?! ai eu .. cheguei em casa, mãe, hoje eu peguei um bbzinho, ai ela, nossa! Aí ela fica super empolgada! Ai J! quando é que eu vou ter neto?... sabe? Ela é desse jeito!... e assim qdo a gente faz esse tipo de coisa ela fica assim apoiando mas ela não tem coragem de ir na... assim na prática, ela fica percebendo assim na gente essas coisas, igual, agora no natal, minhas irmãs foram distribuir presentes assim nos bairros, e ela, ai gente pode ir! tem q fazer todo ano, q não sei o q! sabe ela dá o maior apoio mas na hora de vir ela não vem não! ... acho q é pq ela não dá conta, ela não dá conta dessas coisas assim de hospital!... de ir pro lugar e ficar lá muito tempo! ... sabe?! Assim... ela dá força total!.. na psiquiatria tem preconceito!... é... acho q tb pq meu tio já ficou internado uma vez .. ele já esteve internado aqui?...não aqui não ... ele foi internado...

ai! eu não me lembro! eu era muito pequenininha! não me lembro!.. aí.. até q eles foram num médico em Ituiutaba e ficou internado e aí era minha mãe que levava ... então, acho q tem alguma coisa a ver com isso ... pq minha mãe levava... ele ficava assim agitado? .. ficava... ele ficava muito agitado, o meu tio!... aí ela levava ele e ficava meio ... assim... acho que ela não gostava muito de ir!... acho que ela ficava ... via o jeito q meu tio ficava e ela falava ...não quero ver nunca mais sabe?! Mas aí depois q foi nesse médico de Ituitaba ... o meu tio melhorou bastante (.....*interrupção de aluno*...)... então acho que é por isso que ela não gosta de psiquiatria! de hospital em geral... (*barulhos excessivos!*) que idéia q vc tinha da psiquiatria? ... parece que... eu tinha impressão, eu achava assim... q tava todo mundo deitado assim numa cama... ou preso,... ou muito agitado, gritando muito, falando muito, sabe, assim, era essa impressão... acho que tb pq eu via o jeito q meu tio ficava, ele ficava muito agitado... acho engraçado, pq assim... eu falo, eu era o xodó do meu tio... ficava... ele começava a dar as crises dele... ele trancava dentro do quarto!.. minha avó me chamava pq assim a única pessoa que ele abria a porta era pra mim!...então eu via muito isso!...sabe?! eu via muito ele agitado e eu ficava... (*se emociona!*) abre a porta?! aquele catatauzinho!... aí ele abria e eu entrava, aí depois de uma meia hora que ele abria pra todo mundo entrar! ... mas aí!... era essa idéia q vc tinha?!... ééé!!... aí quando eu cheguei aí que eu vi o pátio, todo mundo no pátio, alguns sentados, todo mundo conversando, o pessoal da enfermagem fazendo ginástica, ... aí parece q é outra visão assim, ... vc chega lá em cima, eles tão andando, tão acordados, conversa, as vezes conversa alto, as vezes conversa baixo... não é aquela coisa, ah! não estão doidos o tempo inteiro!... a imagem q eu tinha era bem essa ..eu acho q mudou foi só isso, mudou bastante assim a visão, a imagem que eu tinha!...(interrupção...) acho q foi isso! Acha q muda bastante a visão assim!... acho que... muda a visão da loucura fechada e da loucura que está solta tb né?! Porque a gente vê...quantas pessoas conseguem viver assim em sociedade...consegue fazer atividades!... então com o I a gente saiu com ele pra rua... foi

engraçadíssimo!... hilário assim!, mas não foi aquela coisa assim nossa! ... como que solta?!... andar com uma pessoa assim?!... pq ele não agredia ninguém! só mesmo de... de pensar coisas diferentes de uma coisa assim! ... mas foi ótimo!... eu adorei tanto que toda hora eu falo... posso ir lá um pouquinho? Pode!!... eu vou lá depois q passar! ... agora tá no final do semestre depois que passar!... eu vou abrir estágio!... ah!!mas agora não posso!, mas eu adorava ir lá!... fazer o estágio!...qdo eu fui fazer estágio não tinha pra psiquiatria!... é eu não abri vaga! ... vc vai ficar até o final do ano?... é até o final do ano!!....

Depois de desligado o gravador, agradeço e ela ainda diz: “ eu acho q não tem ninguém que assim... fale:“eu nunca mais quero ir na enfermaria de psiquiatria, todo mundo gostou muito e aproveitou muito a prática do AA, e eu recomendo pra todo mundo, tem um amigo meu do 5º. p que eu falei, não deixa de fazer o acompanhamento! não faça as oficinas! as oficinas é pouco tempo! não dá pra aproveitar!... não dá para ver!”

ANEXO G

Entrevista no 2

...sobre a procura pelo estágio na enfermaria de psiquiatria... foi graças assim ao... especialmente, ao projeto Aluno Amigo que eu procurei... achei bom porque tem tudo a ver assim... pois é! eu estou defendendo a minha dissertação, assim... à partir dessa experiência surgiu assim um punhado de questões que eu fui pensando que eu fui observando, porque já tem assim três anos que está acontecendo o Aluno Amigo e foi surgindo algumas idéias que eu queria aprofundar ... eu queria que você falasse assim da sua experiência, como que foi para você fazer o Aluno Amigo, coisas que você ouviu falar... algum comentário, como que foi a sua percepção, o que ficou... Eu acho que pra mim assim, de todas as práticas que eu fiz, pra mim assim, foi a melhor prática que eu fiz!... pra mim, acho que teve assim um sentido especial. Eu acho, pra mim em particular! Mas as pessoas que estavam assim comigo, assim que foi acompanhando, que estavam fazendo na mesma época, da mesma sala, também se envolveram bastante, assim dessa experiência das pessoas próximas. Mas primeiro, né?! porquê que foi bom? é...no começo duas coisas que eu percebi ... primeiro: porque quem fazia as oficinas, assim resolvia e tudo, mas ficava aquela coisa assim, fazia, mas parecia que era mais uma prática, e aquele que fazia o Aluno Amigo parecia que era assim uma outra coisa, assim, quase que um estágio até, né?! Por causa que o envolvimento era assim muito maior, porque tinha a questão de vir todos os dias de estar mais próximo assim... até mesmo assim de doação, muito maior assim, uma coisa muito diferente a experiência daquele que vinha assim uma, duas, três vezes, assim... da impressão que tinha. Assim, quando a gente ia discutir como é que foi.... a gente que tava vindo todo dia, como que ficava assim diferente o estar aqui!...*você disse assim diferente, isso seria em que sentido?* Assim.... é... acho que não dava aquele tempo de você... porque a gente chega assim com um monte de preconceito, um monte de medo às vezes, na maioria das vezes, que eu percebo assim. Apesar de que a gente esta

fazendo um curso de psicologia, a gente ver falar muito, a gente ainda tem medo e aí aqueles que vinham fazer as oficinas falava assim: “ó foi tranquilo e tudo!” mas... mas não tinha aquele tempo de formar outra idéia assim, de realmente combater esse medo, de realmente dizer: “não! tem risco sim! mas são outros...ou risco disso!” não tinha aquele tempo, assim, vinha e tinha uma experiência talvez até sei um pouco com menos medo disso mas ainda parece que não criava uma idéia diferente, e a gente que acompanhava, a gente começava a pensar um monte de outras coisas. Tinha dia, que a gente chegava aqui e falava assim: “porque que fulano está aqui?” Parece que não tinha sentido... (*Risos*)...aí... depois que passava um tempo a gente entendia porque que ele estava aqui né!? E aí, a gente começava a perceber...não, não é por acaso também, não é assim né?!..essa diferença às vezes é assim.... muito... pequena! a diferença do que é, do que está aqui...da gente, o quanto que isso é legal, não são seres diferentes né?! são muito próximos de nós! um sofrimento maior... um sofrimento muito maior!...que justifica eles estarem aqui! Vir todo dia, dá pra gente ver um processo assim de... afastar, de aproximar, de construir uma coisa nova! e quem vem menos, é uma experiência boa, mas acho que assim... não dá tempo de refletir, de pensar. E exatamente quando a gente ia discutir os relatórios, eu percebia isso. Às vezes, parece que ficava uma coisa mais assim... ainda... é... muito distante! e a gente parece que encara assim com outros olhos...tinha um grande esforço, assim...tinha aquela vontade! É claro que tem aqueles que não quer voltar nunca mais! porque às vezes acontece também! e eu particularmente, passei muito por isso...risos eu apanhei né, ali... mas....(*fala baixa, mais tensão na voz*) hummm! *quem foi que te agrediu?* Não sei... não sei o nome dela, não era a que eu estava acompanhando!...ela ficava com uma flor assim... atrás da orelha, não lembro o nome... *foi a Bernadete? aquela que também agrediu uma outra aluna?!* Não é esse o nome! Não! apesar de ter sido uma experiência horrível assim, tal e coisa, depois eu aprendi tanto com isso que foi .. nossa! Me deu vontade de voltar, eu disse: eu quero voltar! *Esse episódio, como é que*

foi... de você ser agredida? Foi assim: a gente estava aqui, a gente já estava assim muito a vontade aqui, eu e os meus colegas ... e sempre que eu chegava, a paciente que eu acompanhava, na maioria das vezes, estava deitada no quarto, então eu chegava ia lá, então vinha para a outra parte de lá ...*no refeitório...* é...e aí, eu cheguei, a gente se envolvia com os outros também, não ficava restrito só aquele que a gente estava acompanhando, aí eu fiquei ali conversando um pouco com os outros, cumprimentando e tal e fui entrar para ir no quarto. E antes tinha aquela parede que dividia, antes da reforma. Depois do primeiro quarto, depois da parede é onde era o quarto da minha... da paciente que eu estava acompanhando, era o próximo. Quando eu passei assim na porta ela tava pondo fogo na cama ... *ah! Foi com você que foi a história do fogo?!...* é... e aí ela tava pondo fogo assim, e como era logo na entrada... aí... eu... assustei né?! com o fogo, e aí ela já estava... porque ela tava bem na porta assim... ela pois fogo e ficou na porta esperando assim... quem vinha de fora! assustei ... com o fogo! porque na verdade, ela não queria se queimar né?! Então ela ficou mais afastada ... eu passei e como eu não era paciente, eu acho que fui uma ameaça para ela, então ela já me puxou!! .. só que aí, eu consegui ficar conversando com ela, não ficar nervosa, fui tentando manter a calma, e ela me ameaçava: ... se você chamar alguém eu te bato! se você chamar alguém eu te bato!... se você chamar alguém eu te bato!... aí...eu... comecei a conversar!...não!! eu estou preocupada é com você! eu estou vendo que você está nervosa!... vamos respirar junto?! vamos respirar fundo?!... tentando pensar, assim... tentando pensar no quê que eu ia fazer né? Na medida que eu pus ela para respirar, eu continuei pensando... o que é que faço!?!... aí ela... ela... foi acalmando!...foi acalmando!... foi respirando assim junto comigo!... comecei tentar conversar com ela... e ela soltou uma mão minha e ficou segurando a outra... fui conversando!... e assim... o fogo foi subindo! Subindo! (risos, tensão...) eu fui sentindo o calor aumentando, aumentando!... aí, ninguém aparecia né?! ninguém via por causa da parede que tampava a porta do quarto!... aí eu com medo... assim, de acontecer alguma coisa... de eu e ela

se queimar! minha reação era... e ela também ainda estava segurando uma das minhas mãos. Aí quando ela estava assim quase soltando, aí, a X, uma das minhas amigas saiu do banheiro que ficava de frente, e me viu! Quando ela me viu, eu olhei, ela disse, nossa! Vou chamar alguém! Quando ela disse vou chamar alguém ela já levantou, assim como se eu, porque assim eu olhei para a X, como se eu tivesse pedido... tivesse traído a confiança dela; e ela também, no desespero dela, ela me agarrou, só que eu consegui segurar ela assim... nos braços dela, só que ela era bem maior que eu, e aí, ela grudou aqui no meu cabelo (fazendo gestos, falando mais alto e mais rápido, demonstrando a cena vivida!) ela fez só isso! segurou até a X vir, ela ficou puxando meu cabelo! eu só consegui segurar! aí .. o enfermeiro chegou e tirou! só que o meu cabelo?! saiu um tufo!...na mão dela!... (risos...) aí, a gente foi lá para fora, tomei água... aí todo mundo veio também, todo mundo assim...isso foi numa terça, na quarta a gente fez supervisão e... aí assim, a gente foi também... foi muito acolhida, foi conversando, depois a ML conversou comigo em separado, eu falei da minha experiência e fui aprendendo... todo mundo! meus colegas... porque que eles estavam internados... e eu principalmente né?! com essa experiência! de entender um pouco mais de... foi uma situação assim ruim... mas que foi bom... e foi bem na época que a gente estava assim sem entender porque que algumas pessoas estavam aqui sabe!? A gente achava que elas estavam muito lúcidas, muito assim tal, e aí... acontece isso, serviu assim ... os mitos... pra quebrar assim um pouquinho! fez a gente pensar ... então foi... foi bom né?! Depois que eu voltava... a ML me deixou assim à vontade também pra voltar ou não, e aí, as meninas acabaram me ajudando muito né?! Porque quando eu vim a primeira vez depois... não vim na quarta e vim na quinta, mas eu não conseguia ir para lá pro quarto! eu fiquei com medo mesmo né?! Parece que eu não conseguia ficar ali... e ela? parece que no outro dia ela não lembrava de mais nada! então... ela estava muito grave... né?! Só que aí era assim... ela se aproximava os meninos vinham... ficou todo mundo me protegendo!... E a partir disso, começou uma outra fase da

gente entender um pouco mais. Inclusive teve assim uma experiência muito legal da gente ir para o pátio... a gente cantava, ficava ali na roda com eles, ficávamos de dois alunos, e aí ... ficava mais tranquilo... porque ficou um grupo terapêutico ali... sem ser essa a intenção!... de acontecer espontaneamente... eles tentando... assim, eles discutindo os problemas deles, um com o outro assim, um ensinando o outro e depois assim... muito legal!

É... foi uma prática bem Prática mesmo! Que susto!?!? Lembro de um dia, que foi muito bom... o Deley, a Pequena (pacientes), foi na época deles assim... e o Deley, a prima dele é psicóloga e amiga da família do Guigui, da sala, que também estava fazendo o Aluno Amigo na época. Então a gente acabou assim a gente já chegou ficou assim mais aberto a ele, até porque já conhecia a família e aí a gente começou muito a conversar com ele com a Pequena também, com... um outro que eu esqueci o nome ... sei que a gente tava, e o Guigui estava acompanhando um outro paciente que eu esqueci o nome dele! um que ficava tocando violão o dia inteiro e cantando música evangélica.. *o Lininho?* É! ele que era o paciente do Guigui. Ele ficava assim cantando música evangélica e tocando violão o dia inteiro! e os pacientes ficavam com raiva dele porque ele já estava incomodando, e aí começou esse círculo ali de fora, e aí começou... todo mundo sentado no sol, estava mais friozinho, e o pessoal fez uma roda assim e a gente ficou lá. E ele com o violão! e aí começou todo mundo tentando convencer ele a tocar uma outra música que não fosse evangélica. E eles começaram a falar que aquilo era fanatismo, que também era doença, que se ele queria se curar tinha que curar primeiro o fanatismo, que não era bom pra ele mesmo. Eles começaram a trocar e a falar, e aí ele tentando explicar porque que ele cantava falando de Deus e falando de Cristo porque que ele fazia isso e... sei que no final das contas, ele resolveu cantar uma outra música, e ele tocava muito bem e disse: “então vou cantar um música!” e cantou Julieta! que é uma música que todo mundo conhece! e aí ele cantou e todo mundo cantou, e todo mundo bateu palma para ele ...e aí no meio dessas conversas também saiu um monte de outras coisas assim... e

eles falando... uma coisa legal: que os verdadeiros médicos eram os psicólogos, porque os psiquiatras, ele falando, os psiquiatras, os médicos eram fazedores de receitas, eles falavam... eles eram fazedores de receitas, que só davam o remédio! os psicólogos não! que eram os verdadeiros médicos! que ajudavam, e começaram a falar isso!... (fala quase inaudível como se rememorasse em busca de mais alguma coisa) e depois disso, na segunda feira, quando nós chegamos aqui eles estavam totalmente dopados assim... e aquilo foi um choque... a gente nem queria voltar mais! Foi muitas coisas que aconteceu!... é... *parece que quando parecia que estava tudo indo muito bem acontecia alguma coisa... é!... mas cada dia que a gente entrava aqui saía pensando outras coisas diferentes, era uma outra coisa diferente! E... e ...aprendendo mesmo muitas vezes! Mas... a gente via que tinha sentido do paciente estar aqui... o teórico começava a fazer sentido quando a gente estava aqui na prática. acabou tendo assim uma visão muito...assim foi muito bom!... parece que voce fala assim de um transformação, de uma visão e uma outra forma de perceber e... você acha que tem a ver com o quê? Essa visão antiga e essa visão nova... o quê muda? Porque é que muda? Acho que tem duas coisas que me faz pensar.. primeiro a questão, não enquanto estudante de psicologia ,enquanto pessoa, a gente não está acostumado até porque eles... é assim tudo novo! Assim dispersão... a cara do doente mental a gente não tem assim... de estar com eles tem de vir assim na psiquiatria, onde atende... e enquanto estudante assim da área, a gente vem fazer algum trabalho, então não está acostumado, parece que fica assim aquela coisa assim, quando é internado, é uma pessoa totalmente diferente! está totalmente distante! já está assim... não tem condições alguma de estar! não ter proximidade dessa pessoa! ...*essa proximidade é em que sentido?* De conhecer o diferente demais de você, ou do que você está acostumado, da sua realidade . Quando você vem, você vê que não! que está mais próximo do que você imagina! que é uma pessoa! claro que tem alguns mais difícil assim de se pensar! acaba vendo alguma diferença!... mas não! mesmo aqueles... eu lembro que assim... algum*

esquizofrênico tinha uma fala totalmente desorganizada, tinha um momento assim de tanta lucidez! de vim falar, contar ... de você também, aprender outro jeito de se comunicar que não só pela fala. Assim, é um olhar, é o jeito que ele se aproxima, é o jeito que ele comunica com gesto, com o ficar longe, o ficar perto. Assim, você começa a perceber outras linguagens, expressões que não precisa ser pela fala. E isso eu acho que é fundamental para a gente, isso já enquanto estudante, enquanto profissional, olhar outras coisas ...isso enquanto ser humano! E enquanto estudante, essa questão que fica muito... lembro que até antes, quando a gente veio a primeira vez, no ano anterior, era só uma visita, e fica assim aquela coisa mais bonitinha, assim dos livros, e aí a gente chega aqui, fica assim tudo misturado não tem uma pessoa assim que tem esquizofrenia ou transtorno bipolar não é isso... assim, claro que tem! Mas a gente não sabe o que é, e às vezes não se encaixa, não é bem assim sabe? É importante a parte teórica você saber que tem assim fase e quando vai ver, a gente vê que não é tão certinho assim! Às vezes, é muito mais complexo, muito mais. Se você doar mesmo, de você prestar atenção, que tem a individualidade mesmo de cada um. Não existe só o esquizofrênico, existe este esquizofrênico, existe aquele esquizofrênico... *você fala do quê assim...?* quando vai ver, existe muito além daquele quadro, a família, o meio social dele, o histórico é diferente, a família e o meio social dali que influencia bastante. Então eu acho que enquanto estudante é fundamental, assim, foi assim, e depois você saber que o contato com a coisa aqui né?!... vendo o paciente, tendo contato com ele... então acho que a transformação é nesse sentido... a coisa fica mais real né? mais próximo nesse sentido. *Você acha que se você não fosse estudante de psicologia você teria sentido essa mudança ou você pensou mais porque você é estudante? está se formando, você acha que tem diferença?* Acho que algumas coisas sim, até porque tem a questão de que você já tinha visto a teoria coisa e tal...mas assim, mas até conversando com o pessoal da enfermagem que estavam fazendo estágio, com os técnicos....até no começo, quando vim fazer a prática, aqui conversando com eles. Você

via falar nisso também: “nossa! Fico olhando pro fulano e fico pensando o que ele veio fazer aqui?” (Risos...) aí, eu fiquei pensando que todo mundo assim, que meio... todo mundo não! ... mas existem mais pessoas que acabam pensando isso também! e ao mesmo tempo é diferente né?! Então, a gente estando aqui, a gente começa a ver que é mais comum do que a gente pensa, mais próximo do que a gente pensa... assim. Eu escutei muito isso assim do pessoal da enfermagem, do técnico de enfermagem. Alguns por exemplo, o músico, nosso colega que veio né, tocar violão, vê ele falando!... também, então assim, mudou assim a maneira de ver! ele fala que não consegue mais assim... olhar para alguém que tem nesse sentido assim né, que tenha ...que seja um doente mental da mesma maneira, depois que ele veio para cá! muda a maneira de você ver aquela... talvez até meio que ignorava assim... agora você não consegue mais... o olhar fica mais humanizado!... não é mais o diferente assim!

Eu venho pensando muito a prática assim dessa forma para a formação do psicólogo, o contato com o doente mental assim mexe com o aluno... parece que por exemplo... numa escola, numa empresa... assim num meio de gente “normal”...parece que tem diferença para o aluno...Eu acho que é diferente, na minha opinião é diferente! seja pro lado do melhor ou pro pior, assim de ruim... então, eu acho que depende assim da pessoa de cada um... Você estava fazendo terapia, ou fez terapia por causa do que aconteceu?Eu estava fazendo na época. Você acha que a terapia foi importante para você ter uma maturidade para você enfrentar essa coisa que aconteceu com você ? Acho que sim... e você acha que isso é uma coisa sua ou você acha que é fruto de busca sua para a formação profissional? Eu acho que... assim, as duas coisas. Porque tem essa questão assim também minha de procurar isso, até considerar... mas também profissional, de que é muito importante de saber... que é muito bom e que ia depender de mim, ia ser muito bom se eu.. depender...do que eu ia fazer com aquilo né? Na sua vida já tinha acontecido assim alguma fato semelhante...assim, não precisa falar o que é! você acha que teve uma outra oportunidade na sua vida, que você teve que ter uma postura

*semelhante e que tenha te ajudado nessa situação... essa experiência anterior te ajudou a enfrentar assim de uma forma mais adequada mais madura? Não sei assim... não me lembro de algo parecido com isso!... mas já tive muitas coisas!... mas eu acho que assim de especial... eu acabei tendo que amadurecer... em algum sentido também... teve assim... muito cedo! e teve muitas outras coisas ,assim, coisas em geral, situação de perdas mesmo! situação de perigo... separação dos meus pais! o apartamento assim... uma série de coisas!... dificuldades, ralando bastante! Estudar! Passando! e depois ter que assumir a minha casa que a minha mãe adoeceu! mas não uma coisa parecida com essa experiência... e então assim, claro que eu acho que tem uma coisa minha que é tentar pensar de uma maneira que favoreça, tirar o de bom assim das coisas ruim, pra ajudar. Assim, isso eu acho que é meu, mas enquanto profissional, acho que devo tentar entender. Estando aqui, você sabe que tem que dar um jeito assim... não dá para passar! ninguém só passa aqui sabe?! você não passa assim! só passar! acho que isso acontece assim em outras práticas! muitas vezes eu acho que algumas pessoas assim, passam pela gente!... teve uma vez que a gente fez uma prática numa escola... era grupos, pequenos grupos. E acho que algumas passaram! não teve assim aquela focada! assim mexer! agora aqui! você na psiquiatria... não conheço alguém que passou! não sei... não vi isso sabe?!, acho que ninguém passa! alguns passam e dizem não quero voltar nunca mais! isso não é para mim! não quero estar lá! foi horrível! foi ruim demais! Mas não passa sem ser atacado! e outros assim, nossa! como eu não sei mesmo nada! como eu preciso aprender! E outros ...como não quero! Ou: é isso que quero aprender! então acho que ninguém passa assim!... seja pelo medo, seja pela repulsa mesmo!... *Eu acho que você está falando de alguns pontos aí que eu penso... questões institucionais assim do ensino de psicologia, das dificuldades para a formação do psicólogo, a questão das práticas, dos estágios...?! É... muitas das práticas que acontecem são assim muito rápidas... assim pouco, assim muito poucas... por exemplo a gente tá com as matérias, mais as práticas, tem hora que aperta, a gente está fazendo prova, e**

as vezes não dando prioridade para aquilo que vai dar ponto. Porque infelizmente, a gente depende de nota precisa de nota, e acho que é extremamente prejudicial porque tem avaliação. Você faz para ter a nota... assim muita coisa! você tem pouca liberdade assim para outras coisas, se dedicar um pouco mais às práticas; outras coisas... criar, assim... outras práticas! tentar buscar outras coisas! então assim... no finalzinho quando a gente acabou todas as matérias, é hora do estágio e assim, mesmo assim a gente tem... aí você ainda tem que escolher sem estar no lugar ali!... tem coisas que te ajuda a escolher uma área que você mais se indentifica!... *Bom...Acho que mais ou menos isso... é muito importante esses fatos que voce relatou aqui... é um contexto de realidade muito diferente.... aqui na psiquiatria... há um excesso de “humanidade”! de loucura, de coisas humanas né?! (risos) é um contexto de vivência mesmo!.. muito obrigada pela sua colaboração!...eu também agradeço! Eu gostei muito dessa prática!....*

ANEXO H

Entrevista no. 3

Uso o mesmo critério de escolha, ou seja, convidar o primeiro aluno que eu encontrasse. Só que desta vez nos corredores do bloco 2C. O aluno se mostrou bastante disponível aceitando prontamente. No dia e local previamente combinado o aluno justifica o seu atraso para a entrevista, falando de um trabalho que deveria fazer para ser entregue à professora no dia seguinte e não foi possível entregar antes devido a uma burocracia de permissão para adentrarem à instituição para efetuarem o trabalho; e que também, estão em período de provas. Conversamos sobre esse trabalho, descontraímos. Marcamos encontro na psiquiatria, uma vez que ele mora perto, e foi proposta dele mesmo vir até meu local de trabalho para a entrevista. Percebo-o um pouco ansioso, assina o termo após o lermos. Parece se sentir muito importante em estar sendo entrevistado.

Pois é, C. conforme eu tinha te falado, a minha pesquisa de mestrado está sendo em cima do Projeto Aluno Amigo porque eu tenho algumas idéias a respeito de consequências do projeto para a formação do aluno né?! Então eu estou pesquisando em cima disso! A formação enquanto estudante de psicologia ligada ao ensino de psicopatologia, que repercussões que isso tem na vida do aluno... na formação. E aí eu queria que você falasse da sua experiência, o que você pensou, o que sentiu, o que você viu... algum comentário... como que você encarou... hoje né depois que passou!... humhum!... Pausa... então!foi até motivo de discussão né na sala de aula as impressões que a gente teve sobre o Projeto Aluno Amigo... nossa! E eu perdi essa discussão?! Risos... foi... teve uma discussão mais acalorada que foi na aula... posteriormente, mas assim... conversando um pouco mais a respeito, eu achei assim de suma importância assim o projeto Aluno Amigo assim... por aproximar nós alunos de uma realidade completamente diferente da nossa né?! só que em contra partida eu me senti muiiito impotente! Sabe?! por estar aqui na psiquiatria por observar a maioria de casos já cronificados

mesmo sabe?! me senti assim sem instrumentação para poder ... atuar, sabe?! efetivamente perante eles!.. então o que a gente fez mais foi... a meu ver... uma espécie de acolhida né?! então a gente acolheu os internos, escutou eles, tomou um pouco de conforto sabe?! mas eu não ... me senti um pouco impotente!... – queria fazer mais!? – é! porque é uma realidade tão diferente da nossa sabe, que primeiro que eu não consegui ter uma identificação... grande assim sabe?!.. assim me colocar no lado... no lugar do paciente, porque é... muito distante daquilo que ... apesar de que o limite é... risos... ou muito perto ou muito distante... então ééé!... complicado! mas no meu caso eu não consegui assim ... ééé!!! Me visualizar, me sentir no lugar dele! .. achei uma realidade assim um pouco assim... triste né?! pelo estado dele já estar cronificado! mas me sensibilizou muito... de assim de querer atuar, só que ao passo que...mesmo tempo me senti assim muito impotente pela falta de instrumento para poder atuar assim efetivamente... então, pra tentar tirar a pessoa assim da crise! – e você acha que essa impotência está relacionada assim com aspectos da formação profissional ou com aspectos seus? - eu acho que até agora no curso, nós estamos no 6º período, sabe?! a gente ainda não teve noção porque a gente ainda não saiu para estágio, não saiu para nada, na verdade, tem tido uma formação boa em psicopatologia, então a gente consegue identificar tipo supor um diagnóstico, como foi a atividade aqui com o M, aqui no semestre passado, a gente observou uma paciente tudo e tentou dar um provável diagnóstico. Então, quanto a isso é tranquilo sabe?! mas estratégia de intervenção, artifício assim... faltou! faltou assim na formação também sabe?! Mas eu acho que formação também é individual quem quiser correr atrás! .. pra buscar a melhor forma .. – você está tocando nuns pontos que me interessa que é a formação individual e a coisa que é a formação que a faculdade dá ... é... porque eu acho que isso tem a ver com psicopatologia... éééé... é uma discussão: será que a faculdade supre essa parte que é do individual, será que a faculdade não supre.. como que a faculdade pode ajudar o aluno buscar alguma coisa a mais para a sua formação – na verdade assim, a impressão que

eu tenho... assim da faculdade em geral não no curso de psicologia porque assim no curso de psicologia tem muito essa... a questão humana, sabe assim os professores estarem ajudando, dando assistência e tudo, mas muitas vezes a gente se sente um número dentro da faculdade sabe?! eu sou o 121212-12! Né?! Então... a gente sente assim sem apoio querendo fazer alguma coisa a mais e não tem como, não tem esse espaço! Então, é muito da gente ter que partir muito da gente, acho assim que falta apoio né?! Por isso acho que assim surgem algumas angústias, tudo - como você acha que a faculdade poderia ajudar mais?... nessas estratégias assim... porque enquanto ela deixa a gente muito só...a gente cria assim uma independência... que assim... é muito importante pra gente também sabe?! Então.. eu me considero um cara, hoje .. crítico! muito mais do que eu era antes... mas assim por ter essa independência sabe de ler e criticar, depois de acordo com a exposição das aulas o formato das aulas que geralmente é assim em módulos de discussão de textos, sabe e tudo mais sabe?!... mas eu gosto da formação sabe?! Gosto, mas assim acho que falta de a gente ter assim a dimensão do todo por exemplo: ... a minha namorada estuda psicologia também na USP de Ribeirão Preto e aí a gente estava comentando alguma coisa a respeito das visitas à psiquiatria, e eu falei um pouco das minhas angústias dessa sensação de impotência e tudo, porque eu acho que tipo assim, porque enquanto atuação do psicólogo não conheço como é que é! o seu lugar por exemplo! o lugar da MJ aqui na instituição o que ela faz de verdade... mas assim é... a meu ver pareceu assim que... é uma coisa para ajudar na manutenção do paciente aqui, para suprir um ... dar um apoio mesmo... o psicológico, um acompanhamento... alguma coisa assim... e até eu tinha comentado com ela que tipo: essa área, pelo fato de eu ter me sentido impotente não seria uma área que eu gostaria de atuar né?! Ela disse espera aí: já eu gosto! Aí eu disse, mas como assim né?! Todas as psiquiatrias aparentemente são iguais e tudo! Fiquei pensando - parece que ela não entendeu o que você tinha falado! - é! Aí ela me convidou para visitar o CAPS de agudos lá em RP né! Que é um instituto que assim ... que

cuida assim das pessoas na crise mesmo! – CAPS III? – é CAPS nível III é aí eu achei que lá assim... – você foi lá?! – fui!... que legal! – foi uma busca minha individual, porque eu acho que aqui não tem... na faculdade... – aqui vai ser inaugurado o CAPS III dia sete de janeiro! - que bom, então eu quero conhecer! Então eu achei assim bacana sabe?! Porque a atuação do psicólogo parece que muda! Quando o estado do paciente já está crônico do ele estar em plena crise sabe?! então eu achei assim... quando o paciente está em plena crise, talvez você possa ter uma participação efetiva, assim mais efetiva no sentido assim... de tentar ajudar ele superar a crise! Porque quando está crônico, já parece que ... a sensação que eu tive eu posso estar redondamente enganado! ... mas... quando está crônico, eu ... particularmente, me senti impotente! ...porque considero que me falta instrumentos para lidar com isso que voce com certeza tem!.... eu acho que até agora na faculdade não apareceu pra gente assim essa instrumentação! mas foi bacana assim... conhecer a dimensão ... da área em saúde mental... psiquiatria, CAPS, tudo, então foi bacana ver as múltiplas possibilidades de atuação do psicólogo porque até então a minha visão de saúde mental era restrita à psiquiatria sabe?! A essa unidade aqui...aí depois, eu pude ampliar o conceito e tudo.. então foi, bacana!.... – eu acho interessante porque fica a idéia de que o louco está é aqui dentro né?! Que o louco ta aqui dentro, sofrendo, que não tem salvação! Entendeu?! – você acha deu para ter uma visão mais ampliada... do tratamento, da loucura!? É... eu já tinha acompanhado palestras de pessoas de renome: Isaías Pessoti, que fala muito sobre loucura ...alguma coisa que eu já tinha visto assim uma coisa que eu procurei por fora mas.....que eu já tinha uma compreensão... de saúde... que cuida ... da saúde mental a gente não tem a noção da dimensão da... eu me senti assim... sem saber... o que que psicólogo pode fazer, o que quê que precisa ter para estar trabalhando com saúde mental. Resumindo: uma coisa que é a dimensão de tudo assim de psiquiatria, de CAPS, o que que faz cada um, qual que é a frente de atuação do psicólogo diante de cada um deles... de equipe multidisciplinar que ta junto assim, assistente

social, tudo que está aqui... então eu não consegui visualizar isso! No primeiro momento que eu estava aqui, mas depois que eu visualizei isso achei assim muito bonito... muito amplo o que você pode fazer!- acho que você tocou em outro ponto aí que é de meu interesse, que é a loucura... a psicose, o momento da pessoa e todo o contexto... social, cultural que envolve a loucura, pois é... interessante essa necessidade que você sentiu de se instrumentar-se , ver o meio...- eu acho que isso é uma coisa assim... muito minha sabe, de querer me sentir... importante perante ao outro sabe?! querer me sentir ajudando efetivamente, sabe, talvez seja uma questão de feedback que o paciente te dá por exemplo: eu que atendi a.... atendi não, acompanhei a X, a paciente daqui sabe, no caso, não senti feedback da parte dela, que ela estava melhor e tudo mas pensei assim... talvez assim por falta de instrumento por falta de sensibilidade de não estar trabalhando assim nesse meio ainda sabe?!... então talvez isso é uma coisa individual minha que eu busco na profissão que é me sentir importante, as pessoas ver a minha importância ... então... como no caso aqui está crônico, a maioria aqui estão crônicos, a paciente que eu observei então eu não... risos... senti assim essa importância! essa reciprocidade! no final eu senti que eu estava fazendo pouco pra ela entende assim... que o que eu estava fazendo foi só uma acolhida e que não estava participando efetivamente do... progresso dela... ou na ... se é que o progresso implica que ela vai sair desse estado porque eu acho que não!... mas assim... que pelo menos nela... provocou um alívio momentâneo nisso, que eu possa ter garantido durante alguns momentos... então eu acho que assim senti muito carinho por.... – e aquela atividade que você veio fazer aí, ser DJ?!... o que você pensou a respeito?... (abre um sorriso e dá ênfase à fala! Achei muiitooo bacana! Assim! – apesar de que aquele dia a enfermaria estava muito tumultuada! estava tudo fervendo!!! – foi um prazer!... assim tipo: eu adoro mexer com música, tocar e foi a primeira vez que eu me deparei assim com um público ... completamente diferente! – tem certeza?!?!? (risos de ambos) tem certeza que é muito diferente das festinhas que você faz lá na sua casa?!? (risos)... é!...porque

festinha em casa ou em outros lugares tem um véu né?! por cima, então... a loucura pode estar por trás do... – mais velada! – é! com o uso de álcool, tem uma justificativa!... risos... mas assim foi muito bacana! porque dessa vez eu senti a necessidade assim de tentar... me adaptar... a eles né?! Então não pude tocar um estilo que eu gosto e tal, tive que tocar um estilo ou engraçado ou descontraído e teve muitas músicas assim que eu achei assim engraçada aqueles estilos assim que... sabe?! E foi bacana observar assim a reação dos pacientes: uns vinham e pediam pra mexer, outros ficavam comentando uns eram mais curiosos pra saber como que funciona... o DJ né o equipamento lá, tudo...bem legal! eu gostei! foi uma experiência rica do meu ponto de vista né?! foi bem legal! acrescentou muito pra mim assim.... risos... o público... foi bem diferenciado! Não que seja menos importante, mas diferenciado! Sabe isso é bacana! – Foi diferente mesmo!... o paciente em crise, realmente, acho que o impacto é bem maior mesmo! Aqui o paciente está em crise mesmo, até pensamos em dar uma continuidade com um outro projeto que seria o aluno acompanhar o paciente também depois da alta, mas... pra ver essa diferença assim da crise, com o fora da crise, acho que daria para o aluno ter uma compreensão melhor – o que eu reparei muitas vezes aqui também, não sei isso pode ser confundido com falta de sensibilidade ou não,... mas principalmente... (pausa maior) assim da sua parte sabe?!... uma dedicação assim muito... forte né?! Você gosta da profissão, você ama e voce abraça assim os internos você fica todo momento dando assistência e tudo... e muitos de nós... por vezes a gente sentia incomodado assim num primeiro momento... com assim... com o abraço do interno, com tudo, ... então parecia assim que não tinha uma dedicação tão grande da nossa parte assim... eu até me incluo assim nesse momento nessa... é!!... situação!!... por exemplo: a gente estava conversando mas aí chegava um paciente... que... não estava... assim com uma higiene muito legal... e abraçava a gente, não sei o que que tem... a gente ficava incomodado ficava olhando assim sabe, mas... (risos....) – cheirinho e baba tem! – é!! Uma situação.... não... empática... assim com o fedor

sabe?!... mas talvez isso... dificulta... uma aproximação do aluno amigo com o paciente né?! Talvez!.... – é uma sujeira bem mais concreta! né?!- é! e talvez assim o paradoxo também que tem por exemplo, do uso do cigarro numa instituição de saúde, num hospital!... o que não deixa de ser assim uma terapia, não desmerecendo assim a forma do tratamento, mas acho que foi legal... a justificativa foi bacana ... mas acho que assim, acho que prejudica! ... o impacto! foi difícil da gente acostumar, nossa! O cigarro é assim uma coisa prejudicial à saúde!... e cada paciente tem sua cota diária né?! – tem, tem sim! – mas assim... interessante! é uma abordagem assim ... diferente... e tem o que a gente comentou na aula também que foi bacana assim... foi ... que... parece que a gente quando trabalha na psiquiatria e tem um contato muito assim com o farmacológico sabe?! Parece que ... eu perdi um pouco da noção da função do psicólogo sabe?! porque parece...que .. era muito o farmacológico sabe assim que o o... a a... indicação de algumas drogas para curar a doença assim não sei se isso é mito...tirar a função do psicólogo... não sei se posso falar isso, mas assim eu senti assim... talvez disso venha assim a falta de instrumentação de sabe assim... por estar mais voltado no farmacológico sabe... do que no.... do que é nossa formação mesmo sabe que é uma coisa assim uma formação mais humana mais... de saber a história do paciente tudo então de saber ... então a gente pegava e lia a ficha médica do paciente, e muitos detalhes eram insuficientes sabe?! Pelo menos da minha paciente que eu estava acompanhando que eu vi lá da X, você que pode me contar um pouco da história de vida dela, o olhar do psicólogo que é muito diferente do olhar da ficha médica, então aqui eu não vi muito esse olhar sabe?! do psicólogo, a não ser o seu, mas assim... é muito mais voltado para o farmacológico! – hospitalar! – é hospitalar! e a gente fica perguntando será que a gente tem espaço? a gente pode brigar por este espaço dentro de uma instituição hospitalar?! Tem espaço para nós aqui de verdade ou será que sempre os remédios vão falar mais alto do que a nossa opinião né?! Eu fiquei pensando muitas coisas assim!...- é! Estou vendo que você pensou muita coisa mesmo!, que bom! Isso

me deixa muito feliz! – esse questionamento todo que surgiu essa contradição que você fala que aparece acho que é exatamente isso que o projeto leva o aluno a pensar e questionar – e sair do mundinho particular né?! Da gente ver o diferente e aceitar isso! Eu acho isso muito importante! Demais! Eu acho que eu amadureci muito depois que eu vim no projeto Aluno Amigo sabe, efetivamente... claro que foram poucas as visitas, mas assim, foi assim bacana sabe?! a gente pegou!... o que mais me incomodou foi a falta, sabe, só resumindo: foi a falta... a falta de saber... qual a dimensão... todas as possibilidades do psicólogo... dentro da saúde mental!... isso eu achei que... a gente olhou só uma parte que é uma realidade daqui né?! – você já está indo ao CAPSi? Não! Vou fazer as outras visitas daqui a pouco, mas já estive lá em outra oportunidade para fazer um trabalho sobre autismo – aqui em Uberlândia ainda somos privilegiados porque temos os CAPS, porque tem muita cidade que não tem, aliás uma boa área de atuação do psicólogo porque à partir da lei de 2002, toda cidade com mais de 70 mil habitantes é obrigada a montar um CAPS e aí tem muito espaço para atuação do psicólogo... muita quebração de cabeça né?! Porque você chega lá e pergunta mesmo: eu vou fazer o quê? – tem toda uma estrutura de funcionamento! Nós não damos remédio! Aqui eu não posso dar uma gotinha de novalgina! É só o enfermeiro que dá sob a prescrição médica! E aí fica essa coisa o que é que o psicólogo faz? – será que tem espaço né pra gente ser ouvido?! Talvez isso você possa me falar melhor né?!... você é ouvida ou não? Risos – somos todos loucos, todos loucos! tem que ser mais louco que os pacientes né mas eu acredito! – mas é isso que eu queria saber!... essa falta da dimensão né?!... que tem a sensação de impotência! da falta de instrumentalização! assim para agir perante ao interno e as vezes, as necessidades individuais né?! que... vão assim direto né?! com a minha noção que eu estou sendo efetivo... no tratamento do paciente. Assim por exemplo, baseado no caso da paciente que eu acompanhei eu não senti que eu estava sendo tão efetivo em termos de recuperação de melhora e tudo – você acha que se você tivesse num outro ambiente, você teria mais

efetividade, você teria mais instrumentação? – que tipo de ambiente? – um ambiente que não fosse ligado à psicose, à crise, um ambiente onde tem gente mais “normal”, uma escola, uma empresa, por exemplo? – talvez sim!... porque não teria aquela caracterização de loucura, no caso, porque aqui... a gente já veio aqui com essa impressão: ó! vamos lidar com a loucura! Assim, não usando do peso que é essa palavra que é loucura, mas assim mas só pra diferenciar... – ah! Você acha que é a questão do preconceito?! É... a gente já chega armado né?! A gente vai lidar com... loucos!... então é uma realidade diferente da... da gente... talvez em outros lugares, em escolas em empresa isso está muito mais velado... tem muitos esquizofrênicos por aí funcionando nas empresas e tudo...que tenha arrumado emprego e tudo... mas então... mas só que assim consegue funcionar nesse meio né?! - não estão aqui internados!? – é não estão aqui internados, estão funcionando, então fora da crise ... mas assim, talvez esse rótulo que precede a instituição psiquiátrica faça com que os estudantes se armem um pouco ou senão não se identifiquem muito com a questão! – será que a gente poderia falar que a psicologia está formando para trabalhar com a pessoa normal?! Seria um questionamento, como que psicologia poderia ajudar o aluno a ter essa visão assim mais ampla?! ... e você está me fazendo pensar assim numa outra coisa né, em que qual a visão que o aluno tem do que sejam ações psicoterápicas?! – também! Isso... foi a minha grande necessidade sabe assim - como você falou de falta de instrumento!.. eu acredito que assim... me pego assim percebendo assim... muitas coisas... muitos focos sabe?! dá para atuar assim em cima disso! Mas assim como, como que eu vou atuar né?! Me falta... – no que assim por exemplo?! O que quê você acha que aconteceu que...você poderia falar..- há! Por exemplo:... quando eu me deparei lá com a paciente... a X e... vi que o diagnóstico dela era de esquizofrenia ... como eu vou atuar mediante a esquizofrenia? Como que eu vou falar com a paciente? Será que eu concordo com ela? Será que eu não concordo, será que eu trago ela para a realidade, que é uma realidade minha e não dela! Será que eu...participo do diálogo dela,

cheio de fuga de idéias de salada de palavras ou continuo no meu, que tipo... talvez não me aproxime dela e fico no meu e fico mais longe dela... – nossa! Você pensou muito! (risos) - é verdade! Como é que eu faço né?! – é muita coisa! Você vivenciou muita coisa! Que legal! Fico feliz! – é! Desse assim... discurso dela! Um exemplo! Talvez o primeiro que tenha vindo assim na minha mente sabe?! – sei! A questão do diálogo, sabe?! como é que eu vou falar com ela trazendo ela para a minha realidade que não é a dela, vou estar sendo bom, ruim... sabe?! será que eu não estou colaborando para ela se sentir assim mais estranha sabe?! mais afastada da regra e aí? Como é que é? Qual que é?... só que também, eu acredito que não tem uma receita né?! – é complicado né?!- (risos) é muito complicado! Acho que eu pensei bastante! – Acho que você está começando a aprender que a nossa profissão é meio ingrata! (risos) é muito contraditório né?! – a gente fica muito angustiado né assim!!... – é! Ao mesmo tempo ... quando me perguntam o que eu faço na psiquiatria eu respondo de imediato: agüento angústia! Risos – é uma queixa minha contra o curso de psicologia sabe?! é que eu acho que não é um curso profissionalizante... não é! Assim, a gente não sai do curso sabendo o que fazer sabe?! Não é igual um médico que sai do curso ou da especialização sabendo operar, fazer tudo, ou um dentista que sabe tratar de tudo da parte bucal, ou o engenheiro que já sabe fazer plantas e tudo o mais ... não! a gente sai do curso ... sabendo a dimensão, acho que todos saem...e é essa a minha busca sabe?! E aí depois é com a prática que a gente vai... nos profissionalizar, sabe?! Então acho assim que o curso não é muito profissionalizante a gente tem que buscar muito individualmente – uma formação pessoal?! – é! Individual, sólida o que acaba nos afastando... sabe assim dos outros profissionais em psicologia, imagina! se cada um tiver que sair em busca de uma formação individual, justamente assim pela vastidão do campo, das várias coisas que você pode fazer né?! então no meio dessa busca de uma profissionalização, assim, sabe?!... o que não é ruim também...você fica meio perdido...mas você se torna um sujeito crítico sabe?! mas essa busca individual né?! talvez crie um clima

ruim entre os psicólogos também! talvez crie conflitos!...então aí um pouco assim dessa ... risos ... diferenciação! dos viés em psicologia e tudo! – eu separaria em duas formações uma acadêmica e uma pessoal mesmo e ... é perceptível!... e nosso instrumento de trabalho somos nós mesmos não temos buticão para arrancar dente... é verdade isso que você falou da formação da academia é diferente! o que que é normal aqui? – será que é justo também eu trazer ele para a minha realidade se a realidade é um coisa culturalmente construída? Talvez em outras culturas o indivíduo se daria muito bem, ele seria um Xamã ou um Pagé, um... sei lá!...é... aqui ela não tem um espaço para funcionar na nossa sociedade! eu acho assim... trazer para um centro que cuida só disso que acaba rotulando, diferenciando mais a paciente ou interno em geral! – eu estou muito feliz com o projeto Aluno Amigo! Você pensou muito! É! Mas eu fiquei muito angustiado assim com algumas coisas mas... é... falta de instrumento assim.. em função da nossa situação!...falta da dimensão da nossa atuação! acho que é a profissão mais difícil né?! Assim, essas angústias, assim motiva a gente a pensar, sabe?! A correr atrás! – muito bom! Viu ?! eu realmente fico feliz! bom eu acho que é isso! Acho que não tem outros aspectos que eu estaria tocando não!... nossa conversa dá uma clareada em algumas coisas que eu já tinha pensado, reforça outras .. muito obrigada.... obrigado a você também, achei legal conversar essas coisas!