

Regina Célia Paganini Lourenço Furigo

Plantão Psicológico:  
uma contribuição da clínica junguiana para  
Atenção Psicológica na área da Saúde

PUC – Campinas

2006

Regina Célia Paganini Lourenço Furigo

Plantão Psicológico:  
uma contribuição da clínica junguiana para  
Atenção Psicológica na área da Saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós -  
Graduação em Psicologia do Centro de  
Ciências da Vida da PUC – Campinas,  
como parte dos requisitos para obtenção  
do título de Doutor em Psicologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Vera Engler Cury

PUC – Campinas

2006

Regina Célia Paganini Lourenço Furigo

Plantão Psicológico:  
uma contribuição da clínica junguiana para Atenção  
Psicológica na área da Saúde

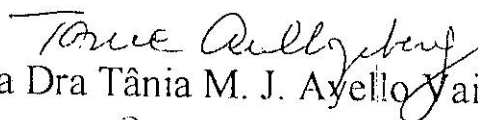
BANCA EXAMINADORA



Profa Dra Vera Engler Cury  
Presidente



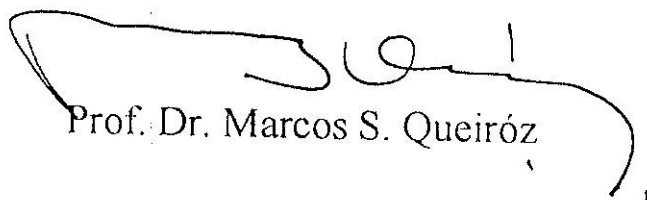
Profa Dra Henriete Morato



Profa Dra Tânia M. J. Ayello Yaisberg



Prof. Dr. Mauro Martins Amatuzzi



Prof. Dr. Marcos S. Queiróz

*Dedico meu trabalho a você Fernanda, filha querida e guerreira.  
Enquanto eu fazia Pós-graduação, você concluía sua graduação em Medicina.  
Partilhamos grandes momentos em Campinas e na PUC. Quero que fique  
registrada minha admiração pela coragem, bravura e dignidade com as quais  
enfrentou as intempéries dessa Jornada. Pelo seu riso de alegria e vitória e  
também pelas lágrimas de tristeza e decepção.  
Pela força e estímulo que sempre foi para mim.  
Meu amor incondicional.*



# Minha Eterna Gratidão

À Dra Nise da Silveira, minha maior fonte de inspiração, meu grande referencial profissional e ético. Pela sua existência!

*Prefiro ser um lobo selvagem, faminto, de pelos opacos e livre, a ser um cão robusto, bem alimentado, de pelos brilhantes e na coleira. Não aceito coleiras.*

**Dra. Nise**

Aos nossos pacientes que com tanta coragem e dignidade decidiram que era chegada a hora de parar de sofrer, tomaram para si a responsabilidade da transformação e confiaram a nós a ajuda às suas preciosas vidas!

Às Equipes de Plantão de todos os anos. Ao vestirem a sua camisa, tornando-a uma segunda pele, o fizeram com tal intensidade, que implantaram, consolidaram e tornaram realidade um Projeto inovador e polêmico.

Ao José Lairton de Picolli , o Zé do Plantão, meu primeiro Plantonista. Por ter acreditado e vislumbrado o futuro, nele investido energia, amor e esperança quando ainda nem alicerces existiam. Por ter me estendido a mão com firmeza e, por juntos termos iniciada a realização de um sonho de uma psicologia clínica mais presente, ágil, e justa.

Ao Rodrigo Ballalai. Um aluno... depois um supervisionando... um Plantonista entusiasmado , talentoso , comprometido. Um monitor dedicado, presente. Socorro nas horas difíceis e, nas situações clínicas delicadas pelas quais passamos no desenvolvimento do Projeto, na coleta de dados para a tese, no dia a dia sofrido dos nossos pacientes...nas suas conquistas.

Um interlocutor sagaz e sensível.

Hoje, além de tudo, um GRANDE AMIGO.

## MEUS AGRADECIMENTOS:

Aos meus pais Olga e Mauro (in memorium). Imprescindíveis para a VIDA!

Todo começo é involuntário.  
Deus é o agente.  
O herói a si assiste,  
inconsciente.  
À espada em tuas mãos achada  
Teu olhar desce.  
“Que farei eu com esta espada?”.  
Ergueste-a e fez-se.  
Fernando Pessoa

A Leila (in memorium)

Com saudades...

Ao Mauro, pelo poder do vir-a-ser!

À minha querida orientadora, Dra Vera Engler Cury. No mestrado uma fada madrinha. No doutorado, uma tutora que soube incentivar-me a atravessar a longa e escura floresta com meus próprios recursos. Deu-me a chance de crescer e apropriar-me do fogo sagrado que existia do outro lado. Ao voltar com ele, só me restam render-lhe minhas sinceras homenagens, meus mais profundos agradecimentos e reconhecimento pela insubstituível participação em minha vida profissional que se estende pela minha vida pessoal.

De repente alguém sacode  
essa hora dupla como numa  
peneira. E, misturado, o pó  
das duas realidades cai.

Fernando Pessoa – Chuva Oblíqua

À Universidade do Sagrado Coração, a Clínica de Psicologia Aplicada e Fonoaudiologia na pessoa da Dra Ir. Evanira Maria de Souza que me permitiu a implantação do Projeto e a realização da pesquisa que subsidiou minha tese.

Aos meus Psicólogos Plantonistas Rodrigo Ballalai, Luciana Zanelatto, Karina Menossi Sampedro, Patrícia Baltazar, Renata Foloni, Gisele Almendro, Thomas Omrod pela ajuda, de valor imensurável, na coleta de dados e no comprometimento com a causa.

*“Há coisas que ainda não são verdadeiras, que talvez não tenham o direito de ser, mas que poderão ser um dia”*

(Jung).

Norteados por esse pensar alçamos grandes vôos, tivemos grandes quedas, mas também realizamos muitas conquistas.

Aos JUNGUIANOS DE BAURU. Amigos de uma vida inteira.

O analista deve continuar aprendendo sempre, nunca esquecendo que cada novo caso traz à luz novos problemas e, portanto, dá origem a conjecturas inconscientes nunca antes consteladas. [...] uma boa parte do tratamento que se propõe a investigar em profundidade, consiste no exame que o próprio terapeuta faz de si mesmo, pois somente poderá aplicar aquilo que conseguiu aplicar em si próprio. Também não é nenhuma perda sentir o paciente passando a sua frente ou até mesmo vencendo-o: é sua própria ferida que dá medida do seu poder de cura.

(C.G.JUNG, 1978, C W, V. XI/1, § 391)

Que bom termos sido forjados, neste pensamento!

Saudações Junguianas!

A Tata, que há mais de 20 anos tem dado condições para que minha profissão transcorra sem sobressaltos, fazendo-se presente como um braço direito no meu cotidiano.

A Eleonora, que se posicionou ao meu lado do primeiro ao último minuto dessa Jornada, dando-me força, carinho e, sobretudo presença e companhia. Soube transformar em menos solitários os meus dias de computador!

Aos amigos da Universidade do Sagrado Coração – USC especialmente nas  
pessoas da amiga Ester Tereza Senger Petroni e do amigo Marcelo Mendes dos  
Santos, continentes afetivos para tantos desabafos!

Ao Marcelo, pela disponibilidade e amparo nas observações Metodológicas!

A PUC Campinas, minha segunda casa, pela acolhida de sempre.  
Aos amigos que ali encontrei.

Às funcionárias da Pós-graduação, verdadeiros anjos da guarda!

Ao corpo docente da Pós-Graduação em Psicologia, na pessoa dos professores  
Vera Cury, Mauro AmatuZZi, Tânia Ayello Vaisberg,  
Antonio Terzis, Solange Wechsler e Marilda Lipp.

Grandes Mestres!

*O verdadeiro saber é o de reconhecer a verdade,  
ainda que esta seja filha de outros olhos e outro entendimento...*

Padre Vieira

Aos professores Doutor Marcos Queiroz e Dra. Tânia Ayello Vaisberg, pela  
preciosa e inestimável colaboração por ocasião do Exame de Qualificação.

A moçada da DAGRA, que continuou arrasando como meu braço tecnológico!

A Cinthia, a Ignez e ao Walter, pelo esmero nas correções e traduções.

*“Tem dias que a gente se sente, como quem partiu ou  
morreu,*

*A gente estancou de repente ou foi o mundo então que  
cresceu*

*A gente quer ter voz ativa, no nosso destino mandar,*

*Mas eis que chega Roda Viva e carrega o destino pra lá.”*

Roda Viva – Chico Buarque de Hollanda

## SUMÁRIO

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS

EPÍGRAFE

RESUMO

ABSTRACT

ZUSAMMENFASSUNG

INTRODUÇÃO .....	13
CAPÍTULO 1: Saúde: entre o sagrado e o profano .....	22
1.1 O mito de Quiron – o ferido em busca de sua própria cura. ....	24
1.2 Santuário grego de cura dedicado a Asclépio .....	26
1.3 Xamanismo e Cura .....	28
1.4 "O curador" entre os negros: candomblé e orixás .....	30
1.5 Raízes e Rezas .....	33
1.6 Pajelanças, Raizeiros, Transes, Músicas, Experiências Estáticas, Curas Espirituais, Terapêutica Religiosa, Rituais Divinatórios .....	35
2 O Sagrado e o Científico na Saúde.....	37
3 Saúde Pública.....	41
4 Saúde Mental .....	49
5 Psicologia Clínica/Saúde: Uma Evolução .....	56
6 Sistema Único de Saúde – SUS, uma realidade brasileira .....	65
CAPÍTULO II: Plantão Psicológico: Um Vôo Panorâmico.....	73
CAPÍTULO III: Pela luneta junguiana: a vulnerabilidade da angústia como símbolo .....	94

CAPÍTULO IV:Descobrimo uma trilha...	108
1 Método .....	108
2 Participantes.....	110
3 Local de Coleta do Material.....	110
4 Procedimentos .....	112
4.1 Procedimentos Éticos da Pesquisa.....	114
4.2 Procedimento de Coleta de Dados .....	115
4.2.1 A Realização dos Atendimentos aos Usuários .....	116
4.2.2 A Transformação do Material Coletado em Relatórios .....	117
4.3 Procedimentos de Análise de Dados .....	117
CAPÍTULO V: Escavando... Farejando pistas... Mapeando possibilidades! ....	123
1 – CASO EUGÊNIO .....	125
2 – CASO EMMA.....	135
3 – CASO ANIELA .....	144
4 – CASO SABINA .....	152
5 – CASO ELEONORA.....	163
6 – CASO FREDERICO.....	173
7 – CASO OLGA .....	186
8 – CASO MARIA LUIZA.....	198
09 – CASO FAUSTO .....	209
10 – CASO NISE .....	216
SÍNTESES GERAIS.....	216
CAPÍTULO VI: Separando e classificando os grãos - O circumambulatio da colheita! .....	234
CAPÍTULO VII: ...e para a terra arada, a nova semente! .....	263
CAPÍTULO VIII: Segurar e largar... A dança do recomeçar! .....	268
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	273
ANEXOS	

FURIGO, R.C.P.L. - Plantão Psicológico: uma contribuição da clínica junguiana à Atenção Psicológica na Saúde. 2006. 288P. Tese de Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Centro de Ciências da Vida - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, SP.

## Resumo

O presente estudo teve como objetivo analisar a Atenção Psicológica disponibilizada no Serviço de Plantão Psicológico, aos usuários de uma Clínica-Escola Universitária, a partir das experiências de Plantonistas, Clientes e Supervisora-Pesquisadora. Quanto à questão metodológica, foi conduzida uma pesquisa fenomenológica a partir do estudo do atendimento clínico de dez casos referentes a pessoas que recorreram ao Serviço de forma espontânea. Ressalte-se que o acompanhamento foi oferecido de forma gratuita pelo convênio estabelecido entre a Universidade em questão e o SUS. Os casos foram atendidos e analisados à luz de referencial junguiano. O atendimento foi realizado por seis plantonistas previamente selecionados e com no mínimo um ano de experiência em intervenções dessa natureza. Ocorreram três sessões por paciente mais uma entrevista de *follow up*, realizada um mês após o término do processo do Plantão. O grupo de plantonistas foi supervisionado semanalmente durante os seis meses de realização da pesquisa. Entregou relatório pormenorizado do seu trabalho clínico bem como de suas percepções pessoais sobre o significado do Plantão para cada caso. O mesmo ocorreu com a supervisora pesquisadora, encarregada das entrevistas *de follow up*, que no caso constituiu-se na voz do paciente dentro da pesquisa. Gerou-se então um conjunto de dez relatos dos plantonistas sobre os processos dos clientes atendidos, dez entrevistas de *follow up* e dez relatos de percepção da supervisora pesquisadora sobre seu entendimento pessoal daquele processo como um todo. Os relatos dos plantonistas, assim como os dados obtidos na entrevista de *follow up* foram divididos em unidades de significado que possibilitaram a elaboração de sínteses específicas, tanto do plantonista, como do paciente e da supervisora pesquisadora. Obteve-se desse modo três sínteses gerais referentes ao elemento vivido, em relação ao foco da pesquisa. Os principais resultados foram que o Plantão Psicológico ao colocar-se ao lado do paciente que necessita de atendimento psicológico no exato momento de sua crise lida com tempos diferentes: um interno (o tempo do paciente) e outro externo (o cronológico) e por isso consegue resultados tão relevantes em termos de contenção de angústias em um breve tempo. Plantonistas e Pacientes vivenciam um momento de encontro altamente fecundo para a psique de ambos, o que viabiliza a constelação do arquétipo do curador ferido que, ao constelar-se, ajuda o paciente na retomada de sua capacidade de se autocurar, entre outros. Considera-se então que o Modelo de Intervenção utilizado no Serviço de Plantão Psicológico desponta como uma grande esperança de agilização e dinamização dos serviços clínicos prestados pela Psicologia, vindo a contribuir com uma gama maior de recursos que esta Ciência pode colocar a serviço de quem dela precisa dentro da área da Saúde.

Palavras chave: atenção psicológica – clínica junguiana - plantão psicológico – clínica-escola – *follow up* - saúde.



FURIGO, R.C.P. Emergency Psychological Attendance: a contribution of the Jungian clinic to the psychologic health care. 2006. 288P. Doctor Degree – Psychology Program of Post Graduation in Psychology at the “Pontifícia Universidade Católica de Campinas” Sao Paulo, Brasil.

#### ABSTRACT

The purpose of the present study was to analyze the Psychologic Attention available on the Emergency Psychological Attendance to the users of a University Clinic-school generated from the experiences of emergency psychologists, patients, and Supervisor-researcher. The used methodology was based on a phenomenologic research from the study of ten cases in clinic attendance of individuals who spontaneously sought the cited service. It is important to note that the emergency attendance was offered for free by a covenant between the cited University and the Brazilian Public Health System (SUS). The cases were treated and analyzed in the light of Jungian referencial. The attendance was carried out by six emergency psychologists previously selected and with a minimum of one year experience in clinical attendance. Three sessions were carried out for each patient and also a follow-up interview, was performed a month after the end of the Emergency psychological attendance process. The group of emergency psychologists had a weekly supervision during the six month the research was performed. A detailed report of the clinical work as well as the personal perceptions of the emergency psychologists was delivered for each case of the program. The same has occurred with the supervisor-researcher who was responsible for the follow up interviews which reflected the patients feelings about the research. As a result, it was generated pool of ten reports from the psychologists about the attended patients' processes, ten follow-up interviews and ten perception reports from the supervisor-researcher about her personal understanding of the process as a whole. The emergency psychologists' reports, as well as the data obtained on the follow-up interview were divided in unities of significate which possibilitate the elaboration of specific syntheses, both from the emergency psychologist and the patient and from the supervisor-researcher. Thus, it was obtained three general syntheses referring to the lived element related to the research focus. The main results obtained show that, when the Emergency Psychological Attendance empathizes with the patient who needs psychological care, in the exact moment of his (her) crysis, treats with different times: one internal ( the patient time) and other external ( the chronological time) and thus reaches such relevant results as to the contention of anguish in a brief time. Both Emergency Psychologists and patients experience a highly rich moment for their psyche, which makes viable the archetype of the wounded physician which, when constelating, assists the patient to recapture the hability to carry out his (her) autocure. Therefore, it is considered that Intervention Model used in the Emergency Psychological Attendance arises as an enormous hope of speeding and dinamizing the clinical services delivered by Psychology, enhancing the resources of this science for people who needs it within the health care field.

Keywords: Psychological attention – jungian clinic – emergency psychologic attendance – school-clinic – follow up- health

FURIGO. R.C.P.L. – Psychologischen Bereitschaftsdienst: ein Beitrag der Jungschen Klinik zur psychologischen Betreuung in der Gesundheit. 2006. 288Z. Dissertation – Postgraduierungsprogramm in Psychologie der Pontificalen Katholischen Universität (PUC) von Campinas, São Paulo.

## Zusammenfassung

Diese Untersuchung hatte zum Ziel, die auf dem psychologischen Bereitschaftsdienst zur Verfügung gestellte psychologische Betreuung für Benutzer einer universitären Ausbildungsklinik zu untersuchen, aufgrund von Erfahrungen der Bereitschaftskräfte, der Kunden und der leitenden Forscherin. Was die Methodik angeht, wurde eine phänomenologische Forschung durchgeführt aufgrund der Untersuchung der klinischen Betreuung von zehn Fällen, wo die Personen spontan den Dienst aufgesucht haben. Es sei hervorgehoben, dass dieser Dienst kostenlos ist, da es sich um ein Abkommen zwischen der Universität und dem öffentlichen Gesundheitsdienst handelt. Die Fälle wurden im Lichte des jungschen Referenzrahmens betreut und untersucht. Die Betreuung wurde von sechs Bereitschaftskräften gemacht, die vorher ausgewählt wurden und mindestens ein Jahr Erfahrung in solchen Fällen hatten. Es wurden drei Sitzungen pro Patient durchgeführt und ein Begleitungsinterview einen Monat nach Abschluss der Notdienstbetreuung gemacht. Diese Gruppe von Bereitschaftsdienstkräften wurde während der sechsmonatigen Forschungsdauer wöchentlich begleitet. Es wurde ein detaillierter Bericht der klinischen Arbeit abgegeben, der auch ihre persönlichen Eindrücke über die Bedeutung des Bereitschaftsdienstes für jeden einzelnen Fall. Dasselbe trifft auf die leitende Forscherin zu, die für die begleitenden Interviews zuständig war, was der Stimme des Patienten im Rahmen der Forschungsarbeit entspricht. Es wurde nun ein Block produziert, bestehend aus zehn Berichten der Bereitschaftsdienstkräfte über die Prozesse der betreuten Patienten produziert, zehn *follow-up*-Interviews und zehn Berichten über die Eindrücke der leitenden Forscherin bezüglich ihrer persönlichen Auswertung des Prozesses insgesamt. Die Berichte des Bereitschaftsdienstes, wie auch die in den Interviews erhobenen Daten wurden in Sinneinheiten aufgeteilt, die eine spezifische Synthetisierung ermöglichten, sowohl der Bereitschaftsdienstkraft als auch des Patienten und der leitenden Forscherin. Somit wurden drei allgemeine Synthetisierungen im Kontext des Forschungsobjekts bezüglich des erlebten Elements möglich. Die wichtigsten Schlussfolgerungen ergaben, dass der psychologische Bereitschaftsdienst, indem er sich auf die Seite des Patienten stellt, der in dem exakten Moment seiner Krise Betreuung braucht, mit drei verschiedenen Zeiten umzugehen hat: mit einer internen Zeit (die Zeit des Patienten) und einer externen Zeit (die chronologische), und deshalb so relevante Ergebnisse vorzuzeigen hat bezüglich der Dämmung von Beklemmungen in kurzer Zeit. Bereitschaftsdienstkräfte und Patienten erleben ein extrem fruchtbares Zusammentreffen für die Psyche beider Parteien, was die Konstellation des Archetyps des verwundeten Arztes möglich macht, der, indem er sich in diese Konstellation einrastet, dem Patienten u.a. bei seiner Fähigkeit der Selbstheilung hilft. Hiermit kann man also schlussfolgern, dass das im psychologischen Bereitschaftsdienst oder in der psychologischen Bereitschaft benutzte Interventionsmodell als verheissungsvoll für eine agilere und dynamischere Durchführung der klinischen Dienstleistungen der Psychologie hervorsteht, was eine Erweiterung der Mittel bedeutet, die diese Wissenschaft zur Verfügung derjenigen stellt, die sie im Rahmen des Gesundheitswesens brauchen.

Schlüsselwörter: psychologische Betreuung – Jungsche Klinik – psychologischer Bereitschaftsdienst – Ausbildungsklinik – *follow-up* - Gesundheit

## INTRODUÇÃO

Ficou claro para mim o quanto é difícil e mesmo impossível apreender inteiramente o que se nos apresenta como o outro, o estranho, e expor essa diferença de modo a esgotá-la. Uma comparação meramente subjetiva permaneceria na superfície das coisas. Assim, aquele que tenta empreender esse tipo de comparação precisa se valer também de sua subjetividade a fim de produzir uma imagem que realmente exprima esse estranho. (JUNG, 1990b, § 926)

Sou psicóloga clínica e minha prática profissional estende-se pelo consultório particular, docência universitária e supervisão de estágios em uma Clínica-Escola, além de trabalhos extramuros dentro da abordagem junguiana.

Durante anos a fio, atendi consultas marcadas com antecedência no consultório e sujeitas à minha disponibilidade pessoal e profissional, sendo que na Clínica-Escola não era de todo diferente. Os atendimentos estiveram sempre subordinados à possibilidade e disponibilidade de apenas um dos lados da questão, ou seja, o do psicólogo. Na Clínica-Escola, estão subordinados também ao calendário escolar, possibilidades dos estagiários, de salas para atendimento e a extensas filas de espera. O modelo clínico adotado por mim enquanto supervisora e enquanto psicoterapeuta é o analítico junguiano clássico, voltado para o insight, dentro de uma perspectiva multifocal, de longa duração visando ajudar o paciente naquilo que denominamos de Processo de Individuação.

Nesses vinte anos de prática clínica, no consultório e acadêmica vivi inúmeras mudanças. Tenho vivido a mudança grandiosa da Educação e da Psicologia, principalmente no que se refere à necessidade de produção de conhecimento, estimulando as Universidades particulares, que em alguns casos não tem tradição em pesquisa, a assumir novos paradigmas. No âmbito da Psicologia enquanto Ciência e Profissão, inequívocas foram a abertura de novos campos de atuação, a ampliação das possibilidades de trabalho para o profissional psicólogo, o desenvolvimento da pesquisa em âmbito nacional para que esta subsidie a prática brasileira etc. E, com certeza, novas exigências são ditadas diariamente para que sua expansão acompanhe o desenvolvimento da Ciência como um todo.

Não se concebe mais apenas a reprodução do conhecimento importado, no Brasil de 2006. Isso não é mais suficiente por não responder às nossas mais gritantes necessidades específicas. É necessário que sejam construídos os nossos próprios saberes e meios de atuação, aqueles que respondam diretamente à nossa realidade e às nossas necessidades enquanto povo.

Preocupava-me e preocupo-me com a Formação que o aluno tem recebido ao longo dos anos do Curso de Psicologia, em especial a Formação Clínica.

Sabemos que este início de prática muitas vezes *molda* o fazer do profissional de forma definitiva.

Já imbuída por esses novos ares e preocupada com o assunto citado, em 2002 concluí minha dissertação de mestrado intitulada “Olhares sobre a vivência de formação clínica durante a graduação em Psicologia: um estudo fenomenológico”. O estudo concluiu que há uma disparidade preocupante entre o ensinado e o solicitado. Ao desenvolver a pesquisa acima citada, constatei principalmente a insuficiência da Formação Clínica na Universidade, apenas voltada para o modelo clássico de consultório, ainda que com uma formação aparentemente diferenciada por ocorrer dentro de diversas abordagens, porém, sempre a mesma: individual, de longa duração, psicoterapias, salas (consultório) enfim...

Ouvi falar em uma nova proposta de intervenção clínica denominada Plantão Psicológico pela primeira vez na Puc-Campinas quando ali realizava meu Mestrado em Psicologia Clínica.

Sincronisticamente ao conhecimento desta nova prática, a administração da Clínica-Escola, solicitou a um aluno cuja presença em termos de carga horária dentro do Estágio Supervisionado de Psicologia Clínica era bastante expressiva, que conversasse com sua supervisora sobre a possibilidade de incluir em suas funções um atendimento do *tipo acolhimento*, que viabilizasse não deixar ir embora da Clínica *de* mãos abanando, uma parcela muito significativa de pessoas em desespero que ali recorria aos serviços clínicos. Como os moldes de atendimento eram os clássicos, a pessoa era agendada para quando houvesse disponibilidade de vaga para o atendimento psicoterápico. Sugeria-se NAPS, CAPS, Ambulatórios, Postos de Saúde, Clínicas de outras Universidades ou algo afim, no próprio balcão de recepção. O máximo do procedimento era uma indicação de URGENTE em sua ficha de inscrição, mas isso não assegurava à pessoa o pronto atendimento. O critério de admissão para tratamento ocorria por ordem de chegada. Muitas vezes

quando se ia atender a uma pasta URGENTE, a urgência já se acabara, a crise já havia sido resolvida, cronificada, ou sabe-se lá o que.

Liguei a solicitação da administração clínica com o novo aprendizado sobre Plantão na PUC-CAMP à minha profunda angústia de supervisora, que via a procura pelos serviços clínicos aumentando, a gaveta denominada *Aguardando Chamada* crescendo e uma limitação enquanto Clínica-Escola diante de uma demanda social realmente avassaladora como a que se está vivendo.

Por outro lado também era por mim observado o grande número de desistências dos pacientes chamados para o Processo ao logo do ano, dentro dos estágios curriculares, logo de início ou após algumas breves semanas de atendimento. Isso ocorria por vários motivos alegados pelos pacientes ao serem questionados sobre o motivo da interrupção do tratamento ou hipotetizados diante de seu abandono puro e simples. Isso emperrava o deslanchar do aprendizado do aluno. No meu entender, desperdiçava tempo, mas inegavelmente e principalmente, tinha a certeza de que algo estava errado em toda essa dinâmica.

Resolvi então, diante da solicitação, implantar, em caráter experimental, o Plantão Psicológico, com apenas um estagiário e quase nenhum *know how* em termos de Pronto Atendimento Psicológico.

Certo que durante os Estágios pacientes em crise já haviam sido atendidos, mas esses casos eram no mínimo intermediados pela Secretaria da Clínica, por todo um aparato que de certa forma iria diferir muito do Plantão.

Durante o mês de Julho/2000 (férias acadêmicas), meu estagiário e eu estudamos entusiasmamente o pouco que havia sobre Plantão Psicológico, Emergências em Psiquiatria, Psicoterapia Breve, Aconselhamento, Relacionamentos Interpessoais etc. e escrevemos um Projeto. Inenarrável o sentimento de encantamento e de entusiasmo que vivemos e compartilhamos. Em consenso decidimos que aquelas foram as “nossas melhores férias acadêmicas”.

Adaptamos também uma ficha de coleta de dados a partir da ficha de triagem comum utilizada na Clínica-Escola, embora tivéssemos a firme intenção e o grande propósito de diferenciar muito nosso atendimento do Processo de Triagem Psicológica ou Psicodiagnóstico. Contudo, deveríamos registrar a passagem de nosso cliente pela Clínica-Escola da Universidade e tirar-lhe o caráter de *ocasionalidade*, por isso os registros. Iríamos assumir o compromisso de Atenção Psicológica com quem entrasse em nosso Plantão. Organizamos um organograma,

prevendo desde o momento da identificação do cliente que chegava ao balcão da clínica e era identificado como candidato ao Plantão pelas atendentes, as três sessões a que teria direito, o caráter de não agendamento e não preenchimento de nenhuma ficha para ser chamado para atendimento até o encaminhamento ao Serviço. O estagiário plantonista encarregou-se de *treinar* a Secretaria nesse quesito e também de divulgar a existência do Plantão, informalmente através de visitas à vários setores da Universidade. Iniciamos os atendimentos. O Plantão provocou um estranho sentimento de subversão, de estranheza, de desconfiança e muito subliminarmente de descrédito na Instituição que se viu às voltas com o não planejado e com a geração de uma demanda muito diferenciada.

Terminamos o ano de 2000 exultantes e verificando numericamente que o Plantão havia *tirado da fila de espera*, aproximadamente 30% das pessoas que procuravam auxílio psicoterápico, *embora diminuir a fila de espera não fosse o objetivo maior do Projeto*.

A implantação do Plantão Psicológico foi, empiricamente, um sucesso.

Mesmo assim, no ano seguinte, não foi possível dar continuidade ao Projeto.

Em 2002, com o retorno oficial conquistado, a Equipe foi fortalecida por cinco novos estagiários e, daí para frente, o Plantão passou a existir regularmente no quadro de Estágios curriculares opcionais na área clínica, oferecidos pelo Curso, junto aos demais projetos.

Vivendo essas experiências motivadoras, cresceu minha vontade de compreender a Atenção Psicológica, quais os elementos de cura que estavam compreendidos nas intervenções das sessões do Plantão, se este cumpria o papel de ser uma intervenção de tempo e objetivos limitados, porém eficaz, e se realmente este modelo de intervenção clínica psicológica poderia vir a colaborar de forma consistente com tão precário Sistema de Saúde Pública de forma a colocar ao alcance de um maior número de pessoas os serviços do psicólogo clínico. Gostaria de compreender também se os conhecimentos da Escola Junguiana, adaptados a uma forma diferenciada de atuação era pertinente para dar subsídio teórico aos atendimentos, bem com ao Projeto como um todo.

A intenção foi a de buscar respostas, através do estudo sistemático de dez casos clínicos com suas respectivas intervenções em seus três atendimentos e posteriormente no *follow up*, que fossem relevantes e colaborassem tanto para a expansão da Psicologia, da Psicologia Clínica, assim como contribuísse para a

ampliação da construção de conhecimentos dentro da Escola Analítica Junguiana, uma Escola ainda francamente em construção.

Em minha pesquisa de mestrado já havia constatado que há uma grande defasagem entre a prática clínica e a pesquisa, por inúmeros motivos, tais como a falta de tradição em pesquisa de algumas, o excesso de *academicismo*, a dificuldade de pesquisar-se em psicologia, a falta de incentivos e de recursos financeiros etc.

Estes fatos dificultam enormemente tanto o ensino, quanto a prática da Psicologia Clínica que parece acontecerem em paralelo, sem muita articulação entre si, além de interferirem sobremaneira na forma como os Serviços do profissional psicólogo são oferecidos, a começar pela Clínica-Escola. A pesquisa consistente e reveladora contribuirá com certeza para um novo *status* da Psicologia como Ciência, uma vez que esta pode ajudar a tornar a sua prática mais confiável e menos idiossincrática.

Ao entender melhor o universo do Plantão Psicológico, aprimorei minha prática, podendo continuar a profunda reformulação pessoal e profissional vivida por ocasião da realização do Curso de Mestrado e elaboração da dissertação, dando-lhes novos ângulos de visão, melhorando minha capacidade técnica, entendendo melhor a Psicologia Clínica e ajudando-me a transitar de uma realidade a outra, desde o momento em que concluí a graduação quando era praticado um tipo de psicologia, até o momento atual onde se operam todas as mudanças brevemente citadas acima. Pretendo ainda, além de colaborar com a Instituição na qual exerço parte de minha prática profissional como docente/supervisora, gerar dados para a melhoria do Serviço ali prestado, contribuir também com o entendimento mais aprofundado dessa nova prática clínica denominada de Plantão Psicológico.

Verifiquei que um estudo como este, pode contemplar de forma expressiva a formação do Psicólogo Clínico, ampliando-lhe a visão sobre Psicologia Clínica, Psicoterapia, Atenção Psicológica. Pelo lado do usuário dos Serviços de Psicologia, poder-se-á ajudá-los com maior rapidez em sua necessidade psíquica, sem que se perca em qualidade e ética. Quanto à Universidade, ao se desenvolver conhecimentos científicos a partir e para a comunidade a qual pertence, está cumprindo com a sua parcela de ajuda ao colaborar para que se realize uma de suas missões fundamentais, que é colocar a Ciência que esta veicula a Serviço do bem-estar dos humanos.

O presente trabalho teve como objetivo analisar fenomenologicamente a Atenção Psicológica colocada à disposição dos usuários de uma Clínica-Escola Universitária, por meio de intervenção clínica através do modelo de Plantão Psicológico de referencial analítico junguiano, a partir das experiências de Plantonistas, Pacientes e Supervisora Pesquisadora.

Para tanto, organizei esse estudo da seguinte maneira:

No capítulo primeiro, denominado de Saúde: entre o sagrado e o profano, propus-me a uma breve revisão do tema Saúde – Doença - Cura entendendo que estes são os temas focais da Atenção oferecida pelo Plantão Psicológico. Intencionei fazê-lo desde os tempos em que o assunto era tratado pelo âmbito mágico religioso até o advento da ciência moderna, procurando focalizar a questão da Saúde no Brasil e na Psicologia Clínica.

No capítulo segundo, denominado Plantão Psicológico: um vôo panorâmico, minha disposição foi a de mostrar o Plantão Psicológico pelos vários aspectos já estudados e consolidados, procurando fazer uma circumambulação pelo tema. Dei grande ênfase ao seu nascimento em solo existencial humanista, especificamente fundamentado pela Escola de Carl Rogers, a qual chamando a atenção para a questão do aqui-agora, da possibilidade de empatia quase imediata ao humano, e a profunda congruência do facilitador, oportunizaram atendimentos mais breves, contando sempre com a tendência à auto-atualização do cliente, além de contar com que tudo isso, ao favorecer uma experiência de aceitação positiva incondicional, permita ao cliente um renovado olhar para si mesmo.

Já no terceiro capítulo, chamado de Pela luneta junguiana: a vulnerabilidade da angústia como símbolo, tive como intenção dar um referencial teórico através dos conceitos da Teoria Junguiana, naquilo que estes podem adequar-se ao Plantão Psicológico, contribuindo também com seu embasamento científico. Da teoria junguiana, busquei, pela amplitude com que a mesma debruça-se em entender os mais profundos recônditos da alma humana, subsídios que levem a compreender os mais sutis entrelaçamentos que ocorrem entre o plantonista e seu cliente no momento da crise, as constelações específicas desse momento, assim como a questão da criatividade, que por definição, é oriunda do Inconsciente Coletivo, pode ser constelada de pronto, responsabilizando-se por um número significativo de resultados positivos atingidos, acenando ao paciente com novas perspectivas. Na escola analítica, busquei também o aprofundamento da questão Tempo.



Tradicionalmente nossas previsões clínicas de tempo para a duração dos Processos interventivos, adotam a contagem de um tempo externo, linear e não é desconhecido pela consciência coletiva o quão demorado são os atendimentos. Até mesmo pela própria Analítica. Mas ela também fala, assim como Física Quântica, de um tempo não linear, não cronológico, mítico, interno, altamente facilitador para Processos de Mudança, Kairós.

No quarto capítulo, Descobrimo uma trilha..., dediquei-me a mapear trecho por trecho do caminho que trilharia em busca de vislumbrar uma compreensão maior dos fenômenos vividos e partilhados a partir dos objetivos que tinha ao empreender esta jornada.

O quinto capítulo, Escavando...Farejando pistas...mapeando possibilidades, foi dedicado à descrição de atendimento por atendimento, o passo a passo dado pelo plantonista e pela supervisora-pesquisadora nas entrevistas de *follow up*, para que a riqueza do contato humano, dos procedimentos e de toda a ação da pesquisa pudessem fazer-se presentes. Realizei a uma colheita farta e misteriosa que pode ser demonstrada em três grandes cestos de sínteses gerais.

Em seguida, no sexto capítulo, Separando e classificando os grãos...o *circumambulatio* da colheita!, separei grão a grão, tratei de observá-los por todos os lados, *circum-ambulando-a*, andando ao seu redor, como ensinava o mestre Jung para que assim pudesse aproximar-me o mais possível do fenômeno e tentar compreendê-lo, ainda que de antemão, soubesse que a realidade em si nunca possa ser totalmente captada.

No sétimo capítulo, e para a terra arada, a nova semente! , tentei fazer dele um recomeço, uma alavanca para continuar na árdua, mas extasiante busca pela aproximação e compreensão da alma humana, da grandeza da Ciência Psicológica, na sua viabilidade em formas e contextos diferentes e de como a Escola Junguiana pode fazer-se presente neste momento de solicitação de todas as áreas do saber.

No oitavo capítulo, Segurar e largar...a dança do recomeçar, por último, mas não menos importante, expressei minha vivência pessoal na realização desse trabalho, e fundamentalmente meus sentimentos ao chegar ao seu final.

A Introdução à Tese e o capítulo oitavo, Segurar e largar... a dança do recomeçar!, Correspondente às considerações finais, foram escritas de forma pessoal, com a intenção de assumir a subjetividade do trabalho, devidamente autorizada pelo método fenomenológico.

---

Para terminar gostaria de citar um pensamento que me identifica plenamente com o autor e com o trabalho realizado no Plantão Psicológico:

“Enquanto terapeuta, sempre me pergunto que mensagem traz o doente, o que significa ele para mim. Se nada significa não tenho um ponto de apoio. O terapeuta só age onde é tocado. Só o” ferido cura “ [...] levo meus pacientes à sério [...] no atendimento psicológico de hoje em dia às vezes, é necessário que o terapeuta intervenha ativamente.”(JUNG, 1991b, §§123-124)





Capítulo I

13. OBALUAÉ



## Saúde: entre o sagrado e o profano

Tudo quando começa, sempre começa pequeno. Não nos deixemos abater pelo laborioso trabalho executado discreto, mas conscienciosamente, com cada pessoa em particular, embora nos pareça que a meta que buscamos está longe demais para ser atingida. No entanto, a meta do desenvolvimento e da maturação da personalidade individual está ao nosso alcance. Na medida em que estamos convencidos de que o portador da vida é o indivíduo, se conseguirmos que pelo menos uma única árvore dê frutos, ainda que mil outras permaneçam estéreis, já teremos prestado um serviço ao sentido da vida (JUNG, 1991b, § 229).

A história mostra-nos que há séculos o homem tem procurado alternativas para eliminar seus males físicos e emocionais de forma empírica ou intuitiva.

A dupla arquetípica composta pela pessoa que precisa de ajuda e por aquela que se dispõe a ajudar, data de *illo tempore*, permanecendo totalmente atual e atuante.

Algumas práticas de atenção à saúde com as quais convivemos hoje e nos parecem produtos do nosso século, na verdade têm suas raízes em épocas muito distantes. Até hoje convivem, em alguns casos pacificamente, com novas descobertas e práxis. Outras se realizam na clandestinidade. Algumas práticas mágico-religiosas estabelecem parceria, nem sempre claras, com a alta tecnologia do século XXI. Finalmente percebemos que em alguns contextos, as práticas mágico-religiosas superam, em aceitação popular, as mais modernas (BERNARD, 1998).

A humanidade como um todo já se valeu de diversos itinerários terapêuticos, considerando o uso dos mais diversos recursos no enfrentamento de episódios de doença no cotidiano, tanto em ações isoladas, como nas interações sociais (LEITE, VASCONCELOS, 2006).

Comparar diferentes modelos de saúde é tarefa bastante complicada, pois todos eles existem, foram criados e modificaram-se ao longo de tempo em razão das especificidades da cultura, do tempo e dos indivíduos aos quais estavam sujeitos.

Mesmo assim, torna-se muito útil para nós, pesquisadores da área, realizarmos estudos comparativos, não para sugerirmos a aplicação de um sistema a uma outra cultura totalmente diferente daquela para o qual determinado sistema foi criado e sim, porque através de estudos transculturais podemos ter a oportunidade de entendermos como a Saúde e conseqüentemente seus cuidados foram vistos e praticados ao longo dos séculos (BERNARD, 1998).

As dimensões desse tema são maior do que pode parecer a uma primeira vista. A questão da saúde, da doença e da cura, em última instância, remete o homem ao confronto direto com o seu maior temor e desafio: sua finitude.

Leloup (2001) aponta que o adoecer deixa à descoberta nossa limitação corporal e psíquica, para nossos limites, desgastes e complicações e finalmente para o não menos temido envelhecimento.

Todo o processo de adoecer, inevitavelmente é acompanhado pela busca do significado específico para a pessoa, porque quase sempre a remete a uma inaceitação e indignação diante do fato. Para os mais corajosos, a perda da saúde pode levar a questionamentos muito profundos, como por exemplo, o sentido da vida. Mobiliza angústia, requer um enorme investimento psíquico para enfrentar o caos da incerteza em que o indivíduo se vê mergulhado situacionalmente ou cronicamente.

No final das contas, tudo isso será um grande mobilizador do Processo de Individuação, provocará extensas, inéditas experiências e vivências e irá muito requerer. Na grande maioria das vezes, muito além das respostas prontas oferecidas pelos sistemas institucionalizados das áreas biomédicas, mesmo das áreas das ciências humanas, perpassando pela utilidade das crenças religiosas ou a-religiosas do indivíduo ou da coletividade (NAGY, 2003).

No ocidente cristão, é importante ainda salientar que o confronto com a morte constitui um elemento fundamental e central a partir da identificação com a figura do Cristo (JUNG, 1985b, § 307).

Escolhemos apenas uma pequena parcela desse universo, breves apontamentos, para darmos uma noção do quão vasto, complexo e antigo são o tema Saúde – Enfermidade – Doença – Cuidados e Cura.

## 1.1 O mito de Quiron – o ferido em busca de sua própria cura.

Os mitos constituem uma expressão direta dos símbolos e enigmas fundamentais da vida que não poderiam ser expressos diretamente pela linguagem consciente. Constituí-se em arquétipos ou imagens arquetípicas. Revelam a longa sedimentação da experiência humana durante toda a sua evolução, no que se refere aos desafios mais significativos e radicais de vida individual e coletiva. Nessas experiências primordiais a consciência só pode penetrar de forma metafórica ou simbólica. A essa herança sedimentada da humanidade Jung denominou de Inconsciente Coletivo (JUNG, 1988).

Expressam essa linguagem, assim como as vicissitudes do confronto dessas experiências nodais que cada pessoa, individual ou coletivamente é chamada a percorrer novamente (VASCONCELOS, 2006).

Elíade (1963) adverte que em nossa sociedade, por vários motivos, o mito deveria manter-se vivo, o que não tem ocorrido. Ainda assim, identifica que gradativamente vê surgir uma espécie de reparação e recolocação dele em seu merecedor *status já ocupado*, depois de ter passado por um longo período no qual era considerado, como fábula, algo inexistente, produto de imaginação e fantasias delirantes.

Nas sociedades chamadas arcaicas o mito, pelo contrário, designava uma história verdadeira e preciosa por seu caráter sagrado, exemplar e cheio de significados (ELIADE, 1979).

Vamos encontrar no mesmo autor (1963) a seguinte definição de mito, atribuída da grande importância que merece:

Mito conta uma história sagrada; relata um acontecimento ocorrido no tempo primordial, o tempo fabuloso do “princípios” [...] descrevem as diversas e às vezes dramáticas irrupções do sagrado ou do “sobrenatural” no Mundo (p.11) [...] Narram todos os acontecimentos primordiais em consequência dos quais o homem converteu-se em um ser sexuado, mortal, organizado em sociedade, obrigado a trabalhar para viver e seguir regras (Ibid, p.11).

Elíade (1979) esclarece-nos que o mito tem função nas curas. Pode ajudar o doente a *recomeçar* sua vida e o retorno à origem oferece a oportunidade de um renascimento.

Na mesma direção Campbell (1997), diz que a função primária da mitologia e dos ritos sempre foi a de fornecer símbolos que levem o espírito humano a avançar e a superar obstáculos.

O homem sente-se participar da grande eternidade mítica e liberta-se de sua transitoriedade; consegue viver integralmente e não apenas sobreviver. Dentro da mentalidade mítica, a própria morte pode fazer sentido: é o fim da última repetição, a suprema reintegração nas origens. (HESÍODO, 1995).

Ressalvada rapidamente a importância do mito, veremos um deles que retrata uma situação muito específica de adoecimento e cura. Trata-se de Quiron, o Centauro.

Na mitologia grega, Quiron era um centauro: metade homem, metade cavalo, filho da união ilícita entre o deus grego Chronos (Saturno), que tomou a forma de um cavalo para aproximar-se daquela que seria sua mãe, a mortal e ninfa do mar, Filira. Era neto de Urano (Céu) e Gaia (Terra), meio-irmão de Zeus (Júpiter). Era também um imortal. Foi rejeitado pela mãe, horrorizada com sua aparência e abandonado pelo pai. A rejeição parental foi sua 1ª ferida (SCHWAB, 1995).

O mesmo autor continua contando que o centauro foi acolhido e educado por Apolo (Sol) e Ártemis (Lua) e recebeu deles os ensinamentos que o tornaram um grande sábio. Estudou uma ampla variedade de assuntos desde artes, música, poesia, filosofia, lógica, ciência, ética, artes marciais, até artes divinatórias e profecias. Seu lado animal deu-lhe sabedoria terrena e proximidade com a natureza, conhecendo as propriedades medicinais das ervas, praticando a cura e a naturopatia. Sua fama como sábio espalhou-se e tornou-se um mestre e educador para muitos filhos de deuses e mortais. Iniciou terapeutas, músicos, magos e guerreiros, incluindo Orfeu, Asclépio, Hércules, Jasão, Aquiles. “Quiron preparava as pessoas para serem heróis, ensinando não apenas métodos de sobrevivência, mas valores culturais e éticos, o que os tornava aptos a servirem seus países ou de um todo maior do qual fizessem parte” (BRANDÃO, 1966).

Foi acidentalmente ferido na coxa, (aqui há várias versões, desde a coxa até o pé), prossegue Brandão (1996), mas de qualquer forma em seu lado animal por Heracles, um de seus alunos, com uma seta envenenada com o sangue da tenebrosa Hidra de Lerna, o veneno era tão potente que fez uma ferida incurável, até mesmo para a medicina de Quiron.

Recolhido à sua gruta, o médico ferido desejou morrer, depois de perseguir insistentemente sua cura. Tanto descobriu sobre e se aperfeiçoou em curas, que se viu na qualidade de professor de muitos curadores, ratificando aqui, o próprio Asclépio.

Franciscato (2003) aponta que a ferida, no entanto, permanecia incurável. Nem morrer conseguia por ser imortal, filho de um deus.

Sofrendo terrivelmente, fez um pacto com o titã Prometeu (que havia sido castigado por Zeus por ter roubado o fogo dos deuses e entregue aos homens, estando acorrentado a uma montanha no Cáucaso, tendo o fígado comido diariamente pela águia de Zeus). Quiron renunciou à sua imortalidade, tomando o lugar de Prometeu e descendo ao Hades. Ambos libertaram-se de seus sofrimentos.

Conta-se que Quiron subiu ao céu sob a forma da constelação de sagitário, uma vez que flecha (e ele foi ferido por uma), em latim sagitta, a que se assimila a Sagitário, estabelece a síntese dinâmica do homem, voando através do conhecimento para a transformação, de animal em ser espiritual (BRANDÃO, 1991).

Passa a representar, para os junguianos, o arquétipo do curador/ terapeuta ferido, ou seja, aquele que sai em busca de sua própria cura. Envolve-se com ela de tal maneira, que seu aprendizado nesse percurso extrapola a sua individualidade, podendo ser repassado para quem precisar ou desejar.

## 1.2 Santuário grego de cura dedicado a Asclépio

Iremos nos remeter agora a uma outra concepção de adoecimento e cura entre os gregos.

Encontramos um grande e bem desenvolvido “centro médico de cura” em Epidauro, cidade grega, distante apenas alguns quilômetros de Atenas. Ali, no século V a.C., cultuava-se o deus Asclépio, da Medicina. Ele mesmo educado e ensinado por Quiron, o centauro. No culto a Asclépio, cujo nome está relacionado ao visco, às serpentes que se enroscavam em seu bastão-símbolo, desempenharam



papéis simbólicos de destaque, tornando-se símbolo da medicina ocidental até hoje. Seu séqüito era composto por Hygéia e Panacéia. A primeira, era deusa da Saúde. Mesmo com o passar dos anos continuou com uma representação forte no imaginário coletivo sendo associada ao culto asclepiano, tendo sido freqüentemente retratada com seu pai e sua irmã, Panakéia. Hygéia, deusa da saúde velava pela preservação e manutenção da saúde, personificando a sabedoria pela qual as pessoas seriam saudáveis se vivessem sabiamente. Panakéia especializara-se no conhecimento de remédios derivados de plantas ou da terra (CAPRA, 1999).

Os médicos gregos posteriores ao culto, intitulavam-se asclepiadas (filhos de Asclépio).

Acorriam ao santuário, ao Templo dedicado ao culto a Asclépio todos aqueles que precisavam de qualquer tipo de ajuda. Costumava-se falar entre os gregos que as doenças advinham da quebra do *métron* da pessoa. Todo ser humano deveria preservar seu próprio *métron*, ou seja, sua *justa medida*. O *métron* de um indivíduo, quase sempre era quebrado pelas desmedidas, ou seja, pelos seus excessos e pela *hybris*, o pecado da arrogância. Embora escavações arqueológicas tenham encontrado ali restos de instrumentos cirúrgicos rudimentares, estudos modernos apontam que lá ocorriam rituais de curas fortemente psicológicos (CAMPBELL, 1992).

Era assim o pensar mítico da época:

“Procurava-se, a todo custo, através do *gnôthi s’auton’* (conhece-te a ti mesmo) que o homem ‘acordasse’ para a sua identidade real” (BRANDÃO, 1991, p.92).

O grego adoecido que procurasse o santuário deveria praticar rituais de purificação que se iniciavam com extensas caminhadas, banhos, etc. Posteriormente, deveria entrar ao santuário e ali dormir. Faziam isso algumas vezes. A isto chamavam de *mântica da incubação*. Ao dormirem, acreditavam que durante o sono, em sonhos, o próprio deus Asclépio se manifestava, apontando o motivo do adoecimento. Ao final do tempo de incubação, com a ajuda dos sacerdotes que lhes conduziam na interpretação dos apontamentos ditados por Asclépio, o doente teria sua indicação de cura. Hoje, entende-se que o que se praticava ali era a *nooterapia*, palavra grega para cura pela mente. A cura deveria advir sempre pela *metanóia*, que é uma palavra igualmente grega, para mudança de sentimentos. Ao recuperar o seu próprio *métron* pela *metanóia*, a pessoa curava-se. Quando a dominação romana

ocorreu, ocorreu também uma medicação generalizada agregada a práticas cirúrgicas mais modernas, dietética, porém os gregos mantiveram-se fiéis aos princípios da nooterapia (BRANDÃO, 1991).

Foi um asclepiáde, médico de Asclépio, o grande Hipocrates, pai da Medicina. Para Queiroz (2003 p.57-58):

A Medicina Hipocrática foi uma síntese elaborada entre o que rudimentarmente poderíamos chamar de intervenção e prevenção, ou seja, Higéia e Asclépio/Panakéia, visto que se preocupavam tanto com a manutenção da Saúde como também com a doença individual e com os meios para curá-las dentro de um sistema ecológico em que os fatores tais quais o ar, a água, o alimento e o clima são vistos como relevantes para o equilíbrio biológico.

Podemos perceber então, que o homem de antigamente já possuía um conhecimento apurado e até sofisticado, se considerarmos a escassez de recursos técnicos que dispunha. Acreditamos que tal saber, não devesse nunca ter sido desprezado por nossa racionalidade moderna, tão pouco pelo nosso amor à novidade.

### 1.3 Xamanismo e Cura

Os povos sem escrita, como os chama Levi-Strauss (1978) possuíam um conhecimento espantosamente exato do seu meio e de todos os seus recursos.

Em sua grande maioria existe a crença em comum de que os seres humanos são parte integrante de um sistema ordenado, em que toda doença é conseqüência de alguma desarmonia em relação à ordem cósmica. Conseqüentemente, seu tratamento deve ocorrer por meios mágicos, praticados em rituais, por um responsável que, na grande maioria dos casos, tratava-se de um xamã.

Trata-se de um personagem tribal, explica Achterberg (1999) dotado de poderes chamados mágicos, capaz de produzir estado alterado de consciência e

nestes estados contactar-se com forças cósmicas em benefício de seu povo. Em decorrência dessas capacidades extremadas, acumula funções médicas, religiosas e políticas. À medida que as sociedades evoluem, diversifica-se também o papel do xamã e muitos ficam responsáveis apenas pela condução dos rituais.

A recuperação varia da reintrodução do doente na harmonia ou no equilíbrio com a natureza, nas relações humanas e na relação com o mundo espiritual (CAPRA, 2002).

Sandner (2000) demonstra que nesse sistema de crenças, os homens não são vistos como indivíduos. Tudo que diz respeito ao seu aspecto pessoal, incluindo suas doenças, são vistas como fazendo parte de um grupo social. No seu processo de cura, a declaração de um diagnóstico afigura-se muitas vezes mais importante do que a própria terapia. O paciente é um mero símbolo dos conflitos sociais da tribo.

As terapias quando acontecem, possuem sempre o caráter que hoje denominamos de psicossomáticos.

Segundo Levi-Strauss (1967), a cura consistiria, pois, em tornar pensável uma situação dada inicialmente em termos afetivos, e aceitável para o espírito as dores do corpo que as recusa tolerar.

Se as forças que foram mobilizadas correspondiam ou não a uma realidade objetiva, não tem a mínima importância. O que vale é que o doente aceita os espíritos bons e ruins, os animais mágicos e jamais os põe em dúvida, afirma Sandner (2000). Sua inconformidade é com as dores que o acometem e disso o xamã encarrega-se de reintegrá-lo num conjunto onde todos os elementos apoiavam mutuamente, através de um apelo ao mito. Dessa maneira, o doente não apenas conforma-se: ele se cura.

Isso aconteça, pois o xamã oferece ao seu doente uma linguagem, uma possibilidade de expressão daquilo que estava contido em estados não-formulados. Essa possibilidade de expressão de forma amparada segura e protegida possibilita a experiência da doença em inteligível e real, desbloqueando a energia contida em excesso no processo fisiológico, reorganizando seu organismo e sua mente (LEVI-SATRAUSS, 1968).

O xamã assume aqui a mesma função dos analistas modernos ao favorecer que se estabeleça uma relação entre a consciência e o inconsciente do doente. A cura xamanística que é oferecida ao doente é a de reconstruir um mito individual que

o doente constrói, com elementos do passado. Já em um outro, pode ser um mito social que recebe do exterior e que não corresponde ao seu estado pessoal.

Uma certa comparação com métodos analíticos atuais nos permitiu esclarecer certos aspectos da cura xamanística, principalmente na questão da revivência do mito pessoal.

Quer seja o mito recriado pelo sujeito, quer seja tomado de empréstimo à tradição, ele só absorve de sua fontes, individual ou coletiva (entre as quais se produzem freqüentemente interpretações e trocas), o material de imagens que ele emprega [...] E é por ela que a função simbólica se realiza (LEVI-STRAUSS, 1968, p.71).

Por outro lado, sabe-se que todo mito é a procura de um tempo perdido. Essa forma moderna de técnica xamanística que são as escolas analíticas da psicologia, vem tirando, pois, seus caracteres particulares do fato de que, na civilização mecânica, não há mais lugar para o mítico, senão o próprio homem, considera Achterberg (1999).

#### 1.4 "O curador" entre os negros: candomblé e orixás

Bastide (2001) identifica-nos que também dos africanos recebemos um legado de conhecimentos sobre enfermidade e cura, através de sua religião, ou seja, o *Candomblé*.

Trata-se do culto aos orixás, de origem totêmica e familiar. É uma das Religiões Afro-Brasileiras praticadas principalmente no Brasil, mas também em países adjacentes, como Uruguai, Argentina, e Venezuela. A religião, que tem por base a "anima" (alma) da Natureza, sendo portanto chamada de anímica, foi desenvolvida no Brasil com o conhecimento dos sacerdotes africanos que foram escravizados e trazidos da África para o Brasil, juntamente com seus orixás/vodus, sua cultura, e seus dialetos, entre 1549 e 1888 (ALENCASTRO, 2000).

Embora confinado originalmente à população de escravos, proibido pela igreja Católica e criminalizado mesmo por alguns governos, para Bastide (2001) o candomblé prosperou nos quatro séculos, e expandiu-se consideravelmente desde o fim da escravatura em 1888.

É agora uma das religiões principais estabelecidas, com seguidores de todas as classes sociais e dezenas de milhares de templos. Em levantamentos recentes, aproximadamente 3 milhões de brasileiros (1,5% da população total) declararam o candomblé como sua religião. Na cidade de Salvador existem 2.230 terreiros registrados na Federação Baiana de Cultos Afro-brasileiros (IBGE/2005).

Entretanto, na cultura brasileira, as religiões não são vistas mutuamente como exclusivas, e muitos povos de outras crenças religiosas — até 70 milhões, de acordo com algumas organizações culturais Afro-Brasileiras — participam em rituais do candomblé, regularmente ou ocasionalmente. Orixás do Candomblé, os rituais, e as festas são agora uma parte integrante da cultura e uma parte do folclore brasileiro. Um desses Orixás é Omolu/Obaluaê que se liga a doenças e conseqüentemente à cura (PRANDI, 2001).

Os dois personagens religiosos São Lázaro e Omolu, estabelecem semelhanças, pois ambos são requisitados pelos fiéis para curar doenças. Podemos dizer então que ocorreu um sincretismo. São Lázaro tinha o corpo cheio de chagas e Omolu é a entidade que pode impedir doenças contagiosas. Seu corpo não é visto, porque também é cheio de feridas, por isso é coberto de palhas.

Apresentaremos, a partir de autor acima citado (2001), três lendas principais que lhe conferem identidade.

1 - Por causa do feitiço usado por Nanã para engravidar, Omolu nasceu todo deformado. Desgostosa com o aspecto do filho Nana o abandonou na beira da praia, para que o mar o levasse. Um grande caranguejo encontrou o bebê e atacou-o com as pinças, tirando pedaços da sua carne. Quando Omolu estava todo ferido e quase morrendo, Iemanjá saiu do mar e o encontrou. Penalizada, acomodou-o numa gruta e passou a cuidar dele, fazendo curativos com folhas de bananeira e alimentando-o com pipoca sem sal nem gordura até que o bebê se recuperou. Então Iemanjá criou-o como se fosse seu filho.

2 - Omolu tinha o rosto muito deformado e a pele cheia de cicatrizes. Por isso, vivia sempre isolado, escondendo-se de todos. Certo dia houve uma festa de que todos os Orixás participavam, mas Ogum percebeu que o irmão não tinha vindo dançar. Quando lhe disseram que ele tinha vergonha de seu aspecto, Ogum foi ao mato, colheu palha e fez uma capa com que Omolu se cobriu da cabeça aos pés, tendo então coragem de se aproximar dos outros. Mas ainda não dançava, pois todos tinham nojo de tocá-lo. Apenas Iansã teve coragem. Quando dançaram, a ventania levantou a palha e todos viram um rapaz bonito e sadio e Oxum ficou morrendo de inveja da irmã.

3 - Quando Obaluaê ficou rapaz, resolveu correr mundo para ganhar a vida. Partiu vestido com simplicidade e começou a procurar trabalho, mas nada conseguiu. Logo começou a passar fome, mas nem uma esmola lhe davam. Saindo da cidade, embrenhou-se na mata, onde se alimentava de ervas e caça, tendo por companhia um cão e as serpentes da terra. Ficou muito doente. Por fim, quando achava que ia morrer, Olorun curou as feridas que cobriam seu corpo. Agradecido, ele se dedicou à tarefa de viajar pelas aldeias para curar os enfermos e vencer as epidemias que castigaram todos que lhe negaram auxílio e abrigo.

O sincretismo religioso tornou-se uma das saídas perante a perseguição religiosa que os escravos sofriam no Brasil. Para manterem seus ritos, os africanos viam-se obrigados a manterem seus ritos diante de altares católicos que lhes serviam de álibi, enganando assim a vigilância do senhor. O domínio do orixá é a terra, as epidemias, a morte. Castiga com doenças, mas também cura os males. É o médico dos pobres e o senhor dos cemitérios. Como características de personalidade esse Orixá apresenta-se reservado, solitário, simples, trabalhador, serviçal, depressivo, doentio. Os riscos de saúde que apresenta são a contração das doenças de pele, problemas nas pernas e coluna. Sua saudação que vem de dialetos africanos é *Atoto* (PRANDI, 2001).

Na sabedoria do negro que chegou ao Brasil como escravo, temos imagens arquetípicas de preconceito, abandono, valorização da beleza exterior, estética, inveja, exclusão, enfim, todos os temas atuais que permeiam a questão da doença e cura na contemporaneidade.

## 1.5 Raízes e Rezas

Adentrando Brasil afora, vamos nos deparar com um universo igualmente vasto e rico de concepções e buscas sobre o tema em questão. Refletindo sobre aquilo que temos lido na mídia sobre a chamada *onda mística que assola o país já há alguns anos*, não é algo tão facilmente desconsiderado ou que devemos simplesmente pensar em resguardar a psicologia da *lama negra do ocultismo*, como no início da psicanálise (ZACHARIAS, 2000, grifos nossos). Parece que o fenômeno não é tão simples assim.

Nossa cultura foi construída na tradição católica popular portuguesa, amalgamada por práticas religiosas e curativas indígenas e africanas.

É fato que em muitas regiões do Brasil as pessoas confiam mais nas tradicionais benzedeiras do que nas práticas médicas convencionais.

Certamente este dado evidencia uma sociedade organizada na desigualdade social, em que muitos nunca tiveram acesso a tratamentos médicos adequados e que o apoio místico das benzedeiras foi o único alento em meio ao sofrimento físico e emocional (IBGE, 2005).

Não pretendemos aqui negar o conhecimento científico e tão pouco sua importância no desenvolvimento humano, mas gostaríamos de afirmar que ao nosso ver a ciência não é a única verdade pela qual deva se pautar a vida humana e a sociedade. O dinamismo humano inclui outras verdades que, embora não sejam científicas, compõe o substrato de nossa experiência. Como podemos afirmar que a metodologia científica é a única forma de se acessar um conhecimento? Existe toda uma cultura e porque não dizer, sabedoria popular que deve ser considerada (BASTIDE, 2006).

Não pretendemos aqui negar a ciência, mas em se tratando da subjetividade humana, outras questões devem ser consideradas, que embora não sejam de cunho científico, compõem o substrato da nossa experiência.

Como nos relata um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Pará (UFPA) e da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), coordenados por Maués (2005), em Maranguape, cidade do interior do Ceará, verificou-se que a população, quando do adoecimento de algum membro da família, principalmente

no que se refere à desidratação infantil, preferia procurar as rezadeiras, por estas estarem mais próximas do seu cotidiano. Identificou-se que o que ocorria era que, quando procurada, a rezadeira suspendia a alimentação e a hidratação da criança intensificando suas rezas. Aos poucos foram, sendo esclarecidas da necessidade de novos procedimentos que, de maneira nenhuma excluía a reza, mas que fizessem uso de material sanitário adequado como, por exemplo, água potável.

Passaram a receber materiais tal como um filtro doméstico do poder público.

Dessa maneira, rezadeiras e médicos esforçaram-se na superação de preconceitos e se tornaram parceiros na luta pela redução da mortalidade infantil através de uma proposta de integração de ações entre o poder público, os médicos e as rezadeiras. Estas foram localizadas no município e convidadas a se cadastrarem, o que para elas significou reconhecimento da importância do seu trabalho. Criaram-se relações de proximidade entre os vários grupos de rezadeiras que havia, *buscou-se a valorização do dom da reza* e a troca de experiências, o que não acontecia de forma muito expressiva, pois, de certa maneira, havia uma competição entre elas. Nessa cidade do interior nordestino do Brasil a proporção é de um médico para cada dez rezadeiras. Com a criação da relação de proximidade entre as rezadeiras e os médicos, ambos começaram a “encaminharem-se” pacientes, mutuamente. Reuniões periódicas entre os grupos serviram para que ambos superassem os preconceitos que havia (MAUÉS; MEDEIROS, 2005).

Uma Unidade Básica de Saúde chegou a implantar o *cantinho da Fé*, onde as rezadeiras da cidade, em esquema de revezamento, dedicam parte do seu dia ao atendimento das famílias que saem do consultório médico. Ela benze a criança e o medicamento e em sua mesa os objetos religiosos e remédios misturam-se.

As equipes de saúde que realizam este trabalho o fazem balizado no apoio da Organização Mundial de Saúde que incentiva a valorização do saber tradicional da Saúde das populações, entendendo que a união entre saberes populares e ciência é altamente eficaz e não pode ser desconsiderado.



## 1.6 Pajelanças, Raizeiros, Trances, Músicas, Experiências Estáticas, Curas Espirituais, Terapêutica Religiosa, Rituais Divinatórios

Ao continuarmos nossa expedição pelo universo brasileiro da Saúde-Adoecimento-Busca pela Cura, torna-se não imaginável e não abarcável seu contexto integral, tamanha sua extensão. Alguns pesquisadores dispuseram-se a tal feito heróico e através deles conseguimos vislumbrar uma pequena parte de sua composição.

Villacorta (2005,) estudou grupos de pessoas tais como ufólogos, ecologistas, esotéricos e adeptos do Santo Daime que acorrem ao nordeste do Pará como a um *portal de cura da Amazônia*. A pajelança cabocla ali realizada, que muito se parece a um xamanismo ribeirinho, torna-se uma saída para quem busca uma *medicina alternativa*, assim como as especialidades nativas de cura e principalmente um contato próximo com os chamados *curadores*.

Do mesmo grupo, Luna e Paulo (2005,) discorrem sobre a figura de um certo *raizeiro*, cujo dom diz ter herdado de sua mãe. Supostamente com formação universitária, refere-se ele a ter optado finalmente pelas ervas. Dedicase diariamente à leitura de livros medicinais, conhecendo e *receitando* remédios para todos os males. É respeitadíssimo em sua comunidade e conhecido como o *raizeiro doutor*.

Também Nicolau (2005) se dispôs a falar sobre a Renovação Carismática Católica, cujas transformações rituais possibilitaram o engajamento no discurso emocional da fé, visando mudanças que possibilitem uma vida e uma pessoa melhor. Quando Deus *toca o coração* acontece a *renovação* que os atores representam como *cura*. Essa conversão corresponde a uma demanda de *cura psicológica*. Acontecem reestruturações de hábitos e costumes religiosos que são significados como cura.

Maués (2005) observa a presença de diferentes técnicas corporais de cura espiritual. A despeito de algumas diferenças, entre práticas kardecistas, carismáticas, pajelanças, etc. existem algumas semelhanças notáveis tais como a técnica do passe, a benzeção, imposição de mãos, transe, incorporação de entidades, expulsão de espíritos, a dança, o canto, a musica, a oração e por aí

afora. A distinção fundamental que existe nestas técnicas situa-se para as pessoas envolvidas, no nível de significado mais profundo apreendidos ou não, embora, em alguns casos, esses significados também possam relações estreitas entre si.

Budeen (2005) investiga sobre a relação entre as experiências de doenças e as dimensões de busca de saúde e práticas de cura que ocorrem nas religiões de êxtase entendendo como religiões de êxtase, aquelas que lidam com possessão espiritual, exorcismo e cura através da fé em ritual terapêutico como a umbanda, pajelança, Santo Daime etc. Pretende o pesquisador também esclarecer os problemas de saúde físicos e emocionais enfrentados pelos brasileiros de diferentes estratos sociais, assim como os recursos buscados no resgate da saúde.

Gusmão (2005) dará foco na questão da experiência dos sujeitos curados, tentando compreender a forma como um modelo de cura religiosa trata as aflições e como o término destas se realizou na vida do fiel, atentando para a maneira que o referido modelo re-significa a experiência da aflição.

Costa (2005) buscou entender como um médico Dr. Camilo Salgado (1874-1938), já falecido em Belém do Pará, entrou para a galeria dos santos populares que fazem milagres aos fiéis que vão ao seu túmulo ou rezam para ele fazendo pedidos de cura. As pessoas que realizam esse percurso em busca de cura, transformaram o personagem em um *médico-santo* ao qual cultuam na tentativa de solução de seus problemas.

Salgado (2005) estudou a religiosidade e o espaço hospitalar, concluindo que, mesmo em sendo o hospital um lugar destinado à cura, passa a ser também um espaço simbólico que, embora consagrado ao conhecimento científico, não deixa de incluir a religião como uma dimensão da vida social, com toda a riqueza e poder dos seus símbolos.

Finalmente, Medeiros e Carvalho (2005) estudam como o jogo de búzios, cartas de baralho e os jogos vão completando as mensagens que se recebe e que vão sendo trazidas e conduzidas pelas cartas. São realizadas consultas e ao final das mesmas banhos são receitados, escreve-se o nome completo do consulente em um caderno de oração, para que este seja abençoado. Tem-se aqui então, como prática, a junção de jogos divinatórios e atividade orante: magia com religião.

Eis aí uma pequena parcela da riqueza da diversidade brasileira.

## 2 O Sagrado e o Científico na Saúde

Além da quantidade de práticas que dispomos para tratar do assunto, o que ao nosso ver reflete o quão complexa esta questão é para o psiquismo humano, parece-nos que este imbricamento reflete apenas um fator subliminar: o fato de sermos humanos, mortais e finitos.

Leloup (2001) corrobora, referindo-se que, a questão da saúde e da doença para o ser humano ocupa um espaço bastante imbricado em seu psiquismo. A finitude é um dos aspectos da natureza humana que mais tem intrigado e desafiado o homem há milênios.

Dessa forma, estar com saúde acena para a possibilidade de estar vivo e a questão da VIDA e seus mistérios, que, para os humanos sempre esteve ligada ao mágico e ao religioso do homem primitivo chegando aos dias de hoje, ainda que de forma nem sempre literal (CARVALHO, 2004). No hospital, o locus mais efusivo de conscientização para sua doença a pessoa inicia uma ruptura com o cotidiano, vivencia o desconforto da doença, passa a sentir que sua vida está em jogo, que depende do socorro externo para tê-la de volta e sucumbe á hospitalização e esta é realmente a maior causa de um afastamento de sua saúde. (ROCHA; MELLO, 2004).

O ser humano, por tratar-se de uma espécie simbólica, enfrenta algumas indagações a mais: *a exigência de um sentido para a doença*.

Diferencia-se do animal, por não ter uma bagagem genética, que lhe permita, de forma única, a interpretação do mundo circundante. Por se inacabado, seus instintos não vão ter o caráter especializado, encontrado nos instintos dos animais (LEITE; VASCONCELOS, 2006).

Depende, portanto, de suas construções simbólicas.

Qualquer coisa que coloque em xeque os sistemas simbólicos do homem, que ameace sua unidade e sua coerência, torna-se por demais angustiante, intolerável. Nos momentos em que a coerência desses códigos culturais fica enfraquecida, o ser humano se depara com sua verdadeira condição de fragilidade diante do mundo. Na medida em que o real abre brechas nessas construções

simbólicas, obriga o homem a deparar-se com sua impotência, uma vez que esses padrões culturais lhe dão a ilusão de completude, da qual ele carece (QUINTANA, 1999).

Na doença, assim como na morte, o real se impõe (QUINTANA; CECIM; HENN, 2002).

A consciência que o homem tem da morte é muito particular, pois ao mesmo tempo, existe uma que nega, acreditando em sua imortalidade.

A morte se torna um lugar sagrado, lugar de rituais, onde se procura aproximar-se de seu mistério. A doença, por constituir-se uma possibilidade ou um preâmbulo da morte, também passa por ritualizações. Os ritos colocam o homem em contato com o Sagrado e este passa a ser visto como aquilo que não se enquadra nos códigos disponíveis com os quais interpretam a realidade que escapa ao seu controle (CARVALHO, 2004).

Para Leloup (2001) a doença se torna algo ininterpretável, como algo sem sentido, questionando a totalidade das construções simbólicas pelas quais se orienta no mundo. Surge, então, a necessidade de cobrir essa ruptura com novas construções simbólicas, para além das construções simbólicas do cotidiano, ou seja, manter a ilusão de que essas novas construções simbólicas se equivalem ao real. As coisas que a ela escapam pertencem a uma outra realidade, a uma outra ordem: a ordem do sobrenatural, do sagrado.

Se o sagrado aparece naqueles lugares onde existe uma falta de significação originada por uma quebra na organização simbólica, na doença surge à falta de sentido, o sobrenatural, o sagrado e, portanto, a necessidade do rito como forma de dar conta desse sagrado.

Leite e Vasconcelos (2006), demonstram que ocupando esse lugar, surge então a figura do médico - não aquele que vai restaurar a ordem perdida, mas aquele que vai eliminar a doença. Assim, ele se coloca no lugar de quem tem um poder especial para recompor a ordem.

Eliade (1985) alerta para os procedimentos de cura nas sociedades tribais, onde fica evidente a importância do ritual que serve de anteparo para a manifestação do sagrado, explicitar a origem do sofrimento para que o medicamento produza efeito no doente.

A demanda é para que o curador possua a capacidade de por meio de sistemas simbólicos específicos, possibilitar ao doente uma explicação que possa dar coerência à sua aflição.

A fala, construtora dos universos simbólicos, é na maioria das vezes negligenciada no processo terapêutico da medicina oficial. Ignora-se, portanto, a existência do intercâmbio simbólico em qualquer ato médico, transformando-o em mera ação técnica (BERNARD, 1998).

Tem-se delegado à Psicologia a função de relacionar-se com o simbólico.

A possibilidade de simbolizar, de poder integrar num contexto significativo um estado que escapa ao percurso natural da existência, possibilita transformar o perigoso ou prejudicial em algo nominável, tangível, portanto passível de ser modificado.

A palavra que designa o objeto se transforma em duplo: imagens e símbolos. Portanto, a partir do momento em que se nomeia o objeto através da palavra, pode-se controlar o nomeado na sua ausência. O objeto por meio da palavra se torna presente, ainda que ausente. Não mais se faz necessário agir sobre os objetos, pois se pode agir sobre seus duplos. Em seu afã de objetividade, de procura de um positivismo, a medicina exclui a questão do sujeito da doença, ao reduzir, em prol da causalidade, a úlcera do estômago a um buraco que deve ser eliminado (CARVALHO, 2004).

Aspectos sagrados não desaparecem nas diferentes terapêuticas médicas, ressurgindo, por vezes, transvestidos de cientificismo.

Observe-se na figura do médico – a figura arquetípica do Senhor da vida e da morte e - na crença disfarçada de que a morte, como a vida e a criação pode ser controlada, dominada (JUNG, 1993a).

Quanto mais a ciência médica tenta excluir de seus práticos processos mágico-religiosos, tanto mais tem a pretensão de ocupar esse mesmo lugar (IDEM, 1993a).

A nossa sociedade é a única a ter especialistas científicos para tratar exclusivamente de ferimentos simbólicos, isolados de recursos farmacopéicos, numa grande tendência a desencontrar-se do universo cultural dos grupos populares.

Repetidamente surgem na literatura que a linha divisória entre as práticas populares e as práticas oficiais estabelece-se pelo processo mágico-religioso presente nas primeiras.

Salgado (2005) identifica que a presença do religioso na medicina oficial é possível ser compreendida a partir de um olhar mais apurado, como exemplo: as capelas no interior dos hospitais, os crucifixos e bíblias nas Unidades de Terapia Intensiva e os nomes de santos dados a muitos sanatórios, delatam o modo implícito do espaço religioso em tais práticas.

De fato, a análise das relações entre a prática médica e a terapêutica popular estabelece uma clivagem forçada: do lado da medicina estariam o empírico, a farmacopéia, o racional e o orgânico, entre outros; e do lado das práticas populares, encontraríamos o simbólico, o ritual, o irracional, o psicológico e o social. Entretanto, não existem, na verdade, práticas puramente científicas ou puramente mágico-religiosa (QUINTANA; CECIM; HENN, 2002).

As terapêuticas científicas – tal como as terapêuticas populares são perpassadas por processos mágico-religiosos.

Nas oficiais, os processos mágico-religiosos se apresentam de maneira periférica, excluída do seu discurso explícito.

Carvalho (2004) considera que todo processo terapêutico gira em torno, inevitavelmente da doença, sendo que a tendência atual é para que se aponte nas doenças estritamente o componente biológico, excluindo qualquer relação com a realidade social e cultural.

Contudo, compreendemos que a doença é uma linha contínua, que tem a saúde e a doença em cada um de seus extremos. Esta última não se desenvolve somente no interior da pessoa, mas sim entre ela e o ambiente (LEITE; VASCONCELOS, 2006).

A antropologia médica norte-americana nos mostra essa relação da doença com o social ao definir dois termos diferentes: *disease*, que em português teria como equivalente o termo enfermidade, constituiria a alteração orgânica; e *illness*, que representaria a doença, a resposta subjetiva do paciente, o significado que o indivíduo confere a esta. (QUINTANA, 1999, p. 25).

### 3 Saúde Pública

A análise das relações entre a prática médica e as terapêuticas populares estabelecem uma clivagem forçada: do lado da medicina estariam o empírico, a farmacopéia, o racional e o orgânico, entre outros. E do lado das práticas populares, encontraríamos o simbólico, o ritual, o irracional, o psicológico e o social. Entretanto, não existem, na verdade, práticas puramente científicas ou puramente mágico-religiosas. (QUINTANA; CECIM E HENN, 2002).

Quintana (1999), defende que as terapêuticas científicas – tal como as terapêuticas populares – são perpassadas por processos mágico-religiosos. Nas oficiais os processos mágico-religiosos se apresentam de maneira periférica, excluída do seu discurso explícito ao perguntar-nos se *“existe algo inerente ao processo de cura que o coloca inexoravelmente no campo do sagrado?”* (p.25).

Todo processo terapêutico gira em torno, inevitavelmente, da doença. A classe médica aponta as doenças estritamente no componente biológico, excluindo qualquer relação com a realidade social e cultural.

Contudo, compreendemos que a doença é uma linha contínua, que tem a saúde e a doença em cada um de seus extremos. Esta última não se desenvolve somente no interior da pessoa, mas sim, entre ela e o ambiente (IDEM, 1999).

Para começarmos a pensar em Saúde Pública no Brasil de 2006, precisamos entender sucintamente como a área desenvolveu-se ao longo de séculos.

A carta de Ottawa, de 1966, é um dos documentos fundadores do movimento atual de promoção à saúde. A promoção à saúde está associada, nessa concepção, a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, igualdade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, ação conjunta, entre outras (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE – OPAS/ OMS – 2000).

Marca um avanço e uma compreensão mais elaborada dos conceitos de Doença-Cura-Saúde-indivíduo.

Para chegarmos até aqui não podemos ignorar que desde a época renascentista, passando pelo Iluminismo até recentemente, a ciência tem acumulado alguns sucessos impressionantes, especialmente a Medicina, que oferece paradigma a quase todas as áreas da Saúde (QUEIROZ, 2003).

Para entendermos o contexto de uma forma um pouco mais ampla, comecemos pela Medicina praticada na Idade Média, já que acima enfatizamos algumas formas que poderíamos chamar de sagradas e mais condizentes com o início da trajetória da humanidade. Falaremos da Medicina, pois adotaremos aqui o pressuposto que o profissional nuclear da atenção à saúde é o médico.

De forma resumida, poderíamos dizer que na Idade Média a medicina mantém um pressuposto aristotélico, sendo a doença a expressão da alteração do organismo em conjunto com o seu meio físico e social.

No século XVII, Descartes estabeleceu os métodos para se pensar o corpo humano como máquina. A partir da Revolução Industrial, verificou-se uma modificação fundamental entre Saúde e Medicina.

“Essa ruptura veio acompanhada da ruptura entre corpo e mente, eu e outra pessoa e contexto, relações comunitárias e econômicas em um mundo em intenso processo de burocratização e desencanto” (QUEIROZ, 2003, p.58).

A idéia de indivíduo até o século XIX tinha conotação específica. O indivíduo e a família faziam parte de um mesmo ciclo vital, sob uma forma circular em que os vivos e os mortos faziam parte de uma grande família. O desejo e o corpo do indivíduo estavam submetidos ao interesse familiar. A doença em suas diferentes formas e periculosidade colocavam em risco o patrimônio familiar e a linhagem. Desejo de se perpetuar e de viver a própria vida eram irreconciliáveis.

Para cuidar de si e preservar o patrimônio cultural e econômico fazia com que se recorresse à classe médica para o cuidado com o corpo.

A partir do século XIX, o elo que unia terra e família se desvanece, levando ao recolhimento e ao íntimo doméstico, delineando novos modos de lidar com os vivos e os mortos, dando início àquilo que se denomina “família moderna” (MEDRANO, 2004).

Nessa época, marcada também pelas transformações no conceito de indivíduo e família, os grandes avanços acontecem em profusão. Progressista era instaura-se, preconizados, por exemplo, pelos cientistas Louis de Pasteur (1822-1895) e Robert Koch (1843-1910), cujas descobertas permitiram o estabelecimento do conceito de etiologia específica, que pressupõe uma taxonomia de doenças semelhantes a plantas e animais. Nessa perspectiva transfere-se o foco da pesquisa biomédica do paciente para a doença. Os psiquiatras debruçaram-se na descoberta



das causas orgânicas das doenças mentais, com ênfase na definição e na localização da patologia (QUEIROZ, 2003).

Ainda o mesmo autor (2003) prossegue explicando que no século XX começa um grande avanço da ciência médica que se volta para as dimensões moleculares da vida. Vem nesse bojo a descoberta da penicilina, dos tranqüilizantes e antidepressivos, da insulina, cortisona e hormônios sexuais, vitaminas, dos três grupos sanguíneos etc. Em 1960 começa a era dos transplantes. Concomitantemente e até por causa disso, a medicina passa a ficar fortemente dependente da alta tecnologia, acarretando problemas de todas as espécies, desde os financeiros, até os éticos e morais. O mecanicismo vigente acarreta dificuldades paradigmáticas na conceitualização de problemas modernos de saúde humana, sem falar nos custos elevadíssimos desses procedimentos, o que inviabiliza a prática da Saúde na grande maioria dos países em desenvolvimento.

Sob o ponto de vista médico, Queiroz (2003) aponta que a prática da medicina ocidental moderna levou o indivíduo a um processo de perda constante de sua integridade, consciência cultural, se tornado um objeto de manipulação.

Especificando, Jewson (1976 citado por QUEIROZ, 2003) aponta que esse processo de desidentificação do paciente enquanto indivíduo ocorreu em estágios distintos. No primeiro, existia o modelo denominado por ele de *medicina ao lado do leito*, no qual eram consideradas as idiosincrasias do doente bem como seu aspecto familiar e social. Um outro momento seria aquele no qual o paciente deixa de ser a dominante no relacionamento médico/paciente e, conseqüentemente, as doenças passam a ser as principais protagonistas: o paciente, um mero caso clínico. Seria a etapa da *medicina hospitalar*.

O hospital, na sua feição atual, surge com as descobertas no campo da biologia e microbiologia dos séculos XVIII e XIX que ensejaram a franca hegemonia das explicações biológicas do processo saúde-doença e com a sua eleição como local de trabalho da medicina científica. O modelo assistencial predominante nos serviços de saúde, inclusive nos hospitais, utiliza-se desse enfoque biologicista (BERNARD, 1998).

Nesse modelo, o médico e as demais profissões de saúde tomaram como objeto a doença, como evento único, abstraído da pessoa que adoece, das relações sociais e econômicas em que vivia — um ser sem história. Esse modelo se

desenvolve a partir da Clínica e, portanto, favorece a que o universo dos serviços de saúde se centralize em torno do saber médico (OLIVEIRA, 2002).

Esse modelo de atenção mantém clara relação com a prática liberal-privativista, pela qual a lógica do mercado move o exercício da medicina, caracterizado por:

Ênfase nas práticas curativas; tendência de medicalizar o processo saúde-doença; incorporação crescente de aparato tecnológico na forma principalmente de equipamentos e insumos; e estímulo à realização de procedimentos impostos por interesses econômicos (SOUZA CAMPOS, 2003).

Uma última etapa seria a era da *medicina de laboratório*, quando o paciente passa a não ser mais nem um mero caso clínico e sim um objeto a ser manipulado. A Medicina passa a ser uma racionalização para as causas da verdadeira doença no mundo capitalista. (BERLINER, 2002).

Matos (2004), falando em termos de Saúde Pública Internacional, aponta que a questão da Saúde Pública passou por três grandes “revoluções”.

A Primeira Revolução na Saúde refere-se ao desenvolvimento do modelo biomédico. Nessa fase o entendimento era que “agente infeccioso” corresponde a um germe que surge e conseqüentemente urge o seu controle e neutralização. As palavras de ordem durante esse período e o privilégio técnico eram para o diagnóstico-prescrição de medicamentos ou cirurgia. Sobre a subjetividade do doente, suas idiosincrasias e o que isso poderia compor com sua doença, sua participação no processo de cura, nada era considerado. Contudo, nos países chamados ricos, a “teoria do germe”, nome pelo qual ficou conhecida à primeira revolução da saúde, começava a alavancar uma mudança, pois se percebia que, devido à opulência, hábitos lesivos à saúde apareciam em contraposição os cenários de guerra, fome e epidemias, que os países pobres apresentavam.

A doença como objeto de desejo da medicina constitui o médico como tal. O sofrimento do doente causa à intervenção médica e, com efeito, a supressão do homem enfermo como homem. A desumanização da doença é a condição para que se possa defini-la. A sujeição normativa e discursiva do médico a essa ordem, deixa presos tanto os doentes como o médico.

Preunciando o que seria uma segunda revolução, fala-se pela primeira vez em prevenção e o enfoque começa a sair da questão da doença para expandir-se para o de SAÚDE. Essa mudança alertou para a necessidade de uma evolução na identificação de problemas e suas respectivas soluções. Essas constatações vão ter conseqüências importantes para os sistemas tradicionais de saúde.

Ainda consoante Matos (2004), a Segunda Revolução da Saúde fez-se necessária devido a inúmeros fatores, dentre os quais a constatação que doenças infecciosas têm difícil cura e custos muitos altos. São contraídos em contato com o meio social e físico e que essas mesmas doenças só se disseminam se as condições forem favoráveis para tal. Numa primeira fase dessa segunda revolução, a chamada “fase sanitária” delineou intervenções preventivas junto às populações.

O Estado inicia o controle sobre as famílias, sobretudo no cuidado e na educação da criança. Uma primeira preocupação: manter vivas as crianças.

Novas doenças são criadas e com elas novos fantasmas e sombras caem sobre as famílias. Origem e causa, as famílias são alvos das políticas higienistas e medicalizadoras. A vigilância recai com toda intensidade na intimidade familiar, desnudando-a, conferindo à mãe, no que se refere às crianças pobres, os olhos vigilantes do Estado, comprometido com o discurso de proteger e vigiar. Ainda consoante Matos (2004) em relação a este ponto, fica evidente a maneira como as visitas sociais, os agentes de saúde e a ajuda filantrópica se serve, sobretudo, das famílias pobres para justificar práticas intervencionistas no seio familiar, da falta de ilustração ou de condições materiais (analfabetismo) para agir. Essa aliança estratégica permitiu a possibilidade de ascensão social do médico, angariando um reconhecimento de sua prática, diante de outras competências que eram apanágio de outros personagens como barbeiros, cirurgiões, comadres.

O estado vai aos poucos tomando conta da educação, da disciplinarização, como também dos desvios à norma. Para assegurar a defesa da sociedade, o Estado tenta dissuadir mediante todos os dispositivos disponíveis os potenciais infratores à ordem.

Com o sucesso dessa ação, das medidas de detecção e da vacinação, emerge um novo padrão de morbidade e mortalidade, ou seja, aquele ligado ao comportamento das pessoas. Aparecem novos desafios como a longevidade, a destruição ecológica e o impacto do desequilíbrio econômico verificado sobre a Saúde.

O marco inicial dessa revolução é preconizado pelo RELATÓRIO RICHMOND (RICHMOND, 1979) e a conferência de ALMA-ATA. Citada conferência internacional teve como tema os Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e da comunidade mundial, para proteger e promover a saúde, e data da década de 70.(WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 1978).

Aqui, o comportamento dos indivíduos passou a ser o principal objeto de estudo, sendo considerado a principal causa de morbidade e mortalidade humana, pois se identificou que ficava difícil a pessoa ter comportamento preventivo.

Entende-se que a principal dificuldade está no fato das pessoas entenderem e pensarem em longo prazo nas conseqüências de algo que não se apresenta fatídico no momento. A atuação será sobre aspectos mais arraigados do comportamento, como a mudança de hábitos. Procurar-se-á chegar a uma filosofia de vida expandida pela sociedade que considere prazeroso viver em bem-estar e com qualidade de vida em contraposição à procura de comportamentos, situações ou substâncias lesivas à sua saúde, pois se entende quase impossível o não confronto com os riscos em uma sociedade contemporânea (MATOS, 2004).

Essa nova concepção, no entanto, tarda a instalar-se na sociedade, pois persiste uma perspectiva tradicional para a saúde, mantendo-se em alguns setores a hegemonia dos grandes grupos, de algumas profissões e especialmente da grandiosa indústria farmacêutica.

Aparece aqui também uma perspectiva aparentemente inovadora, mas extremamente tradicional nos procedimentos. Trata-se do avanço tecnológico e a modernização do equipamento médico que colaboraram para manter as coisas de uma mesma forma tradicional dentro das concepções de saúde(BERNARD, 1998).

No entanto, essa segunda revolução fundamenta a necessidade do trabalho interdisciplinar na área da Saúde. Para a Psicologia, durante anos vinculada à Saúde Mental, esse momento da Saúde Pública para a evidenciar sua necessidade junto à Saúde de forma geral e não apenas a Saúde Mental.

Nesse nível de concepção, as intervenções na Saúde passam a ter mais a ver com a capacitação das populações para, no confronto com os riscos, conseguir um rápido restabelecimento de um novo equilíbrio, saudável e cada vez mais complexo com um mínimo de danos causados pela exposição aos fatores de risco.

Matos (2004) aponta que, em contrapartida, a promoção à saúde vai envolver um vasto conjunto de fatores que incluem adaptações ambientais e comportamentais conseguidas através de estratégias educacionais, motivacionais, organizacionais, econômicas, mantendo o foco sobre os grupos e população.

Inclui a idéia de que a saúde é um processo e não um estado.

Fala-se já em uma Terceira Revolução da Saúde, que faria referência à racionalização dos custos, avaliação dos desperdícios e uma avaliação dos resultados de modo a que se providencie uma ação mínima eficaz, bem como intervenções sustentáveis e criação de recursos, nas quais esteja implícita a necessidade da participação do cidadão e da manutenção de sua saúde.

Entende-se, também, que os serviços de saúde, principalmente os que estão ligados a intervenções transculturais, não podem abster-se de um desenvolvimento pessoal e pretender depois ir ao encontro da intimidade das populações em questões como a vida, a morte, o amor, a felicidade, a doença (WHO, 1978).

A intenção seria a busca da minimização dos custos da globalização e a diminuição dos contrastes gritantes que se estabeleceram entre os países pobres e os países ricos.

Para que isso aconteça, precisamos ter modernos modelos assistenciais à saúde plausíveis.

Oliveira (2002), define um modelo assistencial como os modos de produzir saúde ou a produção de saúde por meio de determinados arranjos institucionais dos serviços de saúde. Esses arranjos envolvem uma composição de saberes como conceitos de saúde e doença, o desenho do processo de trabalho (quantas tarefas, extensão da padronização, habilidades necessárias, especialização) e a concepção de trabalho em equipe.

Deve-se cuidar, no entanto, pois as várias maneiras de produzir saúde não são neutras.

Para o mesmo autor expressam, na verdade, visões de mundo, projetos políticos que representam disputas entre interesses hegemônicos: do mercado, identificado na indústria farmacêutica e de equipamentos; corporativos, como dos médicos; e interesses contra-hegemônicos, como associações de usuários, movimentos de reforma sanitária, movimentos populares, entre outros.

Silva Junior (1998) considera os modelos assistenciais como práticas sociais articuladas com a totalidade social, em suas dimensões econômicas, políticas e

ideológicas. Afirma que essas práticas podem ser redefinidas na concepção de seu objeto, o processo saúde doença, e na análise de seus elementos constitutivos (sujeitos, meios de trabalho, processo de trabalho, organização das relações técnicas e sociais), ao mesmo tempo contribuindo, na interação com as práticas sociais, para a modificação mais ampla das relações sociais (IDEM, 1998).

Souza Campos (2003) aponta um aspecto essencial para a elaboração de modelos de cuidados — o entendimento do papel de quem os procura para ser atendido. Nesse sentido, é importante destacar que as práticas de saúde são práticas sociais produtoras de subjetividade.

Esse conceito de práticas de saúde reconhece que, como prática social, mantém relação com a totalidade social nas dimensões econômicas, ideológicas e políticas.(GONÇALVES, 1994).

Uma postura singular é a de que as pessoas que estão sob cuidados dos serviços de saúde devem assumir o papel de *co-construtores* ou de *sujeitos* do seu processo de cura. Ao se olhar a pessoa que adoece como resultante de um processo que articula aspectos psicológicos e determinações sociais — e que freqüentemente está alienada da compreensão do que acontece com ela — reconhece-se como essencial seu envolvimento na construção do próprio processo de melhora.

Souza Campos (2003) descreve a necessidade dos serviços trabalharem com o que denomina de *clínica ampliada*, lidando com o doente como sujeito em um projeto de produzir saúde e que inclua a família e o seu contexto de vida. O objetivo desses arranjos é aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade em que vive. Entende-se que os serviços de saúde devem agir para que as pessoas que estão sob seus cuidados assumam o papel de co-construtores ou assumam-se como sujeitos do seu processo de cura.

O reconhecimento de determinações mais amplas que as explicações biológicas do processo saúde-doença, e a valorização do vínculo terapêutico no cuidado a ser oferecido, oferece um eixo transformador dos modelos de assistência (OLIVEIRA, 2002).

#### 4 Saúde Mental

Na conceituação da Organização Mundial de Saúde - OMS, saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social que não se caracteriza unicamente pela ausência de doenças (FERREIRA; MEDEIROS E LAZARTE, 2003).

Zieguelmann (2005) acredita que esta formulação inclui as circunstâncias econômicas, sociais e políticas, como também a discriminação social, religiosa ou sexual; as restrições aos direitos humanos de ir e vir, de exprimir livremente o pensamento... Este conceito reconhece como paradoxal alguém ser reconhecido com saúde mental, quando é afetada por pobreza extrema, discriminação ou repressão. O autor argumenta que, nesse sentido, a formulação da OMS relaciona a saúde da pessoa com o atendimento de suas necessidades e as possibilidades do sistema socioeconômico e sóciopolítico em atendê-las.

Para Ferreira et al (2003), a doença não resulta apenas de uma contradição entre o homem e o meio natural, mas também, necessariamente, da contradição entre a pessoa e o meio social. Pensar a questão da saúde mental é, antes de tudo, pensar sobre o homem e sobre sua condição de “ser” e “estar-no-mundo”.

Através de Selesnick e Franz (1996) pudemos entender um pouco da história da Psiquiatria. Durante anos a representação social dos portadores de transtornos mentais esteve diretamente relacionada à incorporação de entidades espirituais. Com sua concepção de homem, Deus e Diabo, no ano de 1525 a igreja católica concebe a loucura como um mal espiritual.

Com Galeno, iniciou-se o processo de denominação de *Spiritus Animalis* em relação aos portadores de transtornos mentais. Acreditava convictamente na existência de uma ligação entre espaços vazios e a alma, uma vez que a substância gasosa que o crânio continha, estava mais próxima de uma configuração de alma do que o cérebro. Com o passar dos anos, as técnicas de expulsar o *Spiritus Animalis*, passariam por uma série de transformações ao longo do desenvolvimento da loucura. Esta concepção pode ser aqui definida como a primeira tentativa de criar um modelo orgânico para explicar o fenômeno da loucura e dos comportamentos que desviavam do padrão social estabelecido.

Influenciado pela concepção de Galileu, René Descartes (1596-1650) faria uma reformulação de sua forma de pensar para uma forma mecanicista. Acreditava que o *Spiritus Animalis* era como um sopro suave que fluía dos nervos sensoriais para os ventrículos e para Glândula Pineal, o órgão central do cérebro, entendido por ele como o ponto de fusão corpo e alma (FERREIRA; MEDEIROS; LAZARTE, 2003).

A igreja católica, grande representante da religião no mundo ocidental, desenvolve suas práticas de exorcismo do *Spiritus Animalis*, baseado em uma demonopatologia do sujeito. A técnica consistia em fazer uma perfuração no crânio na altura dos lobos parietais e occipitais, acompanhadas por um sacerdote que orava e purificava o corpo com água benta.

Acreditava-se que o *Spiritus Animalis* desprenderia do corpo e o sujeito retornaria ao seu estado de "normalidade". A partir de concepções centradas na ideologia da trepanação, nasceria uma das técnicas mais temidas de todos os tempos, à conhecida Lobotomia. O sofrimento dos portadores de transtornos mentais não se limitava apenas aos métodos acima citados. As convulsoterapias faziam parte do processo de intervenção. Deve-se, no entanto, esclarecer que todos esses métodos eram a única solução plausível existente na época (FIERZ, 1997).

Ferreira, Medeiros e Lazarte (2003) apontam-nos também que o surgimento das convulsoterapias bioquímicas pode ser aqui citado a partir da Primeira Grande Guerra mundial, acreditando-se então que os transtornos de saúde mental eram resultados de um funcionamento inadequado do córtex e seu sistema de sinapse.

Com o passar dos anos, nasceria uma nova proposta que substituiria a convulsoterapias bioquímica. Em seu lugar, surgira a eletroconvulsoterapia popularmente conhecida como eletrochoque.

A camisa de força e a Psicofarmacologia foram talvez a forma mais humanista achada nos últimos anos. Ainda assim, seu uso foi feito e ainda é de forma punitiva e excludente da identidade social do sujeito.

Falar da camisa de força não significa falar necessariamente de um instrumento pertencente ao passado, mas significa falar dos próprios fatos da contemporaneidade, ou melhor, fatos pertencentes à modernidade. O medo, a angústia e o mito sustentado na ideologia de que ser louco é ser um sujeito de alto nível de periculosidade, deram espaço para o surgimento da camisa de força (SILVEIRA, 1992).



No que diz respeito ao mito da generalização de periculosidade e conseqüentemente a representação social da loucura, podemos aqui destacar que "de fato, a verdadeira herança da lepra não é ai que deve ser buscada, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará a se apropriar, esse fenômeno é a loucura" (FOUCAULT, 1972, p. 8).

Iniciaremos então um longo percurso de construção coletiva de mais um preconceito que marcará a sociedade a ferro e fogo. Sendo este um dos pontos que vai fazer a manutenção da representação social do louco como um perigo, a camisa de força em muito contribuiu para a legitimação dessa representação. Foi nesse sentido que a camisa de força perdeu de forma parcial sua importância, juntamente com o advento dos neurolépticos e com as praticas de proposta psicossocial (FOUCAULT, 2003).

Yudofsky (2005) explica que foram pesquisadores franceses que iniciaram o processo da Psicofarmacologia na década de 50. Obtiveram um sucesso plausível com o desenvolvimento e o uso na intervenção da saúde mental, a partir de uma nova substância, clorpromazina, que tinha como efeito a diminuição da agitação psicomotora, diminuindo a atividade alucinatória e delirante. Ficando nomeada essa intervenção de neurolepsia e os medicamentos neurolépticos. Atualmente, existem outras possibilidades de intervenção humanizadas eficazes. São os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que possuem uma proposta multidisciplinar baseada e sustentada na concepção de Franco Basaglia.

Carl Gustav Jung, o fundador da Psicologia Analítica, que dá sustentação teórica a este estudo, convivia com o *organicismo*, isto é, com a orientação teórica geral que tendia a considerar os distúrbios mentais como efeitos de lesões de estruturas anatômicas ou de alterações bioquímicas do organismo e, portanto, do sistema nervoso central. A tais teorias organicistas justapõem-se as teorias psicogenéticas que consideram, ao contrário, os distúrbios mentais como efeitos da psique e, portanto salientam o papel representado por fatores experiências, sociais e culturais (PIERI, 2002).

Considerava ele que na moderna psiquiatria, a psique ocupava um espaço bem modesto. Desafiava para que se "fizesse uma estatística para vê-se quais e quantos doentes mentais que realmente apresentavam lesão cerebral significativa" (JUNG, 1990a, § 324).

Grande parte da Psicologia Analítica repousa na base sólida da ciência empírica. Para Eisendrath e Dawson (2002), o pensar junguiano não se situa apenas dentro do legado da tradição aristotélica iluminista dos cientistas do século XX, mas também dentro de uma visão muito mais subversiva e revolucionária, que liga o xamânico, o religioso e o místico ao conhecimento moderno sobre a mente.

No Brasil, nessa área temos a destacar o trabalho pioneiro da médica psiquiatra Nise da Silveira que nasceu em 1906, em Maceió, Alagoas. Segundo dados do Museu Imagem do Inconsciente – RJ – MII - era formada pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1926, sendo única mulher em uma turma com mais de cem homens, dedicou-se à psiquiatria sem nunca aceitar as formas agressivas de tratamento da época, tais como a internação, o eletrochoque, a insulino-terapia e a lobotomia.

Presa como comunista, é afastada do Serviço Público de 1936 a 1944. Anistiada, cria em 1946 a Seção de Terapêutica Ocupacional no Centro Psiquiátrico Nacional de Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, posteriormente conhecido como Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII). Em 1952, funda o Museu de Imagens do Inconsciente, um centro de estudo e de pesquisa que reúne obras produzidas nos ateliês de pintura e modelagem. Por meio deste trabalho, introduz a psicologia junguiana no Brasil.

Alguns anos mais tarde, em 1956, mobilizando um grupo de pessoas motivadas pelas mesmas idéias, Nise realiza mais um projeto revolucionário para a época: a criação da Casa das Palmeiras, uma clínica destinada ao tratamento de egressos de instituições psiquiátricas, onde atividades expressivas são realizadas livremente, em regime de externato.(SILVEIRA, 1992).

É responsável pela formação do Grupo de Estudos C.G. Jung, do qual foi presidente desde 1968. Suas pesquisas deram origem, ao longo dos anos, a exposições, filmes, documentários, audiovisuais, simpósios, publicações, conferências e cursos sobre terapêutica ocupacional, com destaque para a importância das imagens do esquizofrênico. Mais recentemente, DeCarlo; Luzo (2004), também atestam para a o grande potencial mobilizador que as atividades artísticas exercem no tratamento psicofísico de pacientes.

Foi também pioneira na pesquisa das relações afetivas entre pacientes e animais, aos quais chamava de co-terapeutas (SILVEIRA, 1999).

Como reconhecimento da importância de sua obra, Nise da Silveira recebeu condecorações, títulos e prêmios em diferentes áreas do conhecimento: saúde, educação, arte e literatura. Foi membro fundador da Sociedade Internacional de Psicopatologia da Expressão, com sede em Paris, França. Seu trabalho e seus princípios inspiraram a criação de Museus, Centros Culturais e Instituições Psiquiátricas no Brasil e no exterior (Museu Imagens do Inconsciente, 2006).

O consagrado poeta brasileiro Carlos Drummond de Andrade (1902-1987), que tornou-se pelo conjunto de sua obra, um dos principais representantes da literatura brasileira do século XX, em depoimento pessoal registrado no livro de visitas do Museu Imagens do Inconsciente – RJ, definia esta grande defensora brasileira dos direitos à Saúde e à dignidade humana como “uma pessoa sem pretensão de formar criadores no sentido que lhes atribui a disciplina estética. Sem querer aumentar o catálogo de nossos pintores, escultores, gravadores. Nise interroga o inconsciente e consegue que dele aflore as representações artísticas espontâneas, prova de que nem tudo em seus autores é caos ou aniquilamento. Perduram condições geradoras de uma atividade bela, a serem devidamente estudadas, visando ao benefício do homem futuro, tornando-o mais transparente em suas grutas interiores”.

Em termos de Saúde Mental, Silveira (1992) ousou opor-se a então psiquiatria clássica de sua época, propondo um método alternativo de tratamento da doença mental, mais humano e dignificado do que os existentes na sua época. Criou escola e sua presença marcante dita cátedra até os dias de hoje.

Pelo mundo ocorria a Conferência de Alma - Ata, realizada em 1969, apenas cinco anos após a morte de Jung e conseqüentemente pouco tempo após os seus últimos escritos. Esta decisiva Conferência, como já referida acima, examinou o íntimo inter-relacionamento e a interdependência da saúde com o desenvolvimento econômico e social.

Nesse mesmo período em que tantas transformações universais foram propostas, cabem-nos sublinhar esses novos ares como contemporâneos com a prática revolucionária da médica psiquiatra Nise da Silveira no Brasil.

Eram tempos de evidenciar-se que a saúde ao mesmo tempo leva e está subordinada a progressiva melhoria da qualidade de vida, enfatizando a necessidade de as ações de saúde serem desenvolvidas conjuntamente com a adoção de medidas, tais como: distribuição mais eqüitativa da renda, atenção

especial às crianças, adolescentes, mulheres e idosos, combate à pobreza, acesso aos serviços educacionais etc. Destaca a importância da participação comunitária integral e organizada que resulte na autoconfiança das pessoas, famílias e comunidade, recomendando que estes objetivos sejam apoiados pelos governos locais e que se utilizem os recursos da comunidade (COSTA E TUNDIS, 2001).

Basaglia (1980) acredita que o combate à doença mental é a luta contra a miséria do bairro, que no estado de degradação em que vive, é a fonte de produção de um mal-estar social, inclusive da loucura.

Olhando para o Brasil, constatamos que a pobreza constitui o modo de existência da maioria do povo. Essa característica fornece um retrato aproximado do modo de sentir, pensar e adoecer da maioria da população. Vivendo em precárias situações ambientais, altamente estimulada pela mídia e forçada a um regime alimentar carente, apresenta ela baixos níveis de saúde e sofre de mutilações psíquicas que a discriminam, tornando-a mais vulnerável às doenças mentais, emprestando a essas um caráter de maior gravidade.

Esse massacre frustrador de necessidades, aponta Costa e Tundis (2001), induzidas e não atendidas, aliados aos acenos de fantasia de “igualdade e oportunidade para todos” e que na verdade não está ao alcance das classes mais baixas na escala social, arrebatando seus sonhos e, além de gerar a sensação de impotência, pode provocar o sentimento de agressividade e conseqüente violência para com todos. Juntando-se a isso a inadequação das moradias, insegurança no trabalho, a carência alimentar, os baixos salários, as precárias condições de saúde, de educação e a falta de consciência política da dura realidade, resta a alienação, a prostituição, à busca de drogas, a delinquência e/ou o aprofundamento da crise... A doença mental.

Novamente Ferreira, Medeiros e Lazarte (2003), mostram que no momento atual, busca-se construir um novo perfil de profissionais capazes de promover o reencontro do homem consigo mesmo. Acreditam que esse novo profissional pode contribuir, provocando mudanças, ajudando na busca de soluções de libertação das classes dominadas, através de uma prática educativa, na qual educar significa levar a pessoa a pensar por si própria, e possibilitando a experimentação ao risco do erro, tanto no campo intelectual como no das relações interpessoais.

Os profissionais de saúde, comprometidos com a questão da saúde mental, precisam reconhecer seu papel político, sua função educativa e exercitar a análise e

a crítica da realidade. A demanda por cuidados de saúde mental nem sempre é explícita.

Uma das formas subjetivas de expressão dessa demanda é a procura pelas receitas. De acordo com Zieguelmann (2005) é cultural o fato de quando a pessoa não se sente bem, procurar remédios. A tendência de medicalização da sociedade é fomentada pela indústria farmacêutica e geralmente transforma os temas psicológicos em temas somáticos, atribuindo a “problemas dos nervos”. Estes problemas aparentemente se resolvem nas consultas rápidas e se encaixam com o desejo da pessoa em resolver “magicamente” as ansiedades e as dificuldades emocionais, sem confrontá-las abertamente. Prossegue, afirmando que essa medicalização acaba por “entorpecer” os problemas sociais e psicológicos da população.

Num país com a dimensão, a diversidade e as características socioeconômicas do Brasil, não se pode esperar uma resposta homogênea e uniforme aos inúmeros e variados problemas de saúde mental. Das autoridades, devemos esperar e cobrar políticas sociais e de saúde mental que não apenas respondam às necessidades e aos problemas da população, mas também contribuam de forma positiva ao desenvolvimento pleno e saudável dos cidadãos e eliminem os fatores de risco e as ameaças mais imediatas à saúde (geral e mental) da população (COSTA E TUNDIS, 2001).

De nossa parte, profissionais da saúde, deveria haver o compromisso ético, moral e pessoal com a incorporação ou intensificação de uma atenção especial a certos aspectos que, ao longo dos últimos anos, passaram a ser parte integrante da boa atenção psi:

- os direitos humanos dos pacientes;
- os anseios de pacientes e familiares de participar ativamente nos processos de tratamento propostos;

Yudofsky (2005) constata que foram muitos os progressos técnicos recentes, tanto na área das neurociências, quanto na das ciências sociais, da psicologia e da saúde pública.

Finalmente, devemos entender que a realidade que clama por intervenção humana além da técnica e política imediata e da qual não podemos nos desviar, refere-se ao fato de que em inúmeras regiões brasileiras já não são mais as doenças infecciosas os maiores problemas sanitários. As doenças crônico-degenerativas e as

mentais representam o maior fardo social e econômico, segundo os estudos da Organização Mundial de Saúde (ZIEGELMANN, 2005).

É preciso encarar essa transição e responder à altura, tanto do ponto de vista técnico quanto do político e social.

## 5 Psicologia Clínica/Saúde: Uma Evolução

Para chegarmos à Psicologia Clínica que hoje praticamos no Brasil, século XXI, Furigo (2002) entende que não devemos nos esquecer que muita história foi vivida tanto pelo povo brasileiro tanto por aquele que hoje chamamos de Psicólogo. Há que se retornar às origens para que não se padeça de descontinuidade, para que não tomemos os nossos fazer moderno e acrescido totalmente isolado de um contexto histórico-cultural.

Assim, no Brasil, quando poderemos situar o aparecimento das idéias de cunho psicológico?

Já é do nosso conhecimento que os próprios historiadores sentem muita dificuldade em resgatar História do Brasil e isso se torna muito mais acentuado quando o tema é a História da Psicologia. Não podemos falar em História da Psicologia isolada do contexto História do Brasil

A problemática brasileira como um todo, parece-nos, inicia-se por ocasião da colonização que sofremos. Dando início as nossas reflexões, poderíamos iniciá-la pelo assunto já sabido por todos que o Brasil foi invadido, tomado de assalto e não propriamente descoberto como reza a história oficial. Isso ocorreu, podemos dizer, se considerarmos o espírito e a violência com que os descobridores entraram em nossas terras.

Vindos do continente europeu, tendo preconizado inúmeras conquistas e abençoados pela Igreja – *“não existe pecado do lado de baixo do Equador”* – chegam os colonizadores europeus e aqui se deparam com uma civilização totalmente diferente daquela em que viviam.

O colonizador, segundo Gambini (2000), era um homem do Renascimento, dotado de enorme acúmulo de libido no núcleo do ego e autoconfiante, vitorioso porque expulsou os árabes e os judeus e reconquistou Jerusalém, esse homem dominou uma parte do território europeu, é dono de uma tecnologia de ponta – a bússola, a pólvora, a imprensa, a caravela, a anatomia, a perspectiva, a nova astronomia. Em um surto de *hybris*, toma a diferença como inferioridade e não se atenta para a riqueza que poderia ter havido em termos de agregação, composição, conhecimento. Massacra toda uma civilização indígena, rica de costumes, ideais e formas de convivência extremamente diferentes, que tinha religiões e mitos próprios. Impõe costumes, impõem ideais, impõe normas. Fere de morte a alma de um povo. O mito de nossa fundação nos remete, enfim, a um momento de dor (GALIÁS, 2000).

Massimi (1999), aponta que no Brasil colônia, tendo sido proibida a existência de cursos superiores, os que desejassem e pudessem, deveriam realizá-lo em solo europeu.

Se, de um lado, esta situação criava condições para uma frutífera assimilação do patrimônio da civilização ocidental, de outro lado, a experiência do desterro fazia com que a consciência da identidade nacional, nos jovens estudantes, se tornasse algo abstrata, idealista, distante das reais necessidades da pátria (MASSIMI, 2005).

Pelo seu lado, Galiás (2000), defende que tal fato provocou uma grande dificuldade com a formação da identidade nacional, problema esse que se estende até os dias atuais. Para a autora é como se tivéssemos passado a nos identificar com o inferior, ou tentássemos daí fugir repentinamente. Para fugirmos de lugar tão desconfortável, tentamos nos comportar como o nosso pai europeu, copiando-lhe especificamente a forma de pensar. Obrigamo-nos ao “cientificamente comprovado”. É como se tivéssemos dificuldade de nos reconectar à nossa própria natureza, a nossa própria criatividade, ao nosso próprio pensamento. Acentua novamente que, muitas vezes, procuramos outros referenciais, além do europeu. O pensar americano do norte, por exemplo. Pode ser que aí se situe uma das causas que geram tantos sentimentos de estima rebaixada, um grande menosprezo em torno de tudo que é criativo e diferenciado, em termos de Brasil e que torne tão difícil o estabelecimento de uma identidade firme para o povo brasileiro, que se acostumou a consumir e a valorizar as importações européias e posteriormente as norte-americanas.

Aprofundando-se na análise, entendemos que Brasil cultivava uma cultura matriarcal, onde o cuidar e o tecer a vida eram seus atributos máximos. Eram valores subjetivos, voltados para o entendimento e cuidado com a vida.

Alvarenga (2000) considera que o mito fundador do Brasil nos aprisionou num movimento que nos faz esperar o Salvador, por sermos um povo eleito, colocado no Jardim do Paraíso. O direito de governar que sem dúvida é dos deuses, é oferecido a alguns que, desde que cumpram sua função, poderão usar o bem público, segundo suas próprias conveniências. Para a nossa consciência que crê em um Salvador, a nossa salvação virá no futuro; o presente é mera provação pelo crime de termos nos afastado de Deus.

Para a prática da Psicologia no Brasil, especificamente a Prática Clínica, o que isso tudo acarreta? Não podemos nos esquecer que somos parte de um povo que irá de se prontificar em atender esse povo, do qual é originário.

Bem, se estudarmos um pouco mais a fundo o período Colonial do Brasil, podemos identificar claramente as origens remotas do interesse pelo tema da subjetividade humana, ao nos determos naquilo que nos sobrou da presença altaneira do índio no Brasil. Assim mesmo, corremos sérios riscos de termos uma visão contaminada, visto que todos os relatos ocorrem do ponto de vista do dominador. A cultura do dominado era uma cultura eminentemente oral e isso fez com que ela se perdesse mais prontamente. Contudo, ao observarmos hábitos e costumes do índio brasileiro, descritos nos relatos do conquistador e do missionário que aqui chegaram, pode-se obter um parcial entendimento dos valores altamente subjetivos, valorizados pela cultura (GUEDES, 2005).

Poderemos citar o amor dos índios pelas crianças, o valor dado ao parto e à amamentação, a participação das crianças na comunidade desde cedo, fato este que oportunizava uma passagem sem traumas para a vida adulta, a sociabilidade e a criatividade das crianças indígenas, a relação amorosa entre pais e filhos.

Em relação ao universo feminino, ainda Massimi (1999) destaca a diferença tremenda que havia entre o papel da mulher européia e o da indígena. O enclausuramento e inferioridade da primeira eram extremamente diferentes da participação social possível pela segunda, que mantinha com o parceiro relações de relativa igualdade. Maternidade, parto e amamentação eram sagradas para a índia, o contrário do vivido pela européia, que entregava a amamentação as amas de leite. As indígenas carregavam constantemente junto a si mesmas os filhos nas famosas



"*typoyas*". Muito mais tarde é que começaria a ecoar as vantagens da boa relação mãe-bebê.

Por outro lado, discorre ainda a autora que também os católicos, através dos jesuítas, imprimiram suas marcas "psicológicas" na nossa cultura, através dos seus métodos psicopedagógicos no Brasil. Definiram o período da infância, que até então se fundia com a adolescência, como sendo aquele no qual o infante não tem ação racional e depende do adulto para viver. No sentido da criança ser amamentada pela mãe, os jesuítas corroboraram com a visão indígena da necessidade da mesma e deu muita ênfase na significação afetiva do contato mãe-filho. Em compensação, tinham uma visão determinista do desenvolvimento infantil, ensinando que a criança é passível de manipulação e correção. Valorizava-se a educação infantil, principalmente a intelectual e a punição passava a ter uma finalidade educativa. Ao contrário, uma criança indígena nunca era punida de forma humilhante. Era orientada. A valorização do direito da criança brincar também era ressaltada e utilizada, inclusive, com a finalidade de catequese. A questão do direito à instrução da mulher também é defendido pelos jesuítas (MASSIMI, 1999).

Em meados do século XVII e XVIII, pelo mundo, fala-se em autoconhecimento e este é considerado importante para que o sujeito possa controlar suas próprias ações. O conceito de homem o vê composto de matéria e espírito. Fala-se em paixões e seus remédios. Quando as paixões são muito intensas, podem adoecer o homem. O humor da tristeza, depositado no coração, espalha-se para o corpo inteiro e confundem o juízo do indivíduo e pela não separação dos aspectos físico, mentais, morais e religiosos, entendem-se as emoções como sendo psicossomáticas. O tratamento aqui é o mesmo do grego da *nooterapia*, ou seja, o indivíduo é orientado na busca de seu equilíbrio, no exercício do controle e na possibilidade de modificar-se.

GUEDES (2005) apresenta-nos que os métodos científicos, trazidos no bojo do Iluminismo e das doutrinas médicas do século XVIII, prega a necessidade de superar uma natureza contemplativa, em favor de uma pragmática. Aprece, então, a concepção que o organismo determina os fenômenos do espírito.

O organismo é regulado pelas leis da natureza e sendo a mente redutível ao organismo, seu estudo já é possível pelo método científico. Os distúrbios psíquicos que dependem do organismo podem ser conhecidos e prevenidos. Rapidamente, o médico assume o lugar do confessor. Nesse mesmo século, as idéias borbulham

para que se conheça uma verdade em relação ao homem e para que então fossem substituídos os tradicionais conhecimentos cristãos.

Segundo Antunes (2001), essas novas concepções serão precursoras de uma *Psicologia Científica* no próximo século.

Inicia-se, período que vai da última década do século XIX à terceira década do século XX, um momento histórico, em que a Psicologia no Brasil alcançou sua autonomia em relação às outras áreas de conhecimento, tornando-se reconhecida como ciência independente e, principalmente, integrada a vários e importantes campos da vida social brasileira, quer pela sua produção teórica, quer por sua prática ou até mesmo pelo fornecimento de técnicas aplicáveis a situações mais amplas que a própria Psicologia. O ensino da “psychologia” ocorre nas diversas escolas, na Faculdade de Direito de São Paulo, nas escolas normais e nas faculdades de Medicina. Nas escolas normais são abordadas, entre outras matérias, a Psicologia Aplicada ao Desenvolvimento da Criança. Nas escolas de medicina aparecem entre as dissertações e teses elaboradas, temas como a Psicologia da Mulher, as doenças relacionadas à sexualidade, os aspectos psicossociais do casamento e da relação família.

Naquela fase, não apenas a Psicologia se estabeleceu como ciência autônoma no Brasil, mas a partir daí inicia-se o processo de sua legitimação como profissão, aparecendo já mais ou menos delimitados aqueles que seriam os campos tradicionais de aplicação da Psicologia. Assim, também foi naquele momento que se lançaram a base para as cátedras universitárias em Psicologia, que viriam, mais tarde, a constituir-se como origem dos cursos superiores, após a Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, que regulamentou a profissão e estabeleceu o currículo mínimo para o curso de Psicologia.

Diz-se, então, que o período universitário da Psicologia, segundo Pessotti (1988), ocorreu a partir de 1934 e que a partir de 1962, ocorreu o chamado período profissional. Note-se aqui, que, em tendo hoje a Psicologia 40 anos, vinte e cinco deles, justamente a era chamada pelo mesmo autor como período profissional, insere-se no período de ditadura militar que se impôs ao Brasil em decorrência do golpe de 1964. Período negro, de autoritarismo, de impedimento à liberdade individual. Para a psicologia dessa época, professar credos externos era seguramente muito menos comprometedor. Não se trabalhar com a ampliação de consciências, muito mais seguro ainda e falar-se em um homem responsável pelo

seu tempo era uma total heresia. A Psicologia passou ainda pelo movimento das “Diretas Já” e do retorno ao estado democrático de direito conquistado pelo povo.

Em 1972, cria-se o Conselho Regional de Psicologia.

Em dezembro de 1988, já quase que se findando o período da ditadura militar, o Conselho Regional de Psicologia – 6ª Região – através de sua Comissão de Ética, regulamentou a criação das Clínicas-Escolas, com o propósito de oportunizar a integração prática dos conhecimentos científicos adquiridos até então, privilegiando a prática da psicologia clínica, organizacional e educacional.

Uma vez criadas as Clínicas-Escolas, que tipo de Psicologia Clínica passou a aprender-se ali? Qual o perfil de psicólogo clínico que o graduando delineou ao terminar seu ano de formação?

Devemos inicialmente nos perguntar qual a concepção que temos de Psicologia Clínica.

A palavra Clínica vem do verbo grego *klinó*, que significa inclinar, reclinar, recostar-se sobre um sofá de onde pode derivar-se a palavra deitar-se. Esse mesmo verbo dá origem a dois substantivos. *Kliné*, que designa cama, sofá, onde se deita, uma espécie de divã para o grego antigo e *klinikós* que é como se designa o médico que visita o paciente em sua cama. Aquele que cuida. É o contrário de cirurgião, que é aquele que intervém, que cura pelas mãos (BARCELLOS, 2006).

A partir de sua etimologia psicologia, derivada de *psykhe*, que significa alma, espírito e de *Logus* designando palavra, de onde se deriva *logia*, que é estudo, temos que o psicólogo clínico é aquele que cuida da alma.

Temos em Guedes (2005), um aprofundamento ao indicar que a década de 80 mostrou tanto a consolidação da atuação do psicólogo clínico, como sua expansão em direção a instituições públicas. A vinculação entre clínica privada (consultório) /psicologia clínica estava sendo bastante questionada. Para a autora, Clínica é um modo de atuação e não uma área em que se precede o quê e o onde ao como atuar.

Sendo a psicoterapia a base da identidade profissional do psicólogo clínico, observa-se aqui também uma necessidade premente de novas definições, sendo a primeira delas em relação à demanda de uma nova clientela para a prática psicológica, bem como de uma redefinição de identidade do psicólogo clínico.

Observa-se o crescimento da psicologia clínica pelo âmbito institucional, onde se torna praticamente impossível repetir o modelo de consultório, no que diz

respeito ao tempo de duração dos atendimentos, aos processos psicoterápicos, tipos de intervenção, modelo de abordagem e especialmente quanto aos motivos ou queixas que levam as pessoas, atualmente, à procura de Serviços de Psicologia.

Acompanhando as evoluções que ocorriam na Saúde Internacional, já em Meijas (1984), encontramos a preocupação em tornar o atendimento psicológico mais acessível e útil a uma faixa mais ampla de nossa população, evitando que se restrinja a certos grupos limitados. Manifesta-se dizendo que há uma concordância geral em que é chegada a hora de falarmos também em Prevenção para a Psicologia.

Já data dessa época uma definição de Psicologia da Saúde oferecida pela American Psychology Association – APA - “Psicologia da Saúde é um agregado de contribuições educacionais, científicas e profissionais, específicas da Psicologia à promoção e à manutenção da Saúde, à prevenção e ao tratamento da doença, à identificação de correlatos etiológicos e diagnósticos da saúde e da doença e suas respectivas disfunções. Ela visa ainda à análise e o progresso do sistema de assistencial à saúde e ao desenvolvimento de políticas sanitárias”.

A grande contribuição que a Psicologia poderia oferecer à Saúde seria o exame dos mecanismos ligando comportamento à saúde, discorre Meijas (1984). Saliencia ainda a necessidade da interação do psicólogo com outros profissionais da Saúde Pública, acrescentando seus conhecimentos ao grupo, de modo a intensificar os esforços comuns. Acrescenta ainda que os psicólogos podem desempenhar um importante papel na formulação de políticas de saúde.

Além disso, pode-se citar a necessidade da atuação clínica em novos contextos, representados pelas práticas emergentes em Psicologia Social, tais como: Psicologia Ambiental/Ecologia Humana, Trabalho e Saúde, Práticas Psicossociais com meninos de rua etc. Dentro da Escola Junguiana isso também reflete o pensar dos pós junguianos, salientado por Samuels (2002).

Assim sendo, existe um aumento visível da necessidade da inserção do profissional psicólogo em espaço de trabalho, nos quais antes não era reconhecido. A Psicologia tem procurado se firmar como uma ciência orientadora de uma prática profissional, desde os primeiros momentos, ou seja, desde que se pode considerá-la distinta da Filosofia ou Medicina, seus berços originários. Porém, a própria definição do conceito de Saúde passa por reformulações.

Para o psicólogo isso acarreta uma mudança de paradigmas impar, uma vez que o chamado para a atuação em outros campos coloca-o diante da necessidade de mudança do paradigma especialista-cliente, dos atendimentos realizados em consultório, bem como no desafio de transformar suas teorias e técnicas psicológicas, na medida em que se tornou necessário incluir as dimensões do social e do biológico no estudo do fenômeno psicológico (SERRA, 2004).

O estudo do Humano e suas atitudes nos contextos de Saúde são atualmente uma das áreas promissoras da investigação e intervenção psicológicas, indo ao encontro das necessidades das pessoas em matéria de saúde e doença, respondendo a problemas colocados pelos próprios profissionais da área e influenciando na organização dos serviços de saúde (NEME E RODRIGUES, 2005).

A visão holística de saúde adotada, sobretudo a partir da Conferência de Alma-Ata (WHO, 1978) veio alertar os profissionais da área para a importância de uma abordagem pluridisciplinar da problemática da Saúde.

Desde o final dos anos 70, o alargamento do campo da Psicologia da Saúde, Saúde Comportamental e da Medicina ajudou ao fortalecimento e ao robustecimento da contribuição da Psicologia para a prevenção da doença e promoção da saúde. De início o foco era em algumas categorias de comportamento tais como o uso de drogas, o tabagismo, mas posteriormente surgiu o interesse por relações interpessoais relacionados com a violência, a sexualidade, o estresse laboral e escolar, o lazer, as redes de apoio (MATOS, 2004).

Com a evolução dos sistemas de saúde, o desenvolvimento farmacológico e as ciências do comportamento, assim como o abandono dos modelos institucionais, tais como hospitais, asilos, os psicólogos que habitualmente lidavam apenas com a doença mental, foram chamados a intervir com pessoas sem doença mental, no apoio à adaptação à doença e às seqüelas da doença (RIBEIRO, 1999).

Em seguida, a ação, segundo Matos (2004), foi se estendendo à promoção e a proteção da saúde das pessoas, e mais tarde à promoção e à proteção da saúde das populações nas comunidades. Esta nova visão implicou em uma nova dinâmica tanto para a Psicologia como para a Saúde Pública, introduzindo do ponto de vista dos prestadores de cuidados de saúde uma dimensão em equipe multidisciplinar com inclusão, para além dos psicólogos e especialistas em Saúde Pública, de técnicos de outras áreas. Nos dias de hoje, paradigmas emergentes apontam para a

“capacitação”, “ativação de recursos comunitários”, “intervenções preventivas”, “qualidade de vida”, “participação”, “parcerias”, entre outros (MATOS, 2004).

Citada evolução viu-se impulsionada em primeiro lugar pela insuficiência do modelo biomédico, centralizado em torno do saber médico; em segundo lugar, pela preocupação com a prevenção à saúde e a qualidade de vida, e em terceiro lugar, pela mudança da preocupação das doenças infecciosas para as doenças crônicas, com os progressos da Ciência e conseqüente esperança no aumento de vida médio. Para tanto, o desenvolvimento psicossocial terá de ser cada vez mais um processo de otimização de capacidades de decisão e de realização, promotor de um estilo de vida saudável, com qualidade, competência pessoal e participação ativa na comunidade.

Hanns (2004) esclarece que devemos estar preparados para os novos desafios da saúde do século XXI, cujos problemas situam-se no envelhecimento da população, nas novas dinâmicas familiares, nas novas migrações, num maior poder do consumidor, cada vez mais exigente e crítico e fundamentalmente numa maior preocupação com as políticas públicas de saúde, violência, consumo de drogas, redefinição do trabalho da mulher, iniquidade econômica e no acesso à saúde e à educação etc.

Neme e Rodrigues (2005) defendem que a promoção à saúde deve envolver um vasto conjunto de fatores que incluem adaptações ambientais e comportamentais conseguidas através de estratégias educacionais, motivacionais, organizacionais, econômicas, reguladoras e técnicas, mantendo como foco a ação sobre as pessoas, os grupos e a comunidade.

Para concluir, destacamos que o ano de 2006 está sendo considerado o ano da Psicologia na Saúde. Segundo o Conselho Federal de Psicologia – CFP e os Conselhos Regionais de Psicologia – CRP -, os dez últimos anos marcaram um reposicionamento da Psicologia diante do tema, redirecionando seus serviços para quem mais precisa. (PSI JORNAL DA PSICOLOGIA CRP SP PP 12-13 ABR/JUN 2006)

Ainda no mesmo veículo informamo-nos que entre outros temas vem sendo estudados a atenção básica, a definição da presença do psicólogo em procedimentos de média e alta complexidade, controle social e formação do profissional para trabalhar na Saúde Pública.

Outro motivo de atualização para os psicólogos, em um ano dedicado à Saúde Pública é a discussão sobre o SUS e a participação do psicólogo nesse sistema.

Argumentam os gestores dos Conselhos, que aproximadamente 20 mil profissionais da psicologia trabalham no SUS.

Para eles, o SUS representa uma conquista democrática da sociedade brasileira – sem similar na América Latina e na maior parte do mundo – que nem sempre é adequadamente valorizada. Por ser um sistema único de saúde de natureza pública, com financiamento estatal, o SUS enfrenta muitas dificuldades, provocadas em sua maioria pela crise de financiamento estatal. Objetivam, mais do que ampliar mercado de trabalho - ainda que isso seja importante em uma organização profissional e sobretudo definir uma posição de aliança política com os interesses da maior parte da população brasileira.

Percebemos então, através desse posicionamento oficial o amadurecimento da Psicologia enquanto ciência e enquanto profissão (PSI JORNAL DA PSICOLOGIA CRP SP ABR/JUN 2006).

## 6 Sistema Único de Saúde – SUS, uma realidade brasileira

A construção do SUS resultou de embates políticos e ideológicos, travados por diferentes atores sociais ao longo da história brasileira, ocorrendo sua implantação pela Constituição de 1988.

Constatam Cunha e Cunha (2001) que o processo histórico de construção do SUS dividiu-se em vários períodos, sobre os quais, a partir desses autores, apresentaremos uma breve síntese.

O período 1923-1930 marca o nascimento da Previdência Social do Brasil. Surge com o processo de transformação da postura do Estado liberal em relação às problemáticas trabalhistas e sociais, sobretudo pelo aparecimento do movimento sindicalista do operariado, que impulsionava as críticas dessa postura.

Nesse modelo, assistência médica era atribuição fundamental do sistema – serviços próprios de saúde. Era posto em ação às custas de um elevado padrão de despesas.

No que tangia à Saúde Coletiva havia o chamado *sanitarismo campanhista* cujo marco precursor foi a reforma Carlos Chagas (1920-1923), que combatia as doenças das massas, com repressão e alta concentração de poder, havendo uma total “intervenção sobre os corpos individual e social” (idem, 2001, p. 286).

Já no Período que vai de 1930-1945 iniciaram-se as propostas de contenção de gastos e o surgimento das ações centralizadas de Saúde Pública. Com a Revolução de 1930, preconizada por Getúlio Vargas (1882-1954), a preocupação com o novo operariado urbano aparece. Criam-se órgãos e instrumentos que legitimaram a ação sindical em moldes corporativos.

Em decorrência de greves e manifestações, o operariado aumentava sua base de apoio, evidenciando a Previdência Social. Foi criado o Ministério do Trabalho, aprofundou-se a legislação trabalhista, ao mesmo tempo em que havia restrições e manipulações na esfera sindical.

Foi, então, criado o IAP - Instituto de Aposentadoria de Pensões, organizadas agora pelas categorias profissionais. Em contrapartida, houve uma maior dependência administrativa do governo federal e a indicação do presidente do IAP era feita pelo Presidente da República. Ampliaram-se também as categorias profissionais que antes não eram cobertas pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). O financiamento do Estado era formal, havendo um grande esforço para diminuir despesas. Com o aumento do superávit dos Institutos, aumenta o interesse do Estado, que passa a se configurar como “sócio” desses investimentos.

A assistência à saúde é marcada pelo corte nas despesas médicas, passando os serviços da saúde à categoria de concessão do sistema.

A Saúde Coletiva vive o auge do sanitarismo-campanhista expressos nos serviços contra malárias e febre amarela de dimensão nacional.

Os anos que vão de 1945-1966, continuam sintetizando Cunha e Cunha (1991), marcam novo período: vive-se uma crise do regime de capitalização e inicia-



se o nascimento do sanitarismo desenvolvimentista. A conjuntura política do país vê-se subdividida em duas fases: fim do Estado Novo e a redemocratização do país.

Inicia-se o período do desenvolvimentismo com a urbanização e industrialização através de Juscelino Kubitschek de Oliveira (1902-1976) que traz a visão que a solução para os problemas sociais estava mais no desenvolvimento do que nas políticas sociais. Esgota-se o modelo populista de Getúlio Vargas e inicia-se a associação ao capital estrangeiro.

Com o golpe militar de 1964, enfatiza-se o autoritarismo, o fechamento do canal de participação dos trabalhadores e inicia-se o discurso de racionalidade técnica e administrativa.

Ações da Previdência: ocorre à desmontagem das medidas de contenção de gastos, déficits orçamentários, processo de repartição simples, aumentos dos segurados, crescimentos dos gastos com assistência médica (responsabiliza os Institutos).

Entra em cena a LOPS, Lei Orgânica da Previdência Social que estende a um plano amplo de benefícios e serviços (além da assistência médica, habitação, empréstimo e alimentação).

Os benefícios aos trabalhadores rurais são estendidos por João Goulart (1918-1976), mas não são acompanhados por novas bases financeiras concretas para sua efetivação. A contribuição dos segurados é progressivamente aumentada. Cabe agora à União, apenas o gasto com administração e pessoal.

Quanto à assistência médica permanece o sanitarismo desenvolvimentista e abrem-se as discussões conceituais sobre Saúde. Define-se então que, a Saúde do povo é um corolário de seu desenvolvimento econômico.

Realiza-se a III Conferência Nacional de Saúde na qual discute-se a descentralização e municipalização da Saúde.

Em 1956 há a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU).

Prosseguem Cunha e Cunha (1991) e indicam que no período 1966 - 1973 há o acirramento da crise e privatização da assistência médica.

Este foi um período marcado pelo alijamento dos trabalhadores e da presença do Estado como regulador da sociedade, ao lado da política de arrocho salarial decorrente do modelo de acumulação adotado.

Cria-se o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, no qual aumenta-se o poder de regulação do Estado. Há a tentativa de desmobilização das forças políticas estimulados pelos períodos populistas anteriores.

Os gastos com assistência médica crescem, ocupam 30% dos gastos da Previdência. Ênfase é dada à tensão individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo. Diminuição do orçamento do Ministério da Saúde.

Em 1970, elimina-se a gestão tripartite das instituições previdenciárias, porém a contribuição previdenciária do Estado fica restrita à estrutura administrativa.

Ocorre também um amplo desenvolvimento do complexo médico-industrial, especialmente nas áreas de medicamentos e equipamentos médicos. A prioridade passa a ser para a contratação de serviços terceirizados, acompanhando a postura do governo federal como um todo. De 1969 a 1975, 90% das despesas do INPS são comprada por terceiros.

A expansão do complexo previdenciário criou uma nova modalidade de atendimento, a medicina de grupo, estruturada a partir de convênios entre o INPS e empresas, ficando estas com a responsabilidade pelo atendimento médico de seus empregados. O convênio-empresa foi a forma de articulação entre o Estado e o empresariado, que viabilizou o nascimento e o desenvolvimento do subsistema que viria a se tornar hegemônico na década de 80, o da atenção médica supletiva.

Ocorre o início da autarquização do Ministério da Saúde.

Dando continuidade à nossa verificação histórica vemos que no Período 1974-1979 aprofunda-se a crise da reforma e consolida-se a rede privada em saúde.

Alteração na conjuntura política leva o Estado adotar a Seguridade Social, como forma de buscar legitimidade, aumentando a cobertura e a ampliação de benefícios.

São criados os Ministérios da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Ocorre o fortalecimento das ações da Previdência no aparelho estatal. O FAS remodela e financia os hospitais da rede privada, havendo um aumento de 500% de leitos hospitalares.

O II Plano Nacional de Desenvolvimento, 1984, separa Saúde Pública, setor estatal e a atenção médica da Previdência Social do setor privado.

Institucionaliza-se, dessa forma, o modelo médico privado. O descontrole sobre os serviços contratados gera, em 1974, uma inviabilidade financeira da

Previdência, despontando mecanismos como a criação da empresa de processo de dados, ampliação de convênios e mecanismos institucionais de relação público-privado como o PPA (Plano de Pronta Ação) com o objetivo de desburocratizar os serviços de emergência, o que levou a universalização desses serviços.

Ocorre concomitantemente a criação do SINPAS (Sistema Nacional de Previdência Social), do INAMPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e do Instituto de Arrecadação da Previdência Social (IAPAS).

Ocorre a hegemonia do modelo assistencial privatista através do tripé:

- a) O Estado financiador do sistema;
- b) Setor privado como maior prestador de serviços de assistência médica;
- c) Setor privado internacional como o principal produtor de insumos, equipamentos médicos e medicamentos.

No âmbito da Saúde Coletiva, as propostas da conferência Alma-Ata, chamam as atenções para os cuidados primários e a necessidade de expandir-se à cobertura para contingentes populacionais excluídos pelo modelo previdenciário. Cria-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

Bem mais recentemente, a década de 80 foi marcada pela eclosão da crise estrutural e pela consolidação das propostas reformadoras.

O processo inflacionário, crise fiscal, divisão de forças que apoiavam o regime militar, geram o início da redemocratização do país, permitindo o aparecimento de três crises: ideológica, financeira e político-institucional.

A formulação do PREV-SAÚDE – Gestão Integrada de Benefícios de Medicamentos - cria força, embasada no sonho gerado pela meta “Saúde para todos no ano 2000”. Mas devido à existência de conflitos internos, o mesmo aparece na condição de natimorto.

O déficit público torna-se cada vez maior e sistema continua igualmente em franca expansão.

A crise político-institucional é marcada pela criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) em 1981. Sua proposta foi consubstanciada nas Ações Integradas de Saúde (AIS) no caminho da reforma política de saúde.

Em 1986 é realizada a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), cujo marco são as reformas do setor de saúde, consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira. Modelo reformador para a saúde, passa a ser definido como resultante das condições

de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida (CUNHA E CUNHA, 2001).

Este documento serve de base para a Assembléia Nacional Constituinte. Paralelo às elaborações das propostas de mudanças, deu-se a conformação do modelo neoliberal.

Durante a elaboração da Constituição Federal foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, idealizado como transição em direção ao SUS, transferindo os serviços do INAMPS para estados e municípios.

A estadualização de serviços leva a retração de recursos estaduais e a apropriação de recursos federais para outras ações, possibilitando a negociação clientelista com os municípios.

A Constituição Federal aprova a criação do SUS, reconhecendo a Saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população.

O Sistema Único de Saúde traz princípios doutrinários e organizativos, além de conceito ampliado de Saúde, diagnóstico das dificuldades que a saúde enfrentara historicamente e que sua reversão deveria extrapolar seu conceito anterior.

Sua tarefa era a de conceder a atenção à saúde como um projeto que iguale saúde com condições de vida, ou seja, o direito à saúde é igual ao direito à vida.

Foram então considerados como elementos condicionantes da Saúde:

- Meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.).
- Meio socioeconômico (emprego, renda, educação, hábitos, etc.).
- Garantia de acesso aos serviços de saúde responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde.

A Saúde precisa, desta forma, incorporar novas dimensões e se torna responsável por suas conquistas que, até então, se colocavam externas a ela. O sistema de saúde deve se relacionar com todas as forças políticas que caminhem na mesma direção, como a defesa do meio ambiente, o movimento contra a fome, as manifestações pela cidadania, contra a violência no trânsito, pela reforma agrária, etc.

O SUS, ao abraçar este conceito pressupõe ainda a democratização interna da gestão dos serviços e dos sistemas de saúde como um elemento a mais no movimento de construção da cidadania, concluem Cunha e Cunha (1991).



## Plantão Psicológico: Um Vôo Panorâmico

“A separação de sua natureza instintiva leva o homem civilizado ao conflito inevitável entre espírito e natureza, fé e saber, consciente e inconsciente, ou seja, à cisão de sua própria natureza que, num dado momento, torna-se patológica, uma vez que a consciência não é mais capaz de reprimir a natureza instintiva” (JUNG, 1990B, § 558).

“Eis por que o objetivo mais nobre da psicoterapia não é o de colocar o paciente em um estado impossível de felicidade, mas sim possibilitar que ele adquira firmeza e paciência para suportar o sofrimento. A totalidade, a plenitude da vida exige um equilíbrio entre sofrimento e alegria” (JUNG, 1991B § 185).

Que efeito é desencadeado na pessoa que recebe atenção psicológica de um profissional de ajuda? O que produz nela, ser recebida e acolhida em sua necessidade, imediatamente? O que leva, como ganho, após ter passado pelo atendimento de Plantão Psicológico?

Terá sentido retomar aqui compreensões já existentes sobre Plantão Psicológico, bem como seus dinamismos de ação terapêutica para sublinhar, em primeiro lugar, as maneiras como se concentram e se entrecruzam suas influências e, para propormos, em seguida, compreensões mais aprofundadas do encadeamento e do potencial dessa nova modalidade de intervenção clínica.

O campo de atuação do Psicólogo, cada vez mais abrangente na Saúde Mental Comunitária e a crescente inserção do Psicólogo Clínico nas práticas Institucionais, tem se revelado como um desafio para que novas práticas psicoterápicas sejam sistematizadas. Porém, algumas formas de Psicoterapia vêm se impondo ao longo dos anos, seja pela comprovação clínica de sua eficácia, seja pelo resultado das pesquisas (SANTOS, SIMON, MELO-SILVA, 2005).

Apesar de haver essa “dominância” de uma atuação clínica clássica no campo da Psicologia, há também outros modelos de atuação clínica que suprem, de

certo modo, a demanda da atual sociedade brasileira. Entre esses modelos, podemos citar o Plantão Psicológico.

A História do Plantão Psicológico inicia-se nos anos 70, quando psicólogos movidos por uma necessidade de maior abrangência dos atendimentos clínicos, no Instituto de Psicologia da USP, criado pela professora Rachel Léia Rosenberg, fundam um Pronto Atendimento Psicológico inspirado, em experiências norte-americanas vividas nas *walk-in clinics*.

Sobre as experiências em *walk-in clinics* hoje, estas se mantêm atualizadas e pertinentes.

Brown (2004), em seus estudos recentes, aponta que o fato de pacientes serem atendidos em modalidades terapêuticas dessa natureza, altera substancialmente as expectativas, tanto de pacientes como de terapeutas. Existe uma adequação de ambos para com os limites de ajuda terapêutica a ser oferecida e esse reconhecimento potencializa a amplitude do atendimento, favorecendo a assimilação do que ali foi trabalhado.

Acentua Mander (2003), que contratos mais flexíveis e regras não tão rígidas sobre o tempo de duração das terapias têm sido praticadas em muitos contextos atuais, dependendo da intervenção necessária e do como novos métodos podem ajustar-se a novas evidências e necessidades.

Embora encurtar o tempo de processos psicoterápicos seja um dilema terapêutico, ao qual se refere Knobel (1986), marcado por anos de prática de longa duração, e corroborada por Gilliéron (1986), as psicoterapias mais breves têm se mostrado bastante úteis e necessárias, completa Ferreira-Santos(1997).

Em 1980, através do incentivo professora, Rachel Lia Rosenberg, o Instituto Sedes Sapientiae passou a oferecer à comunidade o Plantão Psicológico, tendo como plantonistas os interessados nos cursos de extensão promovidos por aquela Instituição.

A respeito da “novidade” representada pelo Plantão Psicológico na década de 80, Mafhoud (1999) comenta que a comunidade psi acolheu a proposta como algo “alternativo” e todos os profissionais que militam na área da psicologia clínica conhecem o teor dessa expressão.

Posteriormente, refere-se à colheita dos frutos ocorridos naquela época, amadurecidos através da sistematização metodológica rigorosa e baseada em pesquisas.



Cury (1999) relata as experiências com Plantão Psicológico iniciadas na PUC-Campinas nos idos de 1994, constatando ali igualmente os altos índices de desistência dos pacientes, assim como nas demais Clínicas-Escolas, onde os mesmos problemas eram vividos e relatados: filas de espera e a questão da busca por atendimento em situações de emergência. Refere-se a mesma autora sobre a impossibilidade do sistema atender à solicitação imediata do cliente. Para que a ajuda pudesse ser efetivamente implantada, naquela Instituição, buscou-se transcender a diferença entre as abordagens teóricas, subordinando a ação à vontade de uma ajuda psicológica "que se mostrasse mais empática aos apelos da comunidade" na contemporaneidade (p.116).

Ressalta ainda que o grau de eficácia do Plantão não estava diretamente relacionado à resolução dos problemas trazidos pelo cliente, a queixa em si mesmo, mas o foco recaía na pessoa, naquilo que existia subliminarmente à queixa apresentada e na forma como aquela pessoa estava lidando com suas demandas naquele momento de sua vida.

Isso facilitava que a mesma vislumbrasse ou re-descobrisse a maneira e caminho possível para transpor suas dificuldades de vida.

As pesquisas e os atendimentos em Plantão Psicológico na PUC-Campinas recaíam sobre a área da Saúde Mental Comunitária e a inserção do psicólogo clínico nas práticas institucionais. Completava Cury (1999) que nos dias de Plantão, respeitosamente os plantonistas abria-se para o inesperado e respeitosamente mantinham acesa a chama apenas do como ajudar aquela pessoa e que isso corroborava com as expectativas de um mundo e uma psicologia mais justas.

Faz um alerta importantíssimo sobre a responsabilidade do psicólogo-plantonista ao fazer uso dessa modalidade em desenvolvimento, ressaltando a necessidade da manutenção da lucidez quanto à ideologia vigente para impedir deturpações torpes a serviço do sistema e da alienação das pessoas.

Conclui que o Plantão, a despeito de todos os obstáculos, perseverava de maneira ativa e pertinaz.

Segundo Morato (1997), a pertinência do desenvolvimento desta modalidade de atendimento clínico psicológico deveu-se à observação, comum entre os profissionais da clínica institucional, que uma gama muito grande de pessoas procuravam por ajuda psicológica clínica em situação de emergência e nem sempre eram atendidas de pronto, permanecendo em longas filas de espera. Essa longa

espera devia-se ao excesso de procura por psicoterapia nas Clínicas Escolas, que por contingências obedeciam a calendários acadêmicos, permanecendo muito tempo fechadas; ao reconhecimento cada vez maior dos serviços oferecidos pelos psicólogos e muito, por não ter a ajuda psicoterápica, *know how* de atendimentos de urgência, uma vez estar sua prática pautada em modelos de intervenção de longa duração.

Instigados pela reflexão de vários autores podemos, comungando com eles, e a partir de nossa própria experiência, perguntarmo-nos quem realmente tem se beneficiado, ao longo dos anos, com os modelos já existentes de intervenções psicoterápicas nas Clínicas Escolas, pois se observa que são altos os níveis de não comparecimento aos chamados para atendimento, o abandono do tratamento de forma prematura e o índice elevado de evasão. Entende que por esses motivos e por ainda outros tantos que cita, “é necessário criar novos modelos de atendimento psicológico [...] que possam abranger de forma significativa a comunidade, já desamparada por serviços básicos” (Tassinari, 2000, p.7).

Trata-se de consenso atual, entre aqueles que têm se dedicado ao estudo e à sua prática, que o procedimento psicoterapêutico denominado Plantão Psicológico visa trabalhar as demandas urgentes e imediatas levantadas pelo cliente no momento de tomada de consciência de seu sofrimento psíquico. Trata-se de um atendimento emergencial, distinguindo-se, portanto, de uma psicoterapia tradicional, cujas bases e procedimentos caracterizam-se pelo estabelecimento de contexto específico: atendimento sistemático e de longo ou curto prazo com vistas a uma integração profunda e permanente da personalidade da pessoa atendida, quase sempre em momento determinado pelo terapeuta, por meio, geralmente, da utilização de um agendamento antecipado do início das sessões.

Diante de intervenções, cujo modelo é o da prática de consultório tradicional, muitas outras dificuldades se afiguravam. Uma delas, com o qual se viam as voltas os psicólogos clínicos, em específico aqueles alocados nas Clínicas-Escola, tratavam-se de que, em situações de emergência, quando uma pessoa precisa de ajuda imediata, surge a questão: que tipo de ajuda seria adequada?

A partir dessas constatações, é possível afirmar que as psicoterapias clássicas não costumam ser ágeis e nem práticas, até o presente momento.

“Onde a vida está literalmente em perigo, qual será a melhor hipótese para agir?” (Rogers, 1974).

Já no Plantão, o encontro emocional, parte importante do Processo de ajuda e atenção psicológicas, que são dadas de forma imediata, legitima-se na experiência de ser, o indivíduo, compreendido pelo terapeuta, na atitude deste em ir ao encontro daquilo que de mais pessoal e de mais íntimo há nele, de zonas não só desconhecidas como “solitárias”, carentes de contato com o outro.

Moura (2000) afirma que o suporte teórico inicial dessas premissas vem de Carl Rogers, psicoterapeuta americano, que juntamente com outros profissionais e teóricos da Psicologia Contemporânea (Maslow, Frankl, Erickson) acabaram por revolucionar a postura e o atendimento do fazer Psicoterápico. Foi um dos fundadores da Psicologia Humanista, que deu as bases originais ao Procedimento de Plantão Psicológico. Procurava Rogers um entendimento do Homem pautado nas emoções, desejos e em um aparelho psíquico autônomo, incorporando as noções de liberdade, busca de sentido e positividade.

O Humanismo surgiu como uma resposta ao anseio de valorização da Saúde da Natureza Humana, que se faz em presença de uma busca de sentido e de uma necessidade de aperfeiçoarem-se constantes, procurando encontrar sempre a auto-integração e a auto-realização, tornando-se um todo indivisível.

Defendia ele que a relação terapêutica construtiva apoiava-se em três pilares:

Empatia - movimento afetivo cognitivo do terapeuta em relação à perspectiva fenomenológica do cliente, ou seja, ao modo como este último percebe e sente o mundo, ou seja, “... depois de haver captado o quadro de referência interior do outro, tão completamente quanto possível, deve-se indicar ao paciente a extensão do que vê atrás de seus olhos” (Rogers, 1974, p.48), transformando-se em um alter-ego, ou seja, temporariamente um eu no qual o paciente pode espelhar-se.

Congruência: cujo conceito alicerça-se no mesmo autor e exige do terapeuta que este seja consciente de seu universo fenomenológico (percepções, sentimentos e juízo) e expresse tal universo na medida em que isso possa auxiliar o cliente a tomar contato com o seu próprio campo, focando o processo no relacionamento presente entre terapeuta e cliente.

Aceitação positiva incondicional: diz respeito à postura do terapeuta em criar um “clima” de acolhimento, em que o sujeito possa sentir-se à vontade para expressar-se livremente, sem que tenha que recorrer a papéis ou posturas

estereotipadas. "Concentrar meu esforço em compreender e apreender como o paciente apreende e compreende seria uma interessante forma de demonstrar operacionalmente ao paciente a crença que tenho no seu valor e na sua importância pessoal" (Rogers, 1974, p.49).

Uma vez que se estabeleça o relacionamento entre psicoterapeuta e cliente, tal "encontro" resultará na promoção de Saúde, aqui entendida não apenas como a ausência de doenças, mas como um bem-estar advindo do equilíbrio entre os fatores físicos, psicológicos, afetivos e sociais.

Bartz (1997) busca no dicionário o significado da palavra Plantão e encontra que esta significa: horário de serviço escalado para determinado profissional exercer suas funções em delegacia, hospitais etc.; serviço noturno ou em dia ou em horas normalmente sem expediente em redações de jornais, hospitais, fábricas etc; plantonista é a pessoa encarregada de tal serviço.

Conforme adverte Luna Freire (2004), talvez, no caso de psicólogos de Plantão, fosse mais correto denominarmos o atendimento em questão de Pronto Atendimento, uma vez que não nos temos colocado diuturnamente à disposição das pessoas que procuram pelos nossos serviços.

Acrescenta ainda Bartz (1997) que, ao instituir-se o Plantão Psicológico é dado um novo passo no significado e sentido da Psicoterapia e do próprio papel do Psicólogo diante da diversidade contemporânea que empurra o homem para uma ordem de criação e evolução constantes, acarretando-lhe conseqüentemente problemas de ordem interna e externa.

Os atendimentos do Plantão Psicológico baseiam-se na seguinte concepção filosófica de Homem: há nos seres humanos uma força interior, um poder pessoal que ocasiona uma tendência para o desenvolvimento, dentro de condições facilitadoras. Segundo sua visão, as sessões do Plantão, em potencial, podem oferecer a este Homem:

- ajuda no reconhecimento de problemas ou conflitos ainda não identificados, mas que estejam causando desconforto ou desequilíbrio no indivíduo;
- apoio em situação de isolamento;
- orientação e esclarecimento de natureza quase didática;
- oportunidade de desmistificação do papel do psicólogo, como ocasião de esclarecimento de fantasias ou preconceitos em relação à sua atuação (BARTZ, 1999, p.23).

Os motivos ou assuntos pelos quais os clientes procuram esse tipo de serviço são variados.

Ao oferecer a possibilidade de intervenção rápida (única sessão e até dois retornos), em momentos de crise, mostra-se eficaz para as pessoas que têm problemas mais urgentes. Pode ser útil, também, como medida preventiva, visto que o cliente, quando procura por ajuda psicológica imediata, merece ser atendido em sua urgência para que se rompa com o preconceito de que o que é psíquico pode sempre esperar. As sessões de Plantão seriam compostas das seguintes instâncias mobilizadoras e, conseqüentemente, facilitadoras da ajuda psicológica:

1 – Possibilidade de retomada do Potencial de Autocura – mesmo as pessoas mais fragilizadas possuem poder de auto curar-se e este se localiza na base do que se chama de tendência atualizante, que é um centro de vitalidade e criatividade. O papel do plantonista seria, então, o de facilitar a emergência deste poder pessoal, facilitar a fluir dos desenvolvimentos mais complexos e completos. Às vezes, a simples presença do plantonista produz alívio e ajuda.

2 – Compreensão Diagnóstica – segundo a compreensão de Mafhoud (1987) citado por Bartz (1997), talvez a tarefa mais importante do Plantão seja a de possibilitar ao cliente uma visão mais clara de si mesmo e de sua perspectiva ante a problemática que vive. Essa compreensão imediata assemelha-se a um tipo de psicodiagnóstico intervencionista na medida que, segundo Ancona Lopes (1992), também citado por Bartz (1987), mesmo durante as sessões iniciais, as questões, as necessidades básicas já podem ser observadas e acontecem em um momento valioso para a compreensão do paciente que deve ser extremamente considerado. Yehia (2004) adverte, no entanto, que mais prudente é estimular as partes saudáveis da pessoa do que se centrar em suas possíveis deficiências ou distúrbios, embora seja interessante não desconhecê-las.

Além disso, o plantonista vai ganhando cada vez mais experiência e uma agilidade cada vez maior de investigação focal e de diagnóstico, preparando-o para lidar com situações de crise. O supervisor é possibilitado a rever de modo crítico as atitudes e procedimentos dos estagiários, incentivando a autocrítica, o desenvolvimento pessoal e o estudo teórico (BARTZ, 1997).

Também concorda com a importância do diagnóstico ou da compreensão diagnóstica, Prebianchi (2004) "*o diagnóstico correto é condição imprescindível para o planejamento dos cuidados individuais e para a escolha do tratamento adequado*"

(62). Argumenta ainda a mesma autora sobre a importância também da intervenção precoce na tentativa de impedir-se que uma doença se instale.

Poderíamos pensar que Plantão Psicológico, se bem articulado, poderia configura-se em um nível primário de prevenção ou no mínimo numa interface entre o primeiro e o segundo nível de prevenção dentro da Saúde.

3 – Encaminhamento – Um dos serviços oferecidos no Plantão, além da atenção psicológica, é a orientação para a procura de Serviços de Saúde Comunitários, além de outros recursos disponíveis, procedendo-se o encaminhamento para estes locais de atendimento público, esclarecendo dúvidas, diminuindo a ansiedade diante de focos emergenciais. Ao funcionar em Rede, dentro de uma concepção de Clínica Ampliada, encaminhar nos plantões significa colocar o cliente em atividades ou atendimentos adequados, que possam promover desenvolvimento, solucionar ou amenizar seus problemas ou dificuldades. Enquanto isso não acontece, o plantonista deve permanecer acompanhando, coordenando o início das providências e tratamentos planejados.

4 – Atenção Psicológica – significa formar um vínculo, uma aliança, ir junto, acompanhar seu percurso. Em sessões de Plantão podem aparecer dúvidas a respeito de tratamentos médicos ou psicológicos que podem ser melhor elaborados com ajuda do plantonista.

5 – Encerramento – acontece quando o cliente retorna a níveis suportáveis de angústia, já enxergando o próximo passo que deve dar em sua jornada.

Muitas vezes, superada a demanda emergencial e não sendo esta eficazmente atendida, o cliente desmotiva-se para continuar explorando e lidando com seus problemas e é aí que reside o maior perigo para sua saúde psíquica.

Sterian (2000) define e, ao mesmo tempo, adverte para a delicadeza das emergências, pontuando que a emergência é, portanto, aquilo que emerge no tempo e espaço, que deverá ser tratado adequadamente para que não se transforme em urgência. Esta demanda, segundo ela, “inicia-se, geralmente a partir de uma percepção, de um ato, ou da explosão de um quadro que o paciente avalia ou exterioriza como urgente. É um acontecimento que altera seu cotidiano tanto em sua dinâmica quanto em suas relações interpessoais, precisando de pronto recorrer à intervenção de um profissional, na busca de soluções. A emergência não se limita, portanto, aos momentos de crise. Ela estende-se aos períodos que a precedem e que lhe são consecutivos”. (p. 69)

Yehia (2004) complementa a explicação sobre a forma de procedimento nos atendimentos do Plantão, explicando que os procedimentos adotados nesta prática são constituídos de uma entrevista clínica e até (possíveis) dois retornos, não tendo uma demarcação fixa de distanciamento/proximidade entre um atendimento e outro, podendo tanto ter o espaçamento de uma semana, quanto ser marcado para o dia seguinte ou até mesmo para duas ou três semanas após a entrevista. Geralmente, os retornos são “combinados” entre o estagiário e o cliente, de acordo com a possibilidade e necessidade deste último. Esta entrevista clínica pode ser pensada como um espaço propício à elaboração da experiência do cliente no que diz respeito ao seu sofrimento psíquico e às possibilidades ou vislumbres de ajuda que ele concebe, facilitando ao mesmo tempo clarificar a natureza de seu sofrimento e de sua demanda por ajuda.

Desta forma, o que define o Plantão Psicológico, para a mesma autora, não é a queixa trazida pelo cliente, mas o modo de lidar com a mesma, compreendida como um “sintoma de uma demanda, cujo esforço de compreensão é feito na medida em que interesse ao cliente” (MORATO, 1999 citado por YEHIA, 2004).

Em sendo assim, a alternativa de Serviço de Plantão Psicológico tem ênfase na demanda emocional e não no objeto da queixa do paciente, ou seja, o foco recai na maneira como a pessoa habitualmente lida com suas dificuldades. O psicólogo, neste tipo de serviço, não visa solucionar problemas, mas procurará estar presente, acolhendo a pessoa e escutando-a ativamente, possibilitando com isso que ela se mobilize frente à sua situação conflitante. Ao centrar-se na pessoa, mais do que no problema, facilita que a pessoa examine com cuidado as diversas facetas de sua própria experiência, ajudando-a a escutar-se e a mobilizar suas forças de cura.

Porém, diante de uma Psicologia Clínica tão condicionada no olhar, como compreender uma “novidade”? Como compreender o Serviço de Plantão Psicológico? O Novo?

Indubitavelmente, representa uma flexibilização quanto às formas de atendimento clínico oferecidas à população, podendo levar, também, a uma economia para o Sistema, na medida que promove encaminhamentos internos e externos com agilidade nos serviços públicos de saúde, nas Instituições de Ensino etc.

Pré-existem fatores, especialmente nas Clínicas-Escolas, garantindo a possibilidade de existência de Serviços complementares como o é Plantão

Psicológico: a confiabilidade que a comunidade atribui a esses locais de ensino-aprendizagem; o empobrecimento da população nas últimas décadas e a falência geral da Saúde Pública, o que tende a congestionar as referidas clínicas, forçando-as a criação de novas estratégias de atendimento.

Algumas vezes, apenas reduzir o número de sessões disponíveis para os tratamentos, como é largamente praticado, explica Tassinari (1999), para sanar tal demanda, não produz efeitos benéficos nem para o aluno-aprendiz e nem para o usuário dos serviços. Por isso, novamente aqui se vê estampada a necessidade de criarem-se formas mais ágeis de abordagem para a psicologia clínica.

Neste entrelaçamento entre Plantão Psicológico e Psicologia Clínica, cuja mais célebre representante é a Psicoterapia, verifica-se que embora use recursos terapêuticos comuns à psicoterapia, por ser a maior diferenciação do Plantão Psicológico o tempo de sua duração, poderíamos classificar tais práticas como psicologia clínica, na medida em que utilizam também outros procedimentos, como encaminhamentos, orientações diretivas, aconselhamento familiar, acompanhamento concreto, diferentemente da especificidade psicoterápica? (LUNA FREIRE, 2004).

O que levaria as pessoas, em um espaço tão curto de tempo, a alavancarem mudanças após sua passagem pelo Serviço de Plantão Psicológico?

Mesmo já contando com um razoável número de sucessos e depoimentos a favor dos Serviços de Plantão Psicológico, como a própria experiência pessoal da pesquisadora, tanto na sua implantação quanto no desenvolvimento de sua ação, a prática do Plantão Psicológico ainda provoca algumas dúvidas. Entendemos que isso possa ocorrer pela indefinição operacional de algumas situações ou vivências típicas e específicas, cujos referenciais são comuns a quase todos os autores (HALPERN-CHALOM, 2001).

Essa lacuna instigou a pesquisadora a tentar aprofundar-se nelas e assim colaborar com uma visão mais clara do novo Método.

As questões instigantes passam pela suposta eficácia do Plantão Psicológico.

A que tipos de mudanças levariam as sessões de Plantão Psicológico? No que consiste o chamado “acolhimento à pessoa”, tão necessário e vital, segundo todos os autores, para a deflagração do Processo de Mudança? O que é retomada da tendência atualizante? Em que consiste a própria tendência atualizante da pessoa? Como se dá o vínculo terapêutico em uma única sessão? No que consistem



as crises, urgências e emergências em Psicologia? Terá o psicólogo, a partir de sua atual formação, condições internas, para, ao trabalhar como plantonista, abrir-se ao imponderável, ao desconhecido? O trabalho nas sessões de Plantão Psicológico devem ser focais? As Clínicas-Escola, tradicionalmente preparadas para uma população previamente selecionada e agendada, terá suporte para dar conta da demanda “atraída”, ou seja, totalmente imprevisível? Poderia existir a prática de Plantão Psicológico dentro de algum outro referencial teórico que não o Centrado na Pessoa?

Buscando as primeiras respostas, depara-se com questões recorrentes em todos os autores, ou seja, a questão do acolhimento, a questão da intervenção psicológica na demanda emergencial ou crise, a questão do tempo e a questão dos limites da atuação do Plantão Psicológico (MESSIAS, 2001).

Para melhor compreender o que se refere à questão do “acolhimento”, uma das principais ferramentas do Plantão Psicológico, será retomada a discussão sobre intervenções de apoio em psicoterapia. Seriam terapeuticamente eficazes ou não?

Destaca Cordioli (1998), que naquelas escolas cuja tradição origina-se na Psicanálise, a palavra apoio sempre representou algo muito desvalorizado, visto de uma forma muito preconceituosa e isso acabou se difundindo. Também com a crescente invasão do campo da psicoterapia por profissionais alheios à área e até mesmo maus profissionais psicólogos, passou-se a entender que todo apoio é sinal de “um bom papo” com potencial de “desabafo” e de ser, necessariamente, a pessoa em questão “reforçada” naquilo que é ou pensa, sem que haja a mínima interação de idéias ou tentativa de ampliação de sua consciência. Essa compreensão trata-se evidentemente de uma má compreensão da manobra analítica de reforço das defesas psíquicas.

Apoio quase que chegou a ser um “não contrariar” aquela pessoa que supostamente estava em sofrimento psíquico. Porém, as técnicas de apoio são muito empregadas em todos os modelos psicoterápicos, ainda que como grupo de técnicas, que podem ser eventualmente usadas, e não propriamente como método clínico.

Apregoa-se que existem dois tipos de apoio: o específico e o inespecífico. O específico está diretamente ligado à Psicoterapia de Apoio, por meio de técnicas denominadas de sugestão, persuasão, controle ativo, reafirmação e melhora da auto-estima, ventilação, educação, clarificação e confrontação e o inespecífico está

diretamente relacionado ao uso de técnicas de apoio de que todas as teorias se utilizam em diferentes momentos das psicoterapias (CORDIOLI, 1998).

De uma certa maneira podemos entender a questão do acolhimento existente no Plantão Psicológico como Apoio Psicoterápico. Entende o autor que as técnicas de apoio inespecíficas vieram no bojo do desenvolvimento das escolas humanistas ao defenderem justamente os pressupostos rogerianos da empatia, da aceitação positiva incondicional e da congruência da relação que se estabelecia entre cliente e terapeuta.

Mas no Plantão Psicológico, na hora da emergência, como é realizado esse Acolhimento? O que o diferencia do acolhimento que é feito por um sacerdote, por um pastor etc., se esse mesmo usuário que a nós recorre, recorresse a alguma outra ajuda?

Entende-se uma possível “desvalorização” e demora na aceitação da proposta do Plantão Psicológico, despertando uma certa indagação quanto à possibilidade de sua eficácia, em parte pela confusão que se faz nesse aspecto. Pode-se entender que apoio consiste em apenas aliviar a tensão momentânea da pessoa como já foi brevemente tocado acima, mas entende-se que psicólogos ajudam de maneira profissional, ajudam embasados em sua ciência, sem nunca perder de vista a interação pessoal que deve haver, o calor humano, a empatia, fatores estes que o diferenciarão de outra pessoa qualquer, embora reconheçamos o fator terapêutico que algumas relações exercem sobre as pessoas.

Por outro lado, pode-se igualmente incorrer-se em uma banalização de sua intervenção ao julgá-la meramente como uma possibilidade de “desabafo”, ratificando a confusão existente com o Apoio em Psicoterapia.

Sakamoto (2001) responde prontamente à questão acima, explanando sobre as características das sessões do Plantão, defendendo que as mesmas são grandemente permeadas pela Crise ou demanda emergencial imediata sendo este um grande fato de facilitação para a atuação do plantonista.

CRISE está sendo definida neste estudo como:

“Alto nível de ansiedade, de dificuldade para pensar, objetivar e discriminar problemas, alterações na auto-estima, distúrbios nas relações com ou outros, déficits na produtividade pessoal, falta de um projeto positivo de futuro, se conjugam e se potencializam, criando uma escalada de efeitos negativos. Tem um tempo certo de duração” (FIORINI, 1983, p. 125).

Mas no Plantão Psicológico, podemos falar também no atendimento às demandas emergenciais de urgência, ou seja, acontecimentos psíquicos que ocorrem ao usuário, que não se encaixam na definição de crise acima, mas que, dada a subjetividade da pessoa, para ele, determinado confronto torna-se uma crise, passando a ter quase que a mesma gravidade de uma Crise (CURY, 1999).

Certas intervenções terapêuticas podem atuar, então, não na produção de ações isoladas, mas ao frearem ou atuarem sobre alguns elos da cadeia, ou ao inverterem seu sinal, de negativo para positivo, conseguem influir sobre o conjunto do ciclo ou reação em cadeia. Um modelo de ciclo de modificações permite dar precisão ao que certos autores descrevem, de maneira vaga, como a existência em todo paciente de “impulsos autônomos para a Saúde”, ou seja, a possibilidade de autocura do paciente, uma vez que, naturalmente, faz parte da vida humana, o que em cibernética chama-se “Círculos viciosos” e “círculos virtuosos” (MARUYAMA, 1963 citado por FIORINI, 1983).

Para Fiorini (1983), mesmo as psicoterapias mais prolongadas deveriam sempre trabalhar com contratos de duração relativamente breves, sujeitos de tempos em tempos a balanços e renovações.

Deste modo podem-se evitar os riscos da ambigüidade temporal.

Na compreensão de Sakamoto (2001), a atenção psicológica oferecida na sessão de Plantão, no exato momento de sua crise ou de sua demanda emergencial, mobilizará, naquele que busca por ajuda, indicadores de criatividade, características essas que estariam bloqueadas pelas circunstâncias da vida fora de seu curso natural e que precisam ser mobilizadas para que a pessoa dê prosseguimento à sua vida.

Argumenta sobre a importância de acreditar-se que os seres humanos podem, a partir de relações humanas facilitadoras, colocar o seu *potencial criativo* a favor da ajuda psicológica, o que muitas vezes proporcionam resultados inesperados em psicoterapia.

Acreditamos, tal qual a mesma autora que, a mobilização desse potencial criativo torna-se mais importante do que as tão propaladas condições de ego ideais

para o sucesso da Ajuda em Psicologia, validando completamente a modalidade denominada de Atenção Psicológica.

Em uma psicoterapia dita convencional, dirigida ao insight, seriam necessários, para um melhor aproveitamento do processo, que o cliente tivesse motivação para a mudança, capacidade de resposta e formação de vínculos, vivências passadas de boas relações interpessoais, força egóica e capacidade de focalização, e, principalmente TEMPO disponível para o empreendimento da longa Jornada Psicoterápica. Deixaremos de lado, momentaneamente, a questão financeira, embora esta seja de fundamental importância em tudo isso.

Contudo, nem sempre estas condições favoráveis acabavam por ser garantias para obtenção de mudanças favoráveis ou significativas.

Entende a mesma autora que a possibilidade de Mobilização da Criatividade da pessoa que busca por ajuda no Plantão Psicológico depende de fatores originários da própria pessoa, do terapeuta e da relação.

Processo Terapêutico é um Processo Criador e para que isto aconteça é necessário que o impulso criativo, segundo Rogers (1974), que habita todos os seres humanos, seja retomado.

Ao terapeuta caberá conjugar, segundo Messias (2001), preparo técnico e envolvimentos afetivos, no que consistiria potencialmente a sua parcela de contribuição para o estabelecimento de um bom vínculo terapêutico.

Seu poder criador colocado a serviço da relação facilitaria o despertar do potencial criador do cliente (ROGERS, 1974).

Seria formado, então, uma ativação das forças criativas do paciente que associado ao poder terapêutico da relação de ajuda, unidas em uma atmosfera de busca e aceitação, facilitariam a obtenção de resultados positivos para a psicoterapia.

O que possibilitaria a retomada de um estado potencial criador?

Para Fiorini (1963), a crise ao expor a fragilidade do paciente, possibilitaria à energia psíquica retornar ao seu estado original anterior, ao comprometimento limitador e isto daria à pessoa uma nova abertura ao Novo e ao Inusitado.

Segundo Silveira (1992), a experiência criativa é permeada por um “clima” que está basicamente vinculado ao sentimento de confiança que no processo de desenvolvimento emocional saudável está inicialmente apoiado num relacionamento contínuo de confiança, no outro e evolui para a conquista de uma confiança em si

mesmo. A aceitação positiva incondicional e o clima de empatia provocariam no indivíduo sentimento de relaxamento e auto-aceitação para explorar-se, propiciando a experiência criativa que colocaria a pessoa novamente em busca de seu “eu real”.

O terapeuta em seu envolvimento afetivo parece ter a possibilidade de contribuir para o estabelecimento das condições necessárias no trabalho construtivo da ajuda psicológica, promovendo a existência do sentimento de segurança e a manifestação do impulso criador no conjunto das experiências do paciente (SILVEIRA, 1998).

Sintetizando, seriam facilitadores da retomada do movimento criativo do SER, o estado emocional apresentado tanto pelo terapeuta quanto pelo paciente, caracterizado por uma abertura para o relacionamento e aceitação de novas possibilidades em termos de alternativa de pensamentos e escolhas para tomada de decisões. O estado emocional criador está aberto ao novo, assim o entende Rogers (1970), em que existe um estado de ser, no qual temos reunido passado, presente e futuro, simultaneamente e criativamente relacionados.

Caberia ao envolvimento afetivo dar o tom do compromisso afetivo com a finalidade de examinar-se e modificar-se e, finalmente, uma condição psíquica em termos de recursos afetivos e intelectivos desejáveis, que permitisse um trabalho de elaboração criativa.

Lofchy (2003) refere-se a ter constatado excelentes resultados, relatados tanto por clientes como por terapeutas, em Programas de atendimento ao Paciente em Crise, o *Crisis Therapy*.

Na prática, essa atitude do plantonista significa disponibilidade para atender uma gama bastante ampla de demanda, enfocando a experiência do cliente pelo seu próprio referencial, possibilitando responder à pessoa que necessita, já no momento presente, no aqui e agora da situação do encontro.

Todo indivíduo possui uma tendência integrada e inerente para a individuação e uma vez que a situação de impedimento possa ser abordada, Rogers (1974) defende que, ao ser possibilitado novas vivências possam surgir, o cliente está livre para seguir seu rumo, até sentir nova necessidade de parar e se redirecionar.

Vários autores, tais como Freire (2000), Peluso (1999), Pontes (1998), Padilha (2001), Halpern-Chalom (2001) em suas pesquisas, apontam para a não existência de supremacia de um método terapêutico sobre o outro, de uma técnica sobre a outra, de uma modalidade de intervenção sobre a outra e que, além disso,

existem sucessos e fracassos em terapias individuais ou grupais, breves ou de longa ou curta duração, em clínicas particulares ou em instituições. Porém, todas são igualmente unânimes em apontarem a importância da presença de um bom vínculo terapêutico, de uma boa aliança terapêutica, de um encontro consistente e empático entre cliente e terapeuta, ou seja, lá qual for o nome que se dê a essa interação, em contexto de ajuda psicoterápica,

Apontam para a questão do Vínculo terapêutico como condição *sine qua non* para que o processo terapêutico exista.

Aqui se passa a salientar a vital participação do cliente, ressalva Halpern-Chalom (2001), a sua real adesão ao tratamento, bem como a sua colaboração com o processo, ainda que não esteja com todas as suas condições egóicas altamente firmes no momento da busca da ajuda.

Se esta busca / procura foi espontânea, já temos aí um bom começo.

Ousa-se dizer que sem essa adesão, método algum logra, por melhor que seja ele, e por mais qualificado que seja o terapeuta.

Trata-se do potencial de autocura da pessoa, assegura Jung(,1991B), que deverá integrar-se aos outros fatores de ajuda psicoterápicas.

Entendemos que a eficácia do Plantão Psicológico, uma prática do psicólogo de tempo e objetivo limitados, estaria diretamente ligada às mudanças psíquicas que, na conjunção de seus elementos facilitadores, poderiam ser mais acessíveis e prementes ao usuário (MORATO, 1999).

Como ocorrem e quais são os fatores de mudanças implícitos em um Processo Psicoterápico são questões que têm sido largamente estudadas pela Psicologia. Um desses campos de pesquisa recai na busca de identificação dos mecanismos de mudança que permitem a obtenção de objetivos terapêuticos. Isso irá permitir ao pesquisador, refere-se Morato (1999), discutir com maior propriedade as limitações, indicações e possibilidades de manejos, quer das psicoterapias chamadas focais, quer das multifocais, tanto quanto agora, pretende-se discutir o tema em relação ao Plantão Psicológico.

Nesse sentido, o conhecimento dos mecanismos de mudança oferece um importante instrumento que favorece uma melhor articulação dos recursos técnicos possíveis para adequar-se ao enquadre específico do trabalho. Enquadre não apenas aqueles fixos, tais como frequência, duração das sessões, disposição do tempo etc., assim como também as condições estruturais e contextuais do paciente

e do terapeuta, até mesmo o local de atendimento, pois este pode ocorrer em uma Instituição, os quais permitirão definir questões centrais como o aspecto a ser trabalhado, os objetivos específicos a serem atingidos, os tempos compatíveis para tal e os recursos técnicos que viabilizem o trabalho (TASSINARI, 1999).

A mudança diz respeito a um aumento na confiança do paciente quanto ao seu poder de superar os seus padrões repetitivos de conduta autodestrutivas, aumento na compreensão dos seus sintomas e padrões de conduta, motivação para a mudança, internalização desses ganhos com o tratamento através de uma boa assimilação desses conteúdos, uma boa elaboração dos significados do término do atendimento, o que permite ao paciente obter um maior domínio sobre os seus conflitos e conseguir manter os ganhos terapêuticos (ZANIN; SANTOS; MESTRINER, 2005).

Yoshida (1999) explica que para que haja mudanças deve ocorrer uma experiência afetiva e cognitiva dos sentimentos em questão, conseguida por meio de confrontação e clarificação das defesas, sintomas de ansiedade associados. Em função dos modelos de intervenções utilizados pelas mais diversas terapias, poderíamos dizer que estas vão desde uma modalidade suportiva até modalidades expressivas.

Com certeza, a expectativa sobre os padrões de mudança a serem atingidos altera-se também dentro desse espectro de atuação e ação psicoterápicas.

Souza e Santos (2005) argumentam que o que não se altera é a busca pela eficácia terapêutica, eficácia entendida aqui como a capacidade de um método, qualquer que seja ele, de produzir os resultados pretendidos especialmente, em primeiro lugar pelo paciente e depois por ambos, paciente e terapeuta.

No entanto, os resultados encontram-se associados à expectativa que diz respeito tanto ao paciente quanto ao terapeuta e que devem ser adequadamente avaliadas.

No que se refere aos processos de mudança pretendidos pelo Plantão Psicológico, deve-se entender, a priori (STERIAN, 1999):

- 1- O Plantão para ser eficaz deve, em primeiro lugar, atender às expectativas de ajuda do paciente, ou seja, deve responder a uma demanda que nem sempre é claramente expressa ou totalmente identificável;

2 - Deve considerar as características do paciente, especialmente no que se refere aos seus recursos adaptativos e se, no caso do Plantão, são suficientes para o tempo brevíssimo que se tem, lidando assim com suas expectativas;

3 - Avaliar o estágio de mudança em que se encontra; o uso que faz dos recursos de mudança a ele oferecido durante a sessão e entre os possíveis intervalos entre sessões, assim como também os níveis de expressão de suas dificuldades mais suscetíveis de mudança.

De Clercq et al (2001) defendem a necessidade de atendimentos em crises não apenas em problemas psicológicos, mas em toda a sorte de problemas psiquiátricos, que esses serviços precisam ser integrados às redes de atendimentos na comunidade requerendo um amplo e sólido treinamento dos profissionais para tal, merecendo tudo isso muita atenção e cuidado por parte dos profissionais da Saúde.

Será utilizado no presente estudo a palavra mudança e a palavra fator exatamente como é encontrada no Novo Dicionário de Língua Portuguesa de Aurélio Buarque de Holanda. Mudança seria, então, ato ou efeito de mudar. 1. Pôr em outro lugar, dispor de outro modo; remover, deslocar. 2. Dar outra direção, desviar, mudar uma rota ou itinerário. 3. Tirar para pôr outro, substituir. 4. Transferir para outro lugar. 5. Alterar, modificar. 6. Trocar, cambiar, variar. 7. Fazer, apresentar-se sob outro aspecto. 8. Sofrer alteração, modificação. 9. Tornar-se diferente do que era, física ou moralmente e, Fator – aquilo que contribui para um resultado.

Yoshida (1999), referindo-se ao tema, demonstra a possibilidade de um enfoque ao qual denominou de transteórico de dimensões da mudança.

Referindo-se a um estudo realizado sobre o comportamento de parar de fumar, o que indica um processo de mudança em curso, relata que a pesquisa descreveu que as mudanças ocorreram em vários níveis, em vários aspectos da pessoa e se quisermos separar os diferentes objetos de estudo das escolas psicológicas, poderemos dizer que os processos de mudança ocorrem através do conceito de várias Escolas da Psicologia, enquanto os clientes são capazes de identificar concomitantemente diferentes âmbitos em seus processos de mudança, pois os diferentes enfoques teóricos tenderiam a eleger um ou dois deles como os mais relevantes. Isso dificulta uma maior compreensão dos processos, assim como lhes diminui a abrangência.



Mudanças seriam, então, pelo ponto de vista psicológico, as atividades encobertas ou manifestas nas quais as pessoas se engajam para mudar o afeto, o pensamento, o comportamento ou o relacionamento interpessoal ligado a problemas particulares ou padrões de vida. Ocorrem em todos os âmbitos do ser humano, porém as diferentes abordagens teóricas da psicologia dão ênfase a apenas um desses âmbitos, indica Halpern-Chalom (2001).

Poderíamos sugerir que não só diferentes enfoques teóricos, mas as diversas modalidades de atuação de cada enfoque teórico, em tese, teriam condições de promover processos de mudança.

Rouquayrol e Almeida Filho (1999) defendem que um processo de mudança, que ocorreria ao longo do tempo, dando-lhe concomitantemente um caráter dinâmico e estável não ocorreria de forma linear e sim, circular ou espiral, Obedeceria aos seguintes estágios a serem perpassados: Pré-contemplação: os pacientes nesse estágio de mudança não reconhecem a necessidade de nenhuma ajuda. Estão totalmente indiferenciados. Só chegam a terapia por insistência de terceiros; na fase de Contemplação, no mínimo, pode-se esperar um engajamento no processo psicoterápico ainda que pequeno. O paciente pode referir-se a uma leve insatisfação, a ter consciência que algo não vai bem, porém a tendência ainda será atribuir culpas a outrem. No estágio de Preparação, o paciente já reconhece as dificuldades como sua e dispõe-se a ser ajudado e a ajudar-se; na fase de Ação, as propostas práticas decorrentes da atuação psicoterápica são colocadas em funcionamento.

Já na etapa de Manutenção, os ganhos já obtidos devem ser transformados em ganhos permanentes, fazendo parte da atitude habitual e costumeira da pessoa e o Término ocorrerá quando o ganho tornar-se um ganho permanente para a pessoa.

Dependendo do estágio de disponibilidade para a mudança que se encontrar a pessoa, maior ou menor será a adesão dela ao Plantão, transformando sua extensão em possível ou impossível.

Ainda para completar, haveria níveis de mudança, podendo esta ocorrer nos sintomas ou nos problemas situacionais; nas cognições mal adaptativas; diminuição de defesas primitivas; maior ajustamento e maiores gratificações nos conflitos interpessoais atuais, sistêmicos ou familiares; auto-estima mais realista; modificação do comportamento das outras pessoas em relação à pessoa em decorrência de uma

nova postura; melhor desempenho em várias tarefas adaptativas como a produtividade, o lazer, a planificação, retomada do horizonte prospectivo ampliação da consciência de possibilidades e entraves pessoais (MENDES e DIAS, 1999).

Diante desse aspecto, lançam-se novos horizontes e luzes no papel da Psicologia, podendo este tipo de intervenção ser instituído em hospitais, centro de saúde, organizações, instituições e às Clínicas/Escolas para aprimoramento dos estagiários de quinto ano em formação em Psicologia Clínica, possibilitando um novo serviço prestado à população. A experiência de Plantão gera a possibilidade de criar outras formas de aproximação, particularmente na rede pública de saúde e de ensino, desdobrando a escuta clínica para diversas demandas que o mundo contemporâneo vem produzindo e avaliando os diferentes entrelaçamentos das demandas, principalmente em relação à clientela encaminhada por outros setores e/ou serviços de atendimento à população, como por exemplo, instituições de ensino, postos de saúde, conselho tutelar, juizado, entre outros (SANTOS, SIMON, MELO-SILVA, 2005).

Não se pretende, desta forma, substituir a psicoterapia tradicional comprovada, nem usá-lo como alternativa para diminuir filas de espera em serviços de assistência psicoterapêutica, serviços de atendimento em urgências psiquiátricas, mas sim, oferecer escuta imediata, recebendo a pessoa no momento da dificuldade, sem que necessariamente a intensidade dessa dificuldade tenha atingido um ponto crítico que represente ameaça iminente à sua integridade ou a de outros. Embora seja um excelente instrumento para provocar transformações saudáveis nas pessoas que o procuram, levando-as a conseguir melhora e soluções para suas dificuldades, há limites para as possibilidades de ajuda no Plantão, pois existem muitas situações em que não se aplica.

Em específico para a Linha de Pesquisa a qual se vincula este Projeto, outros pesquisadores já ajudaram a percorrer partes desse caminho: Messias (2002), Moreira (2002), Furigo (2002), Luna Freire (2004), Prebianchi (2004), Zini (2004), todos com pesquisas que marcaram significativamente os estudos em questão.



## Pela luneta junguiana: a vulnerabilidade da angústia como símbolo

O que visio é produzir algo de eficaz, é produzir um estado psíquico, em que meu paciente comece a fazer experiências com o seu ser, um ser em que nada mais é definitivo nem irremediavelmente petrificado: é produzir um estado de fluidez, de transformação e de vir a ser. (JUNG, 1991b § 99).

Abordaremos neste capítulo, a partir de um referencial teórico analítico junguiano, o pensar sobre como uma crise ou demanda emergencial de urgência, pode estar a serviço da mais profunda Saúde do indivíduo; como os agentes do mundo externo podem tornar-se catalisadores para uma retomada do Processo de Individuação.

Gostaríamos de salientar a amplitude e a profundidade da Escola Junguiana de Carl Gustav Jung (1875/1961) e esclarecer que iremos dela retirar e apropriar-nos neste estudo, apenas dos conceitos que, no momento, a partir de nossa vivência na área, tornaram-se perfeitamente aplicáveis ao Serviço de Plantão Psicológico.

Carl Gustav Jung foi um médico psiquiatra suíço. Seu pé de apoio para a construção de sua Psicologia Analítica ou Psicologia Profunda foi, dentre outros, o movimento psicanalítico, assim como as pesquisas do Centro Psiquiátrico do Burghölzli, da Universidade de Zurique, comandado pelo eminente pesquisador Eugen Bleuler (1857-1939), do qual foi primeiro assistente, com um conhecimento profundo e erudito da literatura mundial de sua época assim como dos clássicos, estudos profundos sobre religião, mitologia e alquimia e uma extensa e privilegiada prática clínica. Soma-se a isso também sua prática com os próprios pacientes psiquiátricos, a qual lhe despertou a enorme necessidade de compreensão da expressão dos pacientes com estrutura egóica cindida. Veio daí a sua necessidade profunda do conhecimento dos símbolos (JUNG, 1975).

De inovador para a Psicologia, foram as questões por ele referidas como Psicologia da Alma, a qual retomou e deu ênfase. Também inovadores foram os conceitos de Inconsciente Coletivo, Arquétipos e Processo de Individuação. A partir

de 1921, já com uma solidez profissional bastante significativa, “Jung passa ter seu sistema singular de pensamento assim com vocabulário próprio para descrever seu método de tratar pessoas” (BAIR, 2006, p.373).

Heider (2004) aponta que a teoria junguiana sobre o pluralidade e autonomia da psique aumenta a possibilidade de entendimento da personalidade total no campo da psicologia clínica e que sua prática psicoterápica, atual até os dias de hoje, visa obter da síntese de elementos e conteúdos internos do indivíduo, a criação de uma nova ordem a partir de uma constante integração de fatores.

Sua obra é um legado grandioso que seus “herdeiros” ainda estão às voltas para inventariá-la, compreendê-la em sua extensão, revisá-la e expandi-la.

Trata-se de uma teoria em construção.

Linehan (2004) afirma que a vida é um constante Processo de Mudança. Para que estas mudanças possam ocorrer, o indivíduo deve ser um guerreiro e os oponentes podem ser a natureza, outro guerreiro ou ele mesmo.

Durante toda a sua existência, esse guerreiro ver-se-á às voltas com a possibilidade de realização de seu verdadeiro ser, expressando e defendendo sua mitologia e psicologia pessoal.

Sua transformação e evolução dependerão dessa possibilidade.

Algo a considerarmos desde o início, realçando a pertinência de intervenções clínicas de emergência, situa-se no fato de entendermos que a consciência do EGO atuando ciclicamente, por definição é flutuante, volátil e passível de inúmeras influências e desvios (JUNG, 1978).

Sendo assim, devemos atentar-nos para esse fato, pois “o mundo da consciência caracteriza-se sobremaneira por uma certa estreiteza; ele pode apreender poucos dados simultâneos num dado momento” (JUNG, 1985a §189).

Dessa forma, no momento em que algo forte e diferenciado emerge, necessário se torna que seja captado de imediato, no ato, para que não volte a submergir. Reafirmando, segundo (Jung, 1993 § 286), “a consciência individual está cercada pelo mar ameaçador do inconsciente [...] apenas aparentemente é segura e confiável [...] e em certas circunstâncias basta uma emoção mais forte para perturbar a situação de equilíbrio” Dessa possibilidade de captação imediata dos conteúdos, quer sejam eles intelectuais, ou emocionais, emergentes, talvez a sua possibilidade de sua integração ao psiquismo.

Plantão Psicológico mostra-se como uma escuta privilegiada desse momento e é com ele que se conta na mobilização do conflito, fazendo aí a sua ação mais eficaz em busca da facilitação da retomada do Processo de Individuação.

Como o próprio nome sugere, Processo de Individuação "trata-se de um processo ou percurso de desenvolvimento produzido pelo conflito de duas realidades anímicas fundamentais, o embate do consciente com o inconsciente. É tarefa do terapeuta acompanhar esse processo, ajudando-o da melhor maneira possível" (JUNG, 2003a, § 581).

Contará também a seu favor com a vivência, o paciente que busca um atendimento de emergência, de um tempo denominado *Kairós*, não linear, um tempo da ruptura, como uma realidade interna aberta para recepção e absorção da ajuda terapêutica (MARONI, 2005).

Jung (1993a), tinha muita dificuldade em enxergar O PATHOS, a patologia no adoecimento humano. Acreditava ele que tudo, mesmo as doenças, poderiam ser símbolos a serviço do SELF, buscando re-equilibrar e colocar novamente a pessoa em contato consigo mesmo, assim como simbólicos são os nossos sonhos, as fantasias etc.

Neste estudo partiremos do princípio de que são simbólicas também as crises assim como os sentimentos de angústia mobilizados por ela.

Partia do princípio que o psiquismo humano é um todo ao qual correspondem partes inconscientes e partes conscientes.

A consciência tem um centro regulador, o EGO.

Alvarenga (1999) explica que a formação de nossa consciência ocorre em primeira instância no corpo. Posteriormente, ocorrerá o início da formação da consciência psíquica. Atualizar a consciência psíquica é etapa fundamental da humanização. Consciência seria o homem e a mulher conhecendo-se como tal, assumindo sua postura vertical, organizando o espaço à sua volta e tornando-se referencial da relação que estabelecem com o Universo. Ser humano é movimentar-se, respirar, comunicar, agir. Saber-se vivo e ser vivo será sempre um ato de coragem heróica. A identidade do Eu se define e se forja inicialmente pelo corpo. A imparidade do eu se forja e se define pela mente. A identidade psíquica será sempre individual e coletiva, sendo também o somatório de paridades e imparidades, semelhanças e diferenças, genérico e individual.

Explica-se, resumidamente, na teoria junguiana, o processo de formação da consciência psíquica, da seguinte maneira: ao nascer, a mente do recém-nascido encontra-se em total estado urobórico, símbolo alquímico da serpente engalfinhando a própria cauda, início-fim-início cíclico. Neste estado, o bebê é simplesmente Inconsciente Coletivo, prenhe de todas as possibilidades e necessidades para sua humanização. Bebê e universo são um só, um todo (NEWMANN, 1995).

Ao dar início à sua vida e à formação do EGO, que só existia em potencial no Inconsciente Coletivo, em estado de vir a ser, concomitantemente começam a formar-se a sombra ou Inconsciente Pessoal, povoado pelos Complexos e a persona que são instâncias muito agregadas ao Ego e muitas vezes, confundidas com ele (IDEM, 1995).

O inconsciente subdivide-se, didaticamente em dois: Coletivo e Individual.

O inconsciente pessoal contém lembranças perdidas, reprimidas, evocações dolorosas, percepções que não ultrapassam o limiar da consciência e conteúdos que ainda não amadureceram para a consciência (JUNG, 1985b). Corresponde a figura da Sombra que seria a parte menos positiva da personalidade, isto é, a soma de propriedades ocultas e desfavoráveis das funções mal desenvolvidas e dos conteúdos do inconsciente pessoal. Isto em tese, porque também podem ser reprimidos inúmeros dons e talentos da pessoa, apenas por não serem compatíveis com as expectativas externas do indivíduo, quer sejam essas expectativas sociais, familiares, culturais etc. Não raras vezes, clinicamente, ao trabalharmos com esses conteúdos sombrios, deparamo-nos com um potencial enorme de criatividade retido ali e não expandido para a consciência, o que possibilitaria ao indivíduo lutar no dia-a-dia com instrumentos mais diferenciados e eficazes.

Por outro lado, Persona é um termo que originalmente designava a máscara utilizada pelo ator para representar o seu papel. Para Jung (1978b), “a persona aparenta uma individualidade, procurando convencer aos outros e a si mesma que é uma individualidade, quando, na realidade, não passa de um papel, no qual fala a psique coletiva” (§§ 305- 306).

A formação do Ego ocorre através da atualização dos arquétipos contidos no Inconsciente Coletivo, cujo centro é o SELF, arquétipo ordenador e da Totalidade. Os arquétipos são fatores formais, define Jung (2000), responsáveis pela organização dos processos psíquicos: são os padrões de comportamento.

Apontava que a camada mais profunda que conseguimos atingir na mente inconsciente é aquela onde o homem perde a sua individualidade particular, onde sua mente se alarga mergulhando na mente da humanidade (JUNG, 1985c).

Do SELF sempre emanam águas puras capazes de nutrir a consciência, renovando-a. Portanto, a vida nasce do Inconsciente Coletivo, manancial inesgotável de energia criativa.

Ao Ego, em suas funções básicas, neutralizadoras de ansiedade e sinérgicas, caberá sempre a manutenção na consciência daquilo que foi mobilizado pelo SELF, seu processamento e o contato com o mundo exterior, além de devolver esses conteúdos mobilizados e processados ao SELF para que o mesmo possa tornar a processá-los.

Sendo assim, deverá ocorrer um diálogo interminável, que passará sempre pelo Eixo Ego-Self (EDINGUER, 1995).

Esse diálogo constante possibilitará ao Ego expandir-se e desenvolver-se e a isso será dado o nome de Processo De Individuação, que simplesmente será a possibilidade do indivíduo, em primeiro lugar, tornar-se realmente indivisível, indivíduo, não cindido em seus complexos, dentro daquilo que ele é realmente.

Viverá sua *physis* ou *arethé*, natureza, excelência, como denominam os gregos, assim como também manterá atualizadas suas potencialidades, dentro daquilo que lhe é possível (FRANCISCATO, 2003).

“A vida aparece assim como uma dialética incessante entre o eu e o self” (JUNG, 1985b §141).

Para que haja crescimento é necessária uma constante mobilização da Energia Psíquica vista como tudo aquilo que assume a forma de “tendência para” e, portanto, também a forma genérica de intencionalidade. A concepção junguiana de libido difere da concepção freudiana.

“É mais prudente entender com este termo um valor energético que pode transmitir-se a qualquer área de atividade: ao poder, à fome, ao ódio, à religião, sem ser necessariamente um instinto específico” (JUNG, 1985b, §197). O conceito é estreitamente ligado a diferentes teorias, em particular a teoria da individuação, a teoria do símbolo e a Teoria dos Tipos (PIERI, 2002).

A forma como a libido assume os seus processos transformativos mediante tal aparato é o Símbolo. O termo deriva do grego *symbollo*, aquilo que é colocado



junto com. Pode-se falar em função substitutiva do símbolo, assim como em função formativa e transformativa (JUNG, 1986).

Serviu-lhe de modelo a Física do começo do século XX. Para ele, a teoria da energia psíquica deveria explicar como objetos no mundo psíquico se afetam mutuamente.

Energia psíquica progride e regride. Na progressão, a energia é utilizada para adaptação ao mundo. Pode ser interrompida, suspensa, e quando isso acontece, a vida perde sua força e inverte-se o seu fluxo. Entra em regressão e volta-se para o inconsciente, onde infla os complexos. A pessoa fica presa do conflito e paralisa-se. A energia não desaparece do sistema, apenas desaparece da consciência. Isso resulta tipicamente em situações de crise (STEIN, 2000).

A concepção junguiana de energia psíquica foi fortemente influenciada pelos estudos de Wolfgang Pauli, o físico.

Donati (2004) mostra que a colaboração entre ambos trouxe para Jung, como ganho, uma concepção mais clara sobre Energia, enquanto que para Pauli trouxe uma maior sensibilidade sobre fenômenos psicológicos.

Ambos estudaram o princípio da Sincronicidade ou o princípio dos eventos que acontecem concomitantemente em um mesmo tempo e espaço sem a imediata percepção de causa-efeito (JUNG, 2000).

Portanto, Processo de Individuação é visto ocorrendo em espiral e não linearmente, dando-se através de progressão e regressão da libido.

Também lhe serviram de inspiração os profundos estudos que realizou sobre a Alquimia.

Longe está de lançarmos mão, neste estudo, de um aprofundamento sobre Alquimia. Nem seria o caso. Registraremos apenas, que a busca maior dos alquimistas era a transformação de um metal menos nobre em um mais nobre, como o ouro, por exemplo. Essa transformação era o *opus* alquímico e Jung utilizou-se dessa metáfora centenas de vezes para ilustrar o Processo de Individuação.

Entendemos, então, que sentir que nem tudo está bem na vida, acusa no indivíduo a presença difusa da sombra. Este começa a sentir-se mal dentro de “sua própria casa”. Bly (2000) aponta que esse sentimento que alguma coisa não vai bem pode ter uma provocação externa ou interna, tanto faz. Se esta Sombra não for trazida à Consciência do Ego, este será um forte fator de formação de obstáculos ao prosseguimento do Processo de Individuação, ao crescimento do indivíduo, ao

desenvolvimento de sua personalidade e isso é o que muito nos interessa em relação aos atendimentos no Plantão Psicológico.

Isso ocorre, pois há sempre um elemento de ansiedade entre a Persona e a Sombra, medo de revelar ao OUTRO quer seja ele interno ou ao OUTRO externo os verdadeiros detalhes de si mesmo, necessários para uma compreensão mais abrangente (DOWNING, 2000).

Sempre que a identidade dominante do ego está em mudança, este se sente ameaça de dissolução, mesmo que a mudança seja na direção desejada. DeBus (2000) diz que há em toda mudança, um estado transicional no qual a antiga identidade foi desagregada e não pode ser re-instalada, ao passo que o padrão de identidade mais novo ainda não foi estabelecido de forma segura o suficiente para sentir-se estável.

Nessa fase de transição ou de liminaridade, existe sempre um sentimento de insegurança que acompanha as transformações psicológicas significativas dos padrões básicos de identidade. Pode-se esperar uma restauração progressiva da persona, um movimento para trás, na organização anterior da personalidade, que é inadequado ao atual potencial de crescimento, mas que é segura, num certo sentido, por ser completamente conhecida (STEIN, 2005).

Impossibilitada de renovar-se, a consciência começará a padecer da falta de agentes criativos que lhe possibilitem enfrentar as vicissitudes do cotidiano. Virá a estagnação total, ou ainda, o mais provável, já que se acredita que o psiquismo de alguma maneira buscará o equilíbrio, assim como o corpo sempre tende a buscar a sua homeostase, uma CRISE, um alerta de que algo está errado.

Esses embates e combates do ser humano com o mundo constelarão no Inconsciente Pessoal os Complexos, em sua polaridade positiva ou negativa (JUNG, 1985a).

Complexos são núcleos carregados de emoção e unidos por ela, em torno de temas humanos como nascimento, vida, morte, mãe, pais, irmão, trabalho, enfim, tantos complexos quantos forem os arquétipos mobilizados para pela exigência existencial daquele indivíduo.

A mobilização dos arquétipos no psiquismo dá origem aos complexos, que habitam o Inconsciente Pessoal (KAST, 1997).

Poderíamos dizer que o tecido da psique são os complexos.

Esses grupos de imagens relacionadas entre si, têm um acento emocional comum e se formam em torno de um núcleo arquetípico.

Vivemos, então, imagens arquetípicas, porque o arquétipo é sempre virtual (BARCELLOS, 2006).

Estão ativos ou constelados quando a mente se encontra em um estado de excitação emocional. Os complexos, segundo Stein (2000), comportam-se como se fossem personalidades parciais, autônomas. A simples percepção consciente de um complexo não garante definitivamente a sua alteração junto ao inconsciente, mas o que auxilia é a reflexão consciente sobre como ele influencia a psique.

Ocorre que, desde o nascimento recaem sobre o indivíduo as expectativas sociais, familiares, culturais etc, às quais a pessoa tentará adaptar-se em diferentes graus.

Esse movimento inicia a formação da Persona e concomitantemente o afastamento da pessoa de seu verdadeiro SELF, de sua verdadeira natureza, daquilo que ela realmente é (JUNG, 2000).

O indivíduo passará, de certa maneira, toda uma vida tentando adequar-se ao que lhe é exigido externamente e ao que lhe é cobrado internamente, diretamente ou em forma de uma sensação difusa de desconforto e insatisfação, como já dissemos acima, sobre a eterna luta entre claro e escuro, ou seja, entre a Persona e a Sombra, precisando para tal dispor daquilo que Alvarenga (2000) chamou de uma coragem heróica. Ao afastar-se de sua verdadeira essência, cria-se nele a possibilidade, o aparecimento das doenças quer físicas quer mentais e das crises de identidade, existenciais, situacionais etc.

Aparece a angústia. Aparecem os comportamentos ansiosos.

O viver torna-se inóspito ou temporariamente inóspito, pois mesmo as crises situacionais e externas são vividas de acordo com aquilo que a pessoa é e com a sua visão de mundo. É aí que situamos a vulnerabilidade da angústia como símbolo de que algo não está bem, necessitando cuidados.

O aparecimento de sintomas físicos, psíquicos e das próprias crises eram alertas emitidos pelo SELF para que o indivíduo retomasse seu próprio *métron*, sua justa medida, como definiam, novamente, os gregos (BRANDÃO, 1991).

Apontava que os objetivos de seu processo psicoterápico eram os de fazer voltarem a fluir os elementos da psique de forma a ocorrer uma despetrificação do

ego, em que nada mais deveria ser definitivo e sim um constante vir a ser (JUNG, 1991b).

Na verdade, em termos concretos, não buscava nada, se é que se pode dizer assim, exceto que voltasse a se estabelecer uma comunicação do indivíduo consigo mesmo, de maneira fluida e permanente.

Isso não é um processo instantâneo e mesmo o próprio mestre defendia que levaria um certo tempo. Tempo para que essas conquistas se tornassem efetivas na estrutura de personalidade do paciente (IDEM, 1991b).

Porém, a retomada do Processo de Individuação poderia acontecer em um espaço de tempo mais curto?

Para responder a essa questão e agregá-la à possibilidade de uma Prática Junguiana em Plantão Psicológico, deve-se proceder a uma análise, ainda que relativa, a princípio, do que seria um processo psicoterápico junguiano. Este pode ser dividido em Fase de Análise e Fase de Síntese ou Integração.

Ocorre sempre dentro de condições delimitadas, que são definidas, metaforicamente, como uma moldura. Hall (1995) considera que moldura seja uma boa analogia, uma boa imagem visual, pois temos uma consciência imediata de que uma coisa emoldurada se encontra a um só tempo enfatizada e separada do ambiente que a circunda.

Seria uma espécie de *vas bene closum* em uma referência à imagem arquetípica do vaso alquímico, o recipiente de vidro, no qual a prima matéria deve ser transformada em Pedra Filosofal ou como diziam os alquimistas: onde o cobre transforma-se em Ouro.

Diz-se que o Encontro Analítico ocorre em um de *temenos* analítico.

*Temenos*, na antiguidade, referia-se a uma fronteira sagrada, colocada em torno de um templo. Na época antiga romana podia ser apenas um sulco feito no local onde seria erigido um templo (BRANDÃO, 1991).

Mc Grath (2004) complementa que o *Temenos* era um vaso hermético secreto. Para o analista/terapeuta é o seu consultório, ou atualmente, na modernidade, pode-se entender como a Instituição, em seu caráter mais amplo.

Enfatiza que Jung via o Processo de Individuação como um esforço alquímico, no qual, analisando, analista e o vaso, ou seja, o campo interacional formado pela relação, é transformado.

Existem nos indivíduos forças espontâneas da psique, ativadas pelo Self ou Si-Mesmo, que exercem uma contínua pressão em favor da dissolução dos complexos ou despontecialização dos mesmos quando atuantes de forma patológica, ao mesmo tempo em que promovem a ordem e o crescimento a serviço da Individuação (KAST, 1997).

O processo da análise/psicoterapia terá início sempre com o Primeiro Passo correspondente a um Auto – Exame.

O Segundo Passo corresponderá à compaixão para consigo mesmo, que concretamente significa procurar ou pedir ajuda. Posteriormente virão:

a) Estágio analítico

Trata-se da fase inicial da análise/psicoterapia e consiste em estabelecer a fronteira, o *temenos* analítico/psicoterápico, a moldura dos Encontros. Ocorrerá através da persona (percebê-la é ficar face-a-face consigo mesmo, com um eu verdadeiro, um notável desafio).

Depois do estágio da permeabilidade da persona, a próxima tarefa é a identificação e a integração da sombra. Tanto a persona como a sombra pode ser considerada, em larga medida, extensões do ego. O próximo passo seria a integração de aspectos da anima e do animus (JUNG, 1991<sub>a</sub>).

Estes dois termos são designativos em geral de imagem da alma de uma individualidade, respectivamente masculina e feminina. Tal par de termos introduzidos por Jung é emblema das características opostas de cada indivíduo, que descende da complementaridade, através da qual a psique se move (PIERI, 2002).

b) Estágio de Síntese:

Envolve o trabalho de integração na vida diária, das percepções realizadas no decorrer do estágio de trabalho analítico intensivo. O processo de integração pode ser bem mais extenso do que o de análise/psicoterapia, pois afeta imperceptivelmente o uso de novas concepções, percepções e atuações na vida cotidiana ordinária do analisando/paciente. Aparece aqui o que chamamos de Função Transcendente e não “transcendental”. Jung (1991<sub>a</sub>) esclarece que Função transcendente é a capacidade de superar a tensão entre os opostos através da criação de uma nova forma simbólica de atuação que transcende a tensão, a partir de uma melhor adequação ao nosso próprio *métron*, nossa própria justa medida. A

mobilização aqui é do arquétipo do Si-mesmo ou Self, o arquétipo da totalidade. A pessoa passa a ser mais inteira, menos dividida, mais indivíduo.

Esses estágios acontecem sempre de forma espiralada, nunca linear. Jung (1991) conceitua que esses estágios teriam fases a serem perpassadas. São elas:

1. Fase da catarse ou confissão correspondente à mobilização do conflito.

2. Fase da elucidação, que corresponde aos esforços terapêuticos através da interpretação ou amplificação (que corresponde ao entendimento, de onde vem e qual o propósito daquele conflito dentro da psique – aspecto teleológico).

3. Fase da educação – começa aqui o Processo de Mudança, ao qual já nos referimos no capítulo anterior. Estabelecer novos padrões, assumir novos modelos, retomar, aos poucos, a sua verdadeira natureza.

Resume assim as três fases iniciais do processo:

A confissão ou catarse diz: finalmente chegamos, veio tudo à tona, o último terror foi vivido e, de agora em diante, tudo vai estar bem. Com igual convicção a elucidação afirma: agora nós sabemos de onde provem a neurose. Desenterramos as memórias mais antigas, as projeções nada mais são do que desejos infantis de preencher a fantasia do paraíso perdido: abre-se a porta para uma vida sem visões ilusórias. Para completar vem a educação, alertando que isso tudo que foi aberto e descoberto só levará ao crescimento com treino acurado (1991a, § 203).

4- Fase da Transformação “é preciso, antes de qualquer coisa entendermos quais as necessidades da pessoa que passou despercebida pelas fases anteriores. Ser normal pode não ser a única coisa que se deseja conseguir. O que mais a pessoa poderia exigir, além de ser um ser social, normalmente ajustado?” (JUNG, 1991b, §160).

Considera-se perfeitamente plausível a ocorrência em sessões de Plantão Psicológico, como estudou Luna Freire (2004), que ocorra a presença de todos os elementos da clínica junguiana. Considera o mesmo autor, com o qual corroboramos que até a terceira fase, aconteça com freqüência no Pronto Atendimento.

Realmente ficará mais difícil acompanhar o Processo de Individuação do usuário, porém, em atendimentos dessa natureza, torna-se sempre possível que de quando em vez, o mesmo retorne para reconectar-se às suas forças e empreender novos projetos pessoais.

Fundamental para isso é a crença, que defendemos profundamente, na existência de um tempo interno diferenciado de um tempo linear, cronológico.

Cronos, segundo Brandão (1991), por aproximação, significa concluir, vibrar o último golpe.

A etimologia popular relaciona-o com o TEMPO personalizado: a fome devoradora da vida, o desejo insaciável de evolução. Jung citado por Maroni (2005) mostra que existe um outro tempo chamado de *kairótico*, que não é mais pensado como homogêneo, mas propício à ruptura, à descontinuidade, ou seja,

Vivenciar um tempo kairótico é vivenciar acontecimentos que cortem a sucessão temporal, e, isso, marca uma significativa diferença entre o que vem antes e o que vem depois. Os que habitam o tempo kairótico não podem antecipadamente determinar o tempo certo para então agir. Aguarda-se um futuro desconhecido e existe então a preparação para a resposta. A resposta é vital já que em Kairós o presente não está pré-determinado e plenamente formado; antes o presente é oportunidade e desafio: é um tempo aberto para o Novo (p 30-39).

Acredita-se que na vivência da Crise tanto quanto na Demanda Emergencial de Urgência com a qual trabalha um Serviço de Plantão Psicológico, deva-se ter como aliado justamente esse tempo interno do usuário. Ao chegar ao Serviço, assim mobilizado, a atuação e a intervenção do Plantonista vê-se extremamente potencializada. Atender o paciente nesse exato momento é vital e a chave do processo, até porque em sessões de Plantão, não se tem a obrigatoriedade de durar apenas os cinqüenta minutos terapêuticos como é de praxe da grande maioria das práticas psicoterápicas, embora também não se deva passar de dois tantos desses, aponta-nos a prática.

Em psicoterapias comuns, de longa duração, muitas vezes perde-se esse precioso momento de mobilização inicial, desvalorizando-se inclusive os primeiros encontros entre terapeutas e clientes.

Algumas vezes, dependendo do grau de mobilização do paciente para ela, tem-se que quase induzir uma crise para que o processo psicoterápico ocorra e aí sim, o terapeuta está às voltas com o tempo de Cronos (STERIAN, 2000).

Essa é justamente uma arma preciosa do Plantão e concebe-se como plausível que tudo isso ocorra em um tempo cronológico curto, breve, pois o referencial do vivido é de Kairós.

Apenas não será possível ao Serviço acompanhar a Individualização do paciente por um longo espaço de Tempo, porém, mesmo assim, isso em partes poderá ser realizado, uma vez que não é impossível ao paciente retornar ao Serviço em outros momentos distintos.





## Descobrimos uma trilha...

É, pois dever moral do cientista arriscar-se a cometer erros e a sofrer crítica, para que a ciência continue avançando [...] os que forem dotados de suficiente seriedade de espírito para não acreditarem que tudo quanto escrevem é a expressão da verdade absoluta e eterna aprovarão essa teoria que coloca as razões da ciência bem acima da miserável vaidade e do mesquinho amor próprio do homem erudito (FERREIROS 1985).

### 1 Método

As ciências humanas e sociais, mediadas pelas tendências ao positivismo e ao interpretacionismo têm procurado, inegavelmente, cada uma à sua maneira, responder ao grande desafio dos nossos dias: quem é o homem e como ajudá-lo.

Resultante de experiências vividas e interações, assim como de forças, fatores e estruturas internas e externas, mensuráveis ou não, eis aí o grande enigma para a ciência moderna: contribuir com a existência humana.

Para tanto, defende-se que “a valorização do estudo do ser humano, em situação, não só é indispensável eticamente, como extremamente necessária num momento de crise de humanização, em que o ser humano perdeu todos os seus centros de apoio e precisa apoiar-se em si mesmo” (CASSORLA, 2003).

Falando sobre a pesquisa com humanos, Oliveira (1999) enfatiza a importância dos métodos qualitativos, apontando que “o saber não é uma simples cópia ou descrição de uma relação estática; a realidade deve ser decifrada e reinventada a cada instante” (p.19).

Da pesquisa qualitativa, para este estudo, vieram os balizadores sobre o interesse que os próprios participantes tinham daquele estudo em desenvolvimento, da valorização marcante da subjetividade, na flexibilidade de condução da pesquisa por entender-se que o estudo do humano não pode ser totalmente programável, em seu contexto, ou seja, segundo Moreira (2002), na aceitação da premissa que estão

intimamente ligados entre si, a situação, o comportamento e experiência da pessoa, no impacto que a pesquisa automaticamente exerce no pesquisador e no participante e, sobretudo, na orientação para o processo e não para os resultados.

A vida do ser humano na contemporaneidade marca-se pela acelerada evolução. A ciência progride na mesma velocidade e conseqüentemente a atuação da Psicologia Clínica deve ser constantemente revista e ampliada.

O presente projeto tem sua inserção institucional no Programa de Pós-Graduação em Psicologia através do Grupo de Pesquisa denominado Atenção Psicológica Clínica em Instituições: prevenção e intervenção. (Certificado em 2002 pela PUC Campinas junto ao CNPq) - Centro de Ciências da Vida – PUC Campinas.

Segundo as idealizadoras do programa, Dra Vera Engler Cury e Dra Tânia Maria José Aiello Vaisberg:

“O Laboratório de Psicologia Clínica Social tem como objetivo promover estudos e pesquisas que, a partir de abordagens fenomenológicas e psicanalíticas, contextualizem o sofrimento humano no âmbito das determinações históricas, sociais e políticas do nosso tempo, propondo-se a desenvolver práticas psicológicas de atendimento em instituição, articuladas em termos de uma clínica social. Assume, assim, um trabalho de investigação da potencialidade mutativa de práticas psicológicas passíveis de ser inseridas em contextos institucionais da saúde, as quais podem ser articuladas em termos de programas de prevenção e intervenção clínica capazes de gerar serviços de atenção psicológica adequados às comunidades atendidas. [...] O Plantão Psicológico é um enquadre diferenciado de atenções psicológicas, dotadas de evidente potencialidade mutativa, que foi gestado no âmbito da Abordagem Humanista Centrada na Pessoa. Pretende disponibilizar um tipo de ajuda psicológica imediata, que deve organizar-se a partir da demanda emergencial de cada cliente, da forma como ele a explicita no momento da queixa. Legítima, assim, a autonomia do cliente, considerada em sua individualidade, para intervir e participar de sua própria trajetória na instituição. Tem sido utilizada em clínicas universitárias, em escolas, instituição psiquiátrica e mesmo em instituições jurídicas. Mantém como denominador comum o fato de disponibilizar ajuda psicológica sem agendamentos prévios, nem triagens e exige do plantonista uma postura de acolhimento e empatia.”

## 2 Participantes

Os participantes desta pesquisa foram um grupo de plantonistas, psicólogos formados com experiência mínima de dois anos em atendimentos de Plantão Psicológico, seus respectivos pacientes e a pesquisadora-supervisora, autora do Projeto. Adotamos como critério de inclusão, em potencial, todas as pessoas que recorreram ao Plantão no segundo semestre de 2005 e por uma questão de escala dos plantonistas, foram atendidos por um psicólogo/plantonista participante da pesquisa.

## 3 Local de Coleta do Material

A Clínica de Psicologia Aplicada e Fonoaudiologia da Universidade do Sagrado Coração está inserida na Universidade do mesmo nome, na cidade de Bauru. Pelo tempo que funciona e presta serviços à população da cidade e região é referência em atendimento psicológico.

Atende pessoas que a ela recorrem a procura de ajuda psicológica oferecida através de estagiários de último ano do Curso de Psicologia, que ali realizam os Estágios Supervisionados de Psicologia Clínica.

Conta com salas de atendimento, salas de ludoterapia, ludoteca, sala de estagiários e uma ampla e confortável recepção e sala de espera, atendidos em esquema de revezamento por funcionários e por bolsistas.

A Clínica de Psicologia Aplicada e Fonoaudiologia da Universidade do Sagrado Coração, com sede em Bauru – SP, foi fundada em 1985, por iniciativa dos cursos de Psicologia e Fonoaudiologia da mesma Universidade. Tem por finalidade a formação teórica-prática dos alunos dos cursos de Formação de Psicólogos e Fonoaudiólogos, como também oferecer à comunidade, assistência nas áreas de

Saúde Mental e Comunicação, promovendo o bem-estar e o desenvolvimento do indivíduo na sociedade. Visa, ainda, o intercâmbio entre profissionais e Instituições de áreas afins.

Como objetivos, destacam-se a formação do aluno e a assistência à comunidade, que são feitos através do atendimento por meios psicológicos e fonoaudiológicos, em suas diversas áreas.

Propõe-se a Clínica de Psicologia Aplicada e Fonoaudiologia a realizar diagnóstico psicológico e fonoaudiológico; orientar pacientes e seus familiares; realizar psicoterapias; realizar reeducação psicomotora e psicopedagógica; dar atendimento complementar de serviço social aos pacientes e a seus familiares; realizar orientações vocacionais; encaminhar pacientes para profissionais de áreas afins; realizar estudos de caso; realizar triagens; desenvolver atividades vinculadas ao processo escolar dos pacientes; encaminhar os pacientes às áreas neurológicas e otorrinolaringológicas. Objetiva ainda, o aprimoramento técnico dos profissionais da área de Psicologia, além de promover a integração dos alunos dos cursos de Psicologia e Fonoaudiologia, proporcionando-lhes um desenvolvimento humanizado, numa dimensão de solidariedade.

As atividades desenvolvidas são o atendimento a crises e demandas emergenciais de urgência tanto da população quanto do corpo discente e funcionários da instituição, realização de triagens de futuros pacientes; diagnóstico de patologias nas áreas de abrangência da Clínica, encaminhamento para atendimentos específicos, de acordo com a necessidade, realização de psicoterapias dentro de várias linhas da psicologia, orientação a familiares, acompanhamento de atividades escolares e realização de serviços complementares, administrativos, sociais e outros, além da realização de pesquisas.

Hoje, além do Estágio Supervisionado de Psicologia Clínica I – II, obrigatório para todo concluinte do curso de Formação de Psicólogos da Universidade, a Clínica de Psicologia Aplicada e Fonoaudiologia conta ainda com os seguintes projetos clínicos, oferecidos em caráter eletivo aos alunos, com o objetivo de ampliar-lhes as possibilidades de formação clínica:

1. Orientação Vocacional;
2. Psicoterapia de Apoio;
3. Psicoterapia de Casal;
4. Psicoterapia com Famílias;
5. Psicodiagnóstico;
6. Psicoterapia Breve;
7. Psicossomática;
8. Plantão Psicológico;
9. Psicologia Hospitalar;
10. Ludoterapia de Grupo;
11. Atenção Psicológica à Terceira Idade.

A coleta dos dados foi realizada sem a mínima interferência no andamento rotineiro dos Serviços oferecidos pela Clínica, integrando-se em perfeita comunhão com o cotidiano do local.

#### 4 Procedimentos

Considerando-se as premissas acima, foi proposta uma pesquisa-intervenção, no âmbito das pesquisas qualitativas, ou seja, ao mesmo tempo em que aconteceu uma intervenção psicológica nos participantes/pacientes, baseada na proposta de Plantão Psicológico (pronto atendimento), houve também num exercício de análise desta proposta através da compreensão integrada da experiência de plantonistas e clientes da Pesquisa (BRANDÃO, 1983).

Sendo assim, os dados que emergiram para fins de pesquisa também contribuíram de alguma forma para a melhoria da Saúde Mental do paciente, além de proporcionarem um conhecimento maior sobre os atendimentos psicológicos em questão.

A experiência foi o foco principal e a reflexão sobre ela foi parte importante desse estudo. Ocorreu um contato de um semestre letivo entre participantes do estudo (plantonistas), a pesquisadora plantonista e a situação investigada e, durante o período de coleta de dados, os pesquisadores estiveram em meio da cena pesquisada.

A coleta de dados implicou intervenção clínica que foi acompanhada regularmente por nós, pesquisadora-supervisora, através de Supervisões Clínicas semanais. Desses encontros nasceu uma proposta de análise fenomenológica da natureza do Plantão Psicológico de uma Clínica-Escola, bem como os fatores terapêuticos envolvidos nos Processos de Mudanças dos pacientes diante dos atendimentos recebidos no Serviço.

As Supervisões aos plantonistas tiveram como tarefa proporcionar-lhes a possibilidade de compartilhar seu atendimento, a partir de si mesmo, percebendo

suas emoções e sentimentos e as dos clientes, além de seus significados. Por outro lado, o supervisor pôde rever de modo crítico, porém facilitador, as atitudes e procedimentos dos pesquisadores, incentivando a autocrítica, o desenvolvimento pessoal, o aperfeiçoamento teórico e, sobretudo, procurando com o auxílio do grupo, reconhecer nesses atendimentos procedimentos facilitadores ou não da intervenção através da Atenção Psicológica em Plantão Psicológico.

O plantonista procedia ao atendimento como de praxe, realizando imediatamente após, as suas anotações e percepções sobre o caso. Era supervisionado em grupo e só depois da compreensão de cada atendimento é que realizava o relatório de cada atendimento, este sim, de uso na pesquisa. Estes relatórios foram motivo da análise fenomenológica supracitada.

Nós, a Pesquisadora-Supervisora, fomos a interlocutora do cliente, buscando compreender sua experiência no atendimento de Plantão. Entendemos ser profundamente válida, fidedigna e, sobretudo viável, esse tipo de inserção, pois temos experiência de anos em atendimentos clínicos em consultório, em Clínica Universitária e principalmente na possibilidade de em face de tudo isso, isentarmos de juízos e valores, tanto ao nos apresentarmos para a escuta empática sobre a vivência nos atendimentos do Plantão, por parte do usuário, assim como em nossa competência para procurar compreender-lhe o verdadeiro significado, atribuído pelos mesmos aos atendimentos.

Não foi intenção da presente pesquisa comparar a experiência do cliente e do plantonista com a do cliente e a nossa e sim integrar os dois conjuntos de experiências acerca do mesmo fenômeno, superando a dicotomia de algumas pesquisas anteriores, que ora enfatizavam a experiência do plantonista, ora a do cliente.

Entende-se que, dessa forma, colaboramos com o progresso da pesquisa de uma modalidade de intervenção clínica tão necessária como é a do Plantão Psicológico para a prática da Psicologia Clínica contemporânea.

#### 4.1 Procedimentos Éticos da Pesquisa

Entramos em contato com a coordenadora da Clínica-Escola da Universidade, na qual pretendíamos desenvolver o Projeto, para sabermos sobre a viabilidade da execução do mesmo nas dependências da Clínica e com seus respectivos clientes.

Realizamos uma longa exposição sobre o mesmo, sobre as intenções da pesquisadora e sua vontade em continuar pesquisando sobre o tema, uma vez que esta já é responsável pelo Estágio Especial em Plantão Psicológico do Curso de Psicologia há cinco anos, tendo sido a autora de sua implantação.

Entregamos, na ocasião, para a Senhora coordenadora, um pré-projeto de pesquisa.

Obtivemos o consentimento para a sua realização.

A coleta de dados, no atendimento do Serviço de Plantão Psicológico, foi realizada por alunos egressos do curso de Psicologia, alunos esses que já atuaram em Plantão Psicológico na qualidade de estagiários, convidados especialmente para fins de pesquisa, sendo chamados, então, de Plantonistas. A consulta aos Plantonistas supra citados, deu-se de maneira informal em um primeiro momento e assim obtivemos aquiescência em participar da pesquisa.

Foram escolhidos pela pesquisadora para participarem do presente Projeto por terem se destacado anteriormente na realização dos Estágios Curriculares na modalidade de Plantão, tanto pela capacidade clínica demonstrada nos atendimentos, como pela responsabilidade efetivamente profissional com a qual enfrentaram os desafios da prática. Depois da pesquisa devidamente autorizada pelo Comitê de Ética na Pesquisa da PUC Campinas, todos os envolvidos assinaram termo de Livre Consentimento Esclarecido, oficializando então a sua participação.

É de praxe que todos os clientes admitidos para atendimento na Clínica-Escola o assinem por ocasião do Processo de Triagem e para os atendimentos do Plantão Psicológico.

Entretanto, para participar desta pesquisa os usuários assinaram um termo de consentimento específico, a mais que os de praxe, consentindo em participar especificamente deste trabalho.



Para a assinatura desse termo, os usuários são informados que, por tratar-se de Clínica-Escola, torna-se um ganho para os alunos, professores e pesquisadores da Instituição, na medida do necessário, terem acesso aos seus dados clínicos, o que iria proporcionar-lhes a possibilidade de realização de estudos que possam complementar-lhes o ensino/aprendizado, dando-lhes uma maior abrangência construção de seus conhecimentos acadêmicos.

O presente estudo seguiu os trâmites costumeiros de qualificação e posteriormente foi enviado para avaliação pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica-Campinas SP, sendo então aprovado.

#### 4.2 Procedimento de Coleta de Dados

O trabalho de atendimento ao usuário foi realizado por Psicólogos, ex-plantonistas que já cumpriram o Programa de Estágio, retornando a CPAF na condição de convidados para a realização da pesquisa.

Estes atendimentos, após um processo sistematizado de Supervisão Clínica foram transformados em relatos clínicos.

Depois do último atendimento ao cliente, o plantonista realizou um relato escrito sobre a função que o Plantão teve para aquela pessoa sob seu ponto de vista. Esse relato sofreu igualmente análise fenomenológica, tal qual o relato do paciente.

As entrevistas de *follow up* foram realizadas por nós, pesquisadora-supervisora, um mês após o último atendimento do usuário pelo Serviço, transformadas em relatos e analisadas fenomenologicamente à luz da teoria junguiana.

#### 4.2.1 A Realização dos Atendimentos aos Usuários

Este grupo diferenciado de plantonistas foi incluído no Grupo de Plantonistas Estagiários do ano de 2005, passando a compor a Equipe do Serviço de Plantão Psicológico da Clínica Escola. Passaram a atender normalmente, sem nenhuma diferenciação dentro ou fora da equipe regular. As pessoas que procuravam pelos serviços e eram identificadas pela recepção da Clínica como “casos para o Plantão”, foram encaminhadas a qualquer plantonista (os diferenciados, inclusive), que fizesse parte da escala do dia. Como parte dos atendimentos e dos possíveis dois retornos, os plantonistas já deixavam agendado um novo atendimento para um mês após o último encontro, com a finalidade de *follow up*.

Este *follow up* foi realizado por nós, supervisora-pesquisadora.

O procedimento de *follow up* também já foi implantado junto ao referido projeto desde agosto de 2004. Também já é usual. A grande diferença é que no estágio anual, os *follow up* são realizados pelo próprio plantonista e aqui, em função da pesquisa, os mesmos foram realizados por nós, embora o plantonista responsável pelo caso mantivesse, por ocasião da entrevista de *follow up*, ainda mais um contato com o paciente, como forma de atenção e consideração a ele.

Esclarecemos que não existe nenhum padrão anteriormente estudado, delimitando sobre a quantidade de tempo após o último atendimento, que seria necessária para as entrevistas de *follow up* em Plantão Psicológico. Baseamo-nos no trabalho de Lemgruber (1989), no qual a autora descreve a realização de uma pesquisa nesse gênero com pacientes de Psicoterapia Breve. Procuramos estabelecer uma proporção matemática simples entre os dois processos, o tempo de atuação de uma e de outra modalidade terapêutica, bem como o número de sessões realizadas em Psicoterapia Breve e no Plantão Psicológico.

*Vale dizer que optamos pela coleta de dados em forma de relatórios escritos dos Plantonistas bem como da pesquisadora, pois na Clínica de Psicologia Aplicada e Fonoaudiologia da Universidade do Sagrado Coração de Bauru SP, não existe nenhuma tradição em procedimentos como gravação, fotos, filmagens ou qualquer outro meio artificial à sessão e temeu-se que, se algum desses meios fossem introduzidos para a realização da presente pesquisa, isso pudesse artificializar,*

*dificultar e interferir no clima dos atendimentos ou mesmo gerar sentimentos persecutórios nos pacientes.*

#### 4.2.2 A Transformação do Material Coletado em Relatórios

Plantonistas receberam supervisão semanal, tanto para melhorar sua compreensão dos casos atendidos, quanto para aprimoramento do entendimento dos dados coletados, como também para que pudéssemos nos inteirar do universo do cliente com a finalidade de uma escuta privilegiada no momento do *follow up*.

A busca da identificação dos elementos terapêuticos presentes nos atendimentos, os relatórios escritos dos plantonistas, discussões grupais entre plantonistas e supervisora, plantonistas e plantonistas, além da busca junto à literatura que subsidiou a compreensão dos estudos e a busca de referencial em outras modalidades terapêuticas, em que a realização de procedimentos de *follow up* já é mais usual, como o caso da Terapia Breve, foram a base desta etapa da pesquisa. O referencial teórico utilizado foi o analítico junguiano e o fenomenológico.

#### 4.3 Procedimentos de Análise de Dados

Compreendemos os relatórios dos plantonistas a partir de um referencial Analítico Junguiano e através de uma Análise Fenomenológica.

O mesmo processo deu-se com a entrevista ocorrida na sessão de *follow up* e com o relatório da supervisora pesquisadora.

Para AmatuZZi (2001), o mundo das ciências humanas não é o mundo em si, mas o mundo tal como é experienciado pelo homem e, portanto, carregado de

significados. Não só a natureza. O mundo é natureza mais o significado humano a ela atribuído.

Ao invés de fatos, os fenômenos. Fenômenos têm essência. Por fenômeno entende-se *“tudo aquilo de que podemos nos aperceber na consciência, de qualquer modo que seja”* (MOREIRA, 2002, p.71).

A análise estendeu-se pela estrutura do vivido dos casos atendidos. O vivido de uma pessoa existe sempre em termos virtuais e, portanto não temos acesso direto a ele. “Só teremos acesso ao vivido no momento em que ele fizer-se presente à consciência, deixando de ser um evento físico” (AMATUZZI, 2001, p.55).

Também o autor que nos deu referencial teórico ao estudo pode ser considerado um fenomenólogo. Carl Gustav Jung assim o era, pois estudava o ser humano como um *homo religiosus*. O seu aludido Processo de Individuação refere-se ao caminho do homem ao encontro do Si Mesmo, ou do *Self*.

Jung (2000) realmente afirmava, tal qual os ensinamentos da fenomenologia, que nossa maneira de ver as coisas é condicionada pelo que somos. Também influenciado pela física quântica de seu tempo, dizia que há toda uma subjetividade determinando o modo como escolhemos o objeto de estudo, optamos por um método e quadro teórico, uma maneira peculiar de observar e valorizar coisas e fatos e uma singularidade no modo como manipulamos resultados e os interpretamos, ou seja, a objetividade científica depende da subjetividade do cientista.

Nossa relação com as pessoas sofre sempre a influência de possíveis projeções involuntárias e inconscientes. A realidade é inacessível, apenas as representações são possíveis e sempre moldadas pela nossa subjetividade.

Durante a vida, apenas alguns espíritos ousados, tal como Nietzsche (1844 - 1900), sentiram-se capazes de atacar a sabedoria predominante e sugerir que a descoberta científica envolve um elemento especulativo, criativo, mesmo irracional, e que teorias científicas não são tanto cópias da natureza como projeções sobre ela (CAPRA,2002).

Um químico terá muito mais tranqüilidade em sua pesquisa do que um cientista da religião ou um psicólogo. Ao mesmo tempo, a área de humanas apresenta um ponto forte a favor: é a humanidade que é compartilhada pelo pesquisador e pelos pesquisados. Sustentava também que nossas experiências individuais acontecem dentro de uma estrutura comum à humanidade e que, por

isso, proporciona um critério de objetividade. Embora tenham-no chamado de filósofo, dizia-se apenas um empírico e, como tal, dizia-se fiel ao ponto de vista fenomenológico (JUNG, 1978b).

Compactuando com esses pensares, entendemos, então, que tivemos acesso ao vivido da pessoa atendida no Serviço de Plantão Psicológico, através dos relatórios dos plantonistas que foram responsáveis pela realização das sessões.

Nós entramos visivelmente em atuação para o paciente no momento da entrevista de *follow up*, embora já tivéssemos sido citada pelos plantonistas, como forma de antecipação a uma possível entrevista, desde que de acordo com o consentimento dele, paciente.

Retomando Amatuzzi (2001), encontramos que o vivido não tem consistência sem uma estrutura ou contexto de significados. Para tanto, o pesquisador procurará dizer inicialmente este significado para o sujeito, tal como ele se mostra nos depoimentos; depois, por uma espécie de abstração conceitual, vai se desprendendo do contexto concreto, para expressar seu significado mais amplo. Esse significado mais geral continua o autor, é o que aparece no contexto mais amplo da existência humana, naquele aspecto que está sendo problematizado pelo pesquisador, a partir do seu contexto.

As entrevistas na sessão de *follow up* ocorreram de forma semi-estruturadas; houve algumas perguntas em uma ordem predeterminada, mas dentro de cada questão foi dada uma grande liberdade de respostas ao entrevistado. As questões deflagradoras foram: "Plantão Psicológico ajudou? Como? Por quê? Em quê?".

Haveria sempre a possibilidade de conhecimento da experiência dos Clientes, dos Plantonistas e nossa através de um instrumento mais genérico como um questionário individualizado, mas, aqui, a intenção é a compreensão do sentido da vivência dos Processos de Mudança ocorridos durante as sessões terapêuticas do Plantão e a integração das experiências de clientes e plantonistas depois de terem dado e recebido Atenção Psicológica disponibilizada pelo Serviço de Plantão Psicológico.

Consideramos que uma metodologia de pesquisa-intervenção na qual participantes e pesquisador conviviam em uma mesma realidade, da qual os dados obtidos fossem analisados à luz da fenomenologia, seria altamente pertinente, o que aconteceu realmente.

Para Turato (2003), as técnicas de análise fenomenológica são aquelas que possibilitam um conjunto de reflexões que permitem indagar sistematicamente a consciência, privilegiando os dados/experiências.

O método utilizado foi um derivativo aperfeiçoado do método fenomenológico de Amedeo Giorgi.

Do método fenomenológico de Giorgi, consta em uma primeira fase, a realização, por parte do pesquisador, de uma imersão nos textos, lendo todo o material coletado, tantas vezes quanto necessário, para que sejam apreendidos em seu contexto singular.

Esse processo gera condições de serem os mesmos divididos em unidades de significado, no que se configura como possibilidade para uma segunda fase de análise. Posteriormente, lê-se novamente cada unidade, procurando fazer-lhe a compreensão psicológica. Realiza-se esse procedimento para todos os relatos. Em nosso estudo procedemos posteriormente, a uma re-leitura dos dados brutos, com a finalidade de guardar uma certa distância da tarefa, tendo como objetivo um asseguramento, ainda que relativo, de sua compreensão, o mais próximo possível da vivência do plantonista e do seu cliente e nossa.

Interpretadas psicologicamente as unidades de significado, partimos para uma terceira fase de análise na qual elaboramos as Sínteses Específicas referentes aos vividos relatados, tanto por plantonistas como por clientes que nos falaram.

Para a elaboração destas Sínteses Específicas, buscamos temas presentes nas falas, tentamos extrair deles as essências das vivências. Procuramos obter um todo mais coeso e consistente desse vivido, buscando que os mesmos, ao serem sintetizados, começassem a perder seu caráter individual, assumindo o grupal, facultando uma aproximação com o Fenômeno.

Dessa forma, se um participante ler a síntese final dos relatórios, pode sentir-se identificado com presente estudo.

Realizadas as Sínteses Específicas, procedemos a um levantamento de temas. Novamente a busca da essência, na qual o fenômeno pudesse ser reconhecido.

O levantamento desses temas subsidiou a elaboração de uma quarta fase de análise.

Elaboramos, então, a Sínteses Gerais, referentes às vivências dos participantes ouvidos como paciente por nós, pesquisadora, do plantonista e nós.

Trabalhamos, então, com três Sínteses Gerais: sobre a vivência do paciente, do plantonista e da pesquisadora.

Tornou-se viável, através do método, o uso da tríade *fenômeno-significado- interpretação*, a obtenção de algumas invariantes do vivido dos participantes da pesquisa.

Para Rey (2002), toda pesquisa qualitativa “deve implicar o desenvolvimento de um diálogo progressivo e organicamente constituído, como uma das fontes principais da produção de informação” (p.5).

Além disso, entendemos também que “a tarefa do intelectual é a de romper com a segurança da tradição, a destruição das evidências, tornar a interrogar, sacudir os hábitos, dissipar as familiaridades, redimensionar o lugar e o valor das regras e das instituições, para tentar construir um saber e uma verdade” (FOUCAULT, 1992, p.239).

A construção do saber e da verdade não poderá ser iluminada a partir da auto-complascência narcísica, senão surgirá unicamente do confronto com o presente para analisá-lo, compreendê-lo, e, se possível, contribuir para transformá-lo.





## Escavando... Farejando pistas... Mapeando possibilidades!

A alma da humanidade não é apenas produto do espírito da época, mas algo bem mais estável e imutável. O século XIX é um fenômeno local e passageiro que apenas depositou uma camada relativamente fina de poeira sobre a velha alma da humanidade. Quando, porém, esta camada for removida, quando os vidros dos nossos óculos de professores tiverem sido limpos, o que veremos então? (JUNG, 1987, § 58).

O capítulo que se segue, está organizado da seguinte maneira:

1 - Apresentação do relatório de atendimento do plantonista em sua íntegra. Sua intervenção no processo virá sempre em *itálico* e, com uma numeração de fonte menor que o restante do relato, com a intenção de salientá-la. A sigla PP refere-se à Plantão Psicológico. CPAF refere-se a Clínica de Psicologia aplicada e Fonoaudiologia.

2 - Entrevista de *follow up*, já devidamente subdividida em unidades de significado sombreadas na cor cinza, vindo em **negrito** a interpretação psicológica realizada por nós. Nos relatos dessas entrevistas, diremos que as mesmas iniciam-se com procedimentos protocolares. Por procedimentos protocolares consideramos o ato de buscarmos o paciente na Sala de Espera da Clínica, em companhia do Plantonista responsável pelo caso, em procedermos a uma apresentação formal entre ele, paciente e nós, a supervisora pesquisadora, assim como o esclarecimento por parte do Plantonista que após seu momento conosco, voltariam a encontrar-se para finalização do processo. Entramos com o paciente para a sala de atendimento e novamente o informamos sobre os motivos dessa entrevista: a pesquisa de doutoramento, a nossa necessidade e interesse em conhecermos mais profundamente a metodologia que estamos empenhados em pesquisar, nosso interesse científico e, sobretudo, a condição de profissional, ainda que voluntário, do plantonista da pesquisa, não estando este de modo algum sujeito a notas escolares ou avaliações acadêmicas de nossa parte. Sempre perguntamos sobre sua aquiescência sobre tudo que lhe foi explicado e então solicitávamos a assinatura do termo de livre consentimento esclarecido.

3 - Relato da compreensão daquele processo de Plantão Psicológico para o paciente, sob a óptica do Plantonista, também subdividida em unidades de significado sombreadas na cor cinza, vindo igualmente em negrito a interpretação psicológica realizada por nós.

4 - Relato da compreensão do Plantão Psicológico sob nossa óptica, a de Supervisora-Pesquisadora, dispensada a subdivisão em unidades de significado e sua subsequente interpretação psicológica, por motivos óbvios.

5 - Síntese Específica da entrevista de follow up;

6 - Síntese Específica do relato do Plantonista;

7 - Síntese Geral das entrevistas de *Follow up*

8 - Síntese Geral dos relatos do Plantonista

9 - Síntese Geral do nosso relato.

## 1 – CASO EUGÊNIO

Identificação do paciente

**Sexo masculino, desempregado, técnico em Raios-X, casado, com uma filha, 32 anos, escolaridade de nível médio.**

Datas dos atendimentos

**13.09.05;**

**20.09.05;**

**27.09.05**

*Follow up*

**01.11.05**

Plantonista A

Atendimento

O atendimento inicia-se com o cliente em companhia de sua esposa solicitando atendimento para a filha de 4 anos. A queixa trazida é a de que a criança chora muito quando vai para a escola. Os pais estão preocupados e buscam orientação para essa questão.

*Primeiramente procurei estabelecer um contato com os pais, para o maior entendimento da dinâmica familiar e da dificuldade da criança. Perguntei se havia fatores estressores ou qualquer evento de tensão na família.*

Relataram que o pai da menina passou por várias crises convulsivas em decorrência de processos alérgicos, ainda sem um diagnóstico definitivo e preciso, sendo que em sua última crise precisou ser internado na UTI.

*Percebi uma grande tensão no relato do casal.*

*A esposa foi quem contou a história do marido, evidenciando que houve relações familiares traumáticas na família de origem, e a ausência de cuidados maternos durante a sua infância. Conta que assume a posição de cuidadora do marido, devido à especificidade de sua alimentação e por esse estar afastado do trabalho. Os dois são técnicos em radiologia em um Hospital Geral da cidade. Suspeita-se de uma contaminação por raios-X*

*ou por algum outro produto médico manuseado quando da utilização de equipamentos e substâncias específicas. Explicam que nenhum médico assume um diagnóstico.(sic)*

*Diante desse cenário, primeiramente orientei que o choro da filha poderia ser normal, pois era início do ano letivo, e as mudanças de ambiente, do lar para a escola, serem muito acentuadas e exigentes, principalmente por ela ter apenas quatro anos de idade. Talvez eles, os pais, já por demais solicitados por outras vicissitudes, estivessem ampliando um problema que poderia ser solucionado espontaneamente, apenas sendo pacientes, ou seja, oferecendo tempo para a criança assimilar as mudanças, separações, novos ambientes, etc.*

*Expliquei a necessidade da família poder ter um espaço para trabalhar as demandas que a doença do pai trouxe em sua dinâmica, propondo-lhes uma intervenção do Plantão: um atendimento para o casal, bem como atendimento individual com o marido. O casal foi encaminhado para uma colega plantonista, a criança ficou no aguardo e eu propus-me a dar continuidade ao atendimento do marido. Deixei momentaneamente a criança desfocalizada, apenas orientando o procedimento adequado ao ser encaminhada à escola nesse período.*

*O casal aceitou a proposta.*

*Senti uma grande empatia por eles, solidário ao seu sofrimento.*

*Demonstrei isso.*

Primeiro retorno (segundo atendimento)

**Agora sim, só com a presença do paciente.** Este solicita ser atendido de portas abertas, pois teria fobia de lugares fechados. Também quis entrar para o atendimento com seu sobrinho que relatou estar interessado em ser atendido **também.** *Falei rapidamente com o sobrinho e encaminhei-o, embora tivesse estranhado o fato, sem contudo, conseguir formular uma hipótese para esse episódio.*

Visivelmente tenso, solicita logo no início do atendimento uma técnica de relaxamento, cuja possibilidade de utilização fora aventada no atendimento anterior como um instrumento que vem se mostrando eficaz nas intervenções nas sessões do Plantão.

Perguntou-me se precisaria falar muito, demonstrando sua total resistência. Foi pontual em sua fala. Seu relato é totalmente desprovido de qualquer demonstração de emoção. Passa a contar sua história de vida, dizendo que fora criado pela avó. A mãe o abandonara. Seu irmão, um ano mais velho, era o “protegido da avó”, e ele, repreendido e surrado por ela.

Aponta com grande ênfase e certeza que a avó quis que presenciasse sua morte, pois o levou junto consigo ao médico, após uma noite de hemorragias, também presenciada só por ele. O propósito da avó (sic) o cliente era poupar o outro neto desses episódios.

Relata ter sofrido vários desmaios no sepultamento da avó, e que por vários dias após o ocorrido, fugia da escola para ficar no cemitério. (*Considerarei que aqui poderia haver alguma semelhança sendo constelada diante da recusa de sua filha em ir para a escola*). Diz que provocava muito a avó, classificando-se como “bagunceiro” e que adorava vê-la alterada, a ponto de apanhar dela. (*Parece-me que era assim que se considerava visto, olhado... quando chamava atenção, tal qual hoje com sua doença*) Seu avô casou-se novamente, fato não aceito pelos netos, que se mudam para a casa de seus pais. Devido à relação conflituosa com o pai, passou a fugir de casa diariamente e posteriormente buscando trabalho para construir sua própria vida longe do núcleo familiar. Relata que passou fome e mendigou nessa trajetória. Mais tarde, consegue trabalho e conquista alguns bens materiais.

O tempo passou e quando já estava um pouco menos desestabilizado, reencontra com seu pai, que furta seus bens.(sic) *Não deixa claro o que seria esse furto, também não deixa espaço para ser questionado.* Relata que ele e o pai tiveram uma briga homérica, na qual ele o agrediu fisicamente. Seu pai acabou sendo preso e, em estando os bens furtados no nome do cliente, retomou-os e rompeu contato com o pai. Vieram a reencontrar-se a poucas semanas do atendimento do Plantão, quando de sua internação na UTI e reconciliaram-se.

*Após o relato validei verbalmente as dificuldades pelas quais passara, sentimentos de angústia e mágoa (que cita, porém não demonstra) e as marcas decorrentes dessa trajetória. Confrontei-o, no entanto, sobre a existência de sentimentos vinculados a esses acontecimentos e o fato de contar sua história sorrindo. Não admite que sorrisa, mas admite que experiêcia um sentimento de vitória por ter superado todas essas situações. Para mim ficou a idéia total de uma grande repressão, uma retomada constelação do complexo de abandono diante da morte da avó e do abandono da mãe que foram sentidos como morte e vice-versa. Quando não quer perceber os fatos, desmaia, tem convulsões, não entra em contato com a realidade. Trata-se de um caso de ferida narcísica que redundou em auto-estima rebaixada e conversão histérica. Teme ter sob controle a “doença”, pois isso supostamente atrairia menos cuidados e reviver o abandono para ele é percebido pelo seu inconsciente como algo insuportável.*

*Interpretei isso para ele, porém percebo que isso está muito longe de entrar em sua consciência.*

*Perguntei-lhe como estava se sentindo hoje, no aqui-agora. Disse sentir-se relativamente tranqüilo. Na semana anterior ao atendimento, disse ter ficado preocupado com a condição da esposa estar temporariamente sem salário, pois é comissionado dos exames radiológicos realizados por um determinado aparelho do Hospital que se encontra quebrado. Procurou não pensar nesse impasse e realizar atividades que o distraísse, como andar de bicicleta e trabalhar com produtos eletrônicos com seu amigo. Mais uma vez fiquei com a impressão de fuga da realidade.*

Refere-se a estar apreensivo, pois fará um exame eletroencefalográfico na semana posterior ao atendimento. No exame anterior tivera crise convulsiva desencadeada, sic o paciente pelo seu nervosismo diante do exame.

Com a crise, os médicos o sedaram e esse procedimento gerou uma reação alérgica intensa, fechando sua laringe, fato que já o levou à UTI no episódio anterior.

Explorei suas condições de enfrentamento, seus sentimentos implicados na crise. Afirma não sentir culpa nem vergonha pelo seu estado. Evita, porém, a presença das filhas. *Reminiscência da noite do falecimento da avó? Amadurecimento? Bom senso? Vitimização subjacente?, não compartilhando com elas quando se sente mal. Mas reitera que elas sempre percebem.*

Refere-se novamente à relutância dos médicos em tratá-lo, com medo do cliente entrar com ação judicial, comprovando as falhas da Instituição Hospitalar na qual contaminou-se, segundo sua crença.

*Considero que o cliente possa ter vários mitos impedindo-o de crescer, atuando como símbolos do abandono que sentiu: a intencionalidade da avó em prejudicá-lo, a intencionalidade dos médicos em não compactuarem com seu autodiagnóstico, enfim, uma certa persecutoriedade.*

*O cliente assume durante todo o atendimento, numa posição ambígua: por vezes demonstra-se indefeso e inclinado a não se indispor com as pessoas as quais atribui responsabilidade sobre seu mau estado de saúde, e ora assume uma postura combativa e exigente.*

*Não concorda com as minhas intervenções, diz reiteradamente ser mal entendido e injustiçado e que eu deveria tirá-lo daquela situação ao invés de ficar confrontando-o, chamando-o à responsabilidade, e tentando explicar novamente aquilo que já é certo. Compara minha atuação à atuação dos médicos que sempre dizem que sua recuperação*

*depende muito dele e que as coisas podem não ser exatamente da forma como ele as percebe.*

*Recusa-se a admitir, no entanto, qualquer movimento de análise e qualquer outra possível explicação para seu estado.*

*Essa dinâmica é repetida nos dois primeiros atendimentos. Fala ameaçadoramente que as crises podem ser desencadeadas por sentir-se pressionado no próprio atendimento do Plantão Psicológico. Posiciona-se defensivamente e tenta intimidar-me durante todo o curso da sessão. Relata que já a chegou a procurar uma psicoterapeuta para tratar sua fobia, porém a terapeuta recusara-se a atendê-lo, pois seria arriscado para ambos.(sic)*

Segundo Retorno – terceiro atendimento

**Focalizou-se o atendimento na sua necessidade de enfrentamento do exame de eletroencefalograma, pois este está agendando para o dia seguinte ao atendimento.** *A duração desse encontro foi breve devido ao atraso do cliente ao atendimento e a grande demanda de pacientes que acorreram ao Serviço neste dia. O plantonista propõe um exercício de relaxamento, mas o cliente pede para ser orientado a executá-lo em casa, pois não se sente relaxado no ambiente da sala de atendimento, alegando que esta é muita fechada e apertada (o que não está em desconexão com a realidade). Contudo, novamente a sensação de bloqueio da minha intervenção clínica. Classifiquei seu comportamento como resistência à intervenção terapêutica.*

*Sugeri para que realizasse esse exercício, apontando-o como um possível auxiliar no momento do exame.*

Terceiro retorno – quarto atendimento

**Resolvemos que haveria um quarto retorno, pois o primeiro atendimento havia sido do casal e consideramos a necessidade do paciente receber atendimento em três momentos, respeitando-se a possibilidade do Plantão, um atendimento e até dois retornos.**

O paciente vem para o atendimento sozinho, sem nenhum acompanhante, e inicia relatando que conseguira fazer o exame sem a ansiedade habitual. Atribui a vitória ao exercício que fizera não só antes do exame, como ao longo da semana. Diz que a prática desse exercício o deixara sereno e sonolento, levando-o a ter um sono sem interrupções.

Volta a dizer que ainda sentira uma forte apreensão no início do exame, descrevendo detalhadamente as reações corpóreas e as imaginadas pela experiência do episódio anterior. *Diante disso, desenvolvi uma ampla reflexão sobre sua percepção acerca dos afetos, sentimentos e recordações que poderiam demandar um trabalho mais extenso, sugerindo-se o atendimento psicoterápico. Prontamente o cliente concordou com a proposta, indicando que considerava ter estabelecido um bom vínculo comigo, imaginando que seria comigo a continuidade do Atendimento Psicológico.*

*Retomo ao que já havia lhe explicado: que estava em um atendimento de urgência/emergência, portanto, um atendimento voltado para Crises ou Demandas Emergenciais de Urgência, com tempo e objetivos reduzidos.*

*Ao explicar que iria ser encaminhado para um outro terapeuta, sua feição assinala um certo descontentamento. Explico-lhe que irei empenhar-me pessoalmente em uma rápida transição, para ser atendido em um Estágio de Psicoterapia de longa duração, provavelmente o de Psicossomática e seria atendido brevemente. Contudo, relembro que deveríamos esperar três semanas, prazo este no qual realmente não haveria possibilidade de encaixe terapêutico em decorrência da superlotação de nossa Clínica-Escola e também para que realizasse a entrevista de follow up como já havia sido proposta também.*

*Consegui encaminhá-lo dentro do prazo imaginado para o Estágio em Psicossomática.*

*No atendimento de follow-up, o cliente será encaminhado para a entrevista com a supervisora e em seguida para uma breve finalização comigo.*

**Demonstra motivação para o atendimento psicoterápico, questionando sobre seu funcionamento, as regras internas da clínica etc.**

**Encerramos o atendimento do Plantão Psicológico com ele.**

### Entrevista de *Follow Up*

Realizamos os procedimentos protocolares do *follow up*. Posteriormente, pergunto-lhe se o atendimento no Plantão ajudou? Responde-me que sim, **que o atendimento no Plantão ajudou, mas não esgotou a questão.** Paciente refere-se à ajuda imediata recebida durante as sessões de Plantão Psicológico, porém sente que existem mais aspectos seus que precisam ser trabalhados. **Pergunto-lhe como, de que forma os atendimentos no Plantão o haviam ajudado. Responde-me que era de Bauru, já conhecia a Universidade, mas não a Psicologia em si, a**



atuação de um psicólogo, o papel do psicólogo, bem como sua forma de intervenção ainda é desconhecida pelo paciente. Também desconhecia a Clínica de Psicologia. Nunca tinha recebido ajuda de um psicólogo. “Não sabia que Psicologia e Psicólogo eram assim, como funcionava. Fomos atendidos na hora. Que *chic!* Nunca fui tratado assim. Depois o plantonista me explicou que era porque era no Plantão Psicológico”. Paciente mostra-se surpreso com a maneira diferenciada e imediata dos atendimentos ocorridos no PP. Sente-se prestigiado e bem tratado, como requer um ser humano.

O Plantão me ajudou bastante, o plantonista me deu um suporte muito grande. Sua forma de apresentar-se, sua disposição em debater comigo algumas coisas foi fundamental, pois sou traumatizado com a autoridade dos médicos. A postura dialética do plantonista é vista como fundamental para a formação do vínculo psicoterápico e conseqüente compreensão diagnóstica do vivido do paciente. Os médicos querem saber mais da gente do que a gente mesmo. Depois, tem aquilo de não quererem se comprometer. Eles se defendem. “Ô raça”, (sic).

Na segunda consulta, ele retomou comigo coisas que eu havia dito na primeira sessão e eu nem acreditei que ele se lembrasse de tudo aquilo. Até eu nem lembrava mais direito do que eu tinha falado. O caráter de continuidade, as saídas de uma situação pura de catarse ocorrida num primeiro momento, remetem o paciente para uma situação de interesse por parte do plantonista, o que acaba constelando nele uma situação análoga, ou seja, seu interesse por si mesmo também é desperto. Mas ele lembrou e teimou comigo em algumas coisas que eu não aceito, mas ele não impôs nada, só pediu para eu pensar naquilo, na forma como ele via... A possibilidade de ampliação da visão do paciente, mostrar os obstáculos por novos ângulos, aparentemente disponibilizam ao paciente uma retomada de seu potencial criativo. Disse que poderia ser que ele estivesse vendo o meu problema por um outro ângulo...

O que eu mais gostei mesmo, o que eu ganhei com esse atendimento foi de ter feito relaxamento nas sessões, mas também ter aprendido como me relaxar em casa. O paciente sente que a chave de “sua cura” não ficou detida poderosamente apenas na mão do profissional e sim, que este compartilhou o seu saber com ele, ajudando-o conseqüentemente em sua autonomia. Assim, aprendi uma coisa que eu posso usar independente de estar fazendo tratamento ou não. Sente-se acompanhado pela ajuda psicológica de uma forma expansiva,

mesmo quando afastado do temenos psicoterápico. Eu tinha que fazer um eletro. Sempre passo mal nessas situações. Cheguei até a passar meio mal nesse um, mas depois, com a técnica que o plantonista me ensinou, consegui chegar até ao final do exame. Refere-se a um ganho psicológico, a uma possibilidade de autocontrole que de alguma forma melhora sua inserção no cotidiano. *Isso vai me ajudar na perícia.*

Mas eu acho que não consegui vencer as crises definitivamente, mesmo com tudo que foi conversado. Sinto que vou ter outras vezes. Por isso aceitei a sugestão do plantonista de fazer psicoterapia mais demorada. Já fui chamado. Começo na semana que vem... Paciente sente necessidade de continuar sua busca pessoal, mas sente que as sessões de Plantão o mobilizaram para tal. *Você conhece minha nova terapeuta...? Ela é tão boa quanto o...?*

Despedimo-nos.

#### Síntese Específica da Entrevista de *Follow Up*

Referiu-se à ajuda imediata recebida durante as sessões de Plantão Psicológico, mostrando-se surpreso com a maneira diferenciada e imediata dos atendimentos ocorridos no PP. Ressalta que o papel do psicólogo, bem como sua forma de intervenção ainda era desconhecida por ele. Sentiu-se prestigiado e bem tratado, como merece qualquer ser humano. A postura dialética do plantonista foi vista como fundamental para a formação do vínculo psicoterápico e conseqüente compreensão diagnóstica do vivido do paciente. O caráter de continuidade, a não permanência apenas em estados catárticos ocorridos necessariamente em um primeiro momento, constelou nele sentimentos de auto-aceitação, a partir do interesse manifesto do plantonista. A possibilidade de ampliação de sua visão, encarando velhos obstáculos por novos ângulos, aparentemente foi o que o levou a uma retomada de seu potencial criativo. Sente que a chave de “sua cura” não ficou detida poderosamente apenas na mão do profissional e sim que este compartilhou o seu saber com ele, ajudando-o conseqüentemente em sua autonomia.

Sente-se acompanhado pela ajuda psicológica de uma forma expansiva, mesmo quando afastado do temenos psicoterápico. Refere-se a ter obtido um ganho psicológico, a uma possibilidade de autocontrole que de alguma forma

melhora sua inserção no cotidiano. Sente necessidade de continuar sua busca pessoal, mas sente que as sessões de Plantão o mobilizaram para tal.

Análise pelo plantonista

Basicamente achei que a função do Plantão nesse caso foi a de melhorar a auto-estima do paciente. Plantonista considera que as sessões de Plantão puderam agir diretamente em uma melhora na auto-estima do paciente, talvez pela forma rápida e desburocratizada como atuou. Dentro da intervenção clínica proposta, foi ouvido, acolhido e ainda que confrontado, não se fechou questão ao redor do assunto. Enfatizou a questão dialética dos atendimentos do Plantão, permitindo-se que o paciente defendesse seus pontos de vista. O que, ao meu ver, pode ajudá-lo a comprometer-se com o seu próprio tratamento. O fato de ter havido este procedimento dialético na sessão, ajuda na formação do vínculo terapêutico, no estabelecimento de uma aliança de trabalho e, conseqüentemente faz com que o paciente saia de uma posição passiva diante de si mesmo, retomando a luta. Considero ser este um caso bastante intrincado. O plantão colaborou com ele, lançando luzes sobre suas dificuldades. O plantonista percebe que diante da complexidade do caso, as sessões de Plantão colaboraram no sentido de oferecer uma luminosidade maior sobre o foco, iniciando um processo de tomada de consciência.

Porém considero ser necessário um tempo maior para que isso se concretize.

Síntese Específica da Análise do Plantonista

Considerou que as sessões de Plantão, talvez pela forma rápida e desburocratizado do Serviço, permitindo a presença do psicólogo no exato momento em que se fazia necessário, puderam agir diretamente em uma melhora da auto-estima do paciente. O fato dos procedimentos interventivos basearem-se na dialética ajudou na formação do vínculo terapêutico, no estabelecimento de uma aliança de trabalho e conseqüentemente fazendo com que o paciente saísse de uma posição passiva diante de si mesmo, retomando a luta.

Percebe que diante da complexidade do caso, as sessões de Plantão colaboraram no sentido de identificar e clarear o foco da questão, iniciando-se um processo de tomada de consciência sobre o mesmo.

Considerou necessária a continuidade dos atendimentos psicológicos.

Análise da Supervisora-Pesquisadora

Caso no qual plantonista e cliente interagiram bem. Senti muita empatia por parte do plantonista, uma valorização do paciente de imediato. Considero que este comportamento empático do plantonista tenha constelado a auto-estima do paciente, através de uma transferência de ressonância, uma vez que percebi bastante segurança no paciente para prosseguir os atendimentos através de Psicoterapia de longa duração. Senti o cliente bastante manipulador e o fato do plantonista não entrar no seu jogo psicológico possibilitou a ele (paciente) a possibilidade de uma visão mais aprofundada do problema. Senti que ainda que rejeite verbalmente as pontuações realizadas nas sessões, sentimentos de autopiedade e martírio foram levemente desfocalizados. O Plantão Psicológico prestou-se a confrontar velhos padrões, velhas crenças e atitudes.

## 2 – CASO EMMA

Identificação do paciente

Sexo feminino, 62 anos, casada, do lar, 3 filhos, 2 netos.

Datas dos atendimentos

31/08/05;

14.09.05;

21.09.05

*Follow up*

26.10.05

Plantonista A

Atendimento

Cliente procura por atendimento psicológico e é encaminhada pela Recepção da C.P.A. F. ao Serviço de Plantão Psicológico. Encaminho-me até a recepção para apresentar-me e a convido para entrar para a sala de atendimento.

Logo ao sentar-se, fala espontaneamente sobre os motivos que a levaram a solicitar o atendimento psicológico. Relata que já conhece a Clínica da Faculdade, pois traz seu neto para atendimentos em Psicodiagnóstico. Contas que há dois anos percebe sutis esquecimentos em sua vida cotidiana, porém começou a preocupar-se muito com o fato, depois da novela “Senhora do Destino” (Rede Globo de Televisão), na qual um personagem trazia o quadro de Alzheimer.

*Procuro aproximar-me emocionalmente da cliente, manifestando minha compreensão diante de sua explicação como indicadora de ansiedade, principalmente pelo desconforto do contato inicial com um espaço impessoal e talvez intimidador, pois como relatara, nunca havia participado de um atendimento psicológico em sua vida. Após ouvi-la, apresento-me, explico o funcionamento do Plantão Psicológico, bem como procuro estabelecer um contrato terapêutico de acordo com as particularidades desse Serviço.*

*Depois de cumprido o protocolo, procuro empenhar-me na formação de um vínculo de confiança com a cliente através de colocações amistosas, sem tensão, onde reitero*

*minha disponibilidade para ouvi-la e sobre o quanto acho legítimo todo o conteúdo que ela pudesse vir a relatar naquele espaço.*

**A cliente retoma suas queixas, listando uma série de dificuldades que enfrenta ultimamente, destacando principalmente seus recorrentes esquecimentos e distrações.**

*Interpreto-lhe que o fato de esquecer-se talvez pudesse estar relacionado com um movimento compensatório para com sua auto-exigência. Torno a incentivá-la a cuidar-se e a tornar a investir em si mesma. Perguntei se ela ainda se lembrava dos sonhos de antigamente, de quando era adolescente criança e se hoje ainda os tinha. Sugeri que procurasse não ficar tão tensa se esquecesse algumas coisas, que talvez esse esquecimento estivesse ligado à sobrecarga emocional que vivia e a conseqüente ansiedade mobilizada por este conflito.*

**Demonstrou também sua intensa preocupação com seus familiares e demais pessoas com quem se relaciona. Mostra bastante irritação ao relatar que é constantemente procurada pelo marido para relações sexuais, fato que considera em demasia. Considera que ele, o marido, com esta idade, já deveria estar mais controlado. Nessa última exposição, percebe-se um incômodo para além do persistente comportamento do marido, o que me suscita uma necessidade de uma maior exploração ao redor do tema. A cliente apresenta uma grande irritabilidade, que procuro clarificar como sendo resultante de uma atitude percebida por ela como de incompreensão do seu cônjuge.**

**Ela explica que ele procura satisfazer-se logo e que ela nem sempre o acompanha. Não sente prazer sexual porque ele se dirige rapidamente para a consumação do ato sexual,**

*Aqui vislumbrei uma dinâmica conjugal, em que, aparentemente, a cliente assume uma postura de submissão ao marido, já que todos os seus apontamentos indicam uma não legitimidade de suas queixas. Percebi uma certa culpa por ter esses sentimentos. Atribui-se total responsabilidade por todos os desajustes entre eles. Atuei diretamente, confrontando sua atitude de não questionamento da postura de aproximação sexual do marido, bem como a assunção da culpa de que o problema estaria ocorrendo devido apenas à sua irritabilidade. Sugeri ampliar o diálogo sobre suas dificuldades e que valeria a pena esforçar-se para expressar seus desejos nos momentos de recusa, mas também expressar seus gostos, desejos e forma de ser no momento das relações sexuais.*

*Orientei-a que o desenvolvimento da sexualidade do casal ocorre de forma gradual, que sempre há o que aprender e a transformar e que isso poderia consistir na ruptura de padrões rotineiros, incluindo-se os espaços particulares para o casal, o namoro, as carícias,*

*que podem e devem ser reivindicados por ambos no relacionamento. O atendimento prossegue e procuro um entendimento pormenorizado sobre os seus "esquecimentos".*

*Solicitei que ela procurasse lembrar-se do início dos sintomas e que ela procurasse também se lembrar do que acontecia em sua vida naquela época.*

A cliente retoma, enfatizando a preocupação com a filha, recém separada do marido voltar a morar com ela junto com seu filho de cinco anos. A filha, graduanda em enfermagem, apresenta o quadro de lupus eritematoso, sob tratamento. Diz que se penaliza por sua filha cumprir uma exigente rotina diária de estudos e trabalho, acentuando que sua situação financeira sofrera uma grande queda, após a perda de alguns carros da frota de caminhões que seu marido possuía. Diz que o momento é de reconstrução financeira para eles, mas segue dizendo sentir-se culpada pelos problemas financeiros dos filhos.

Percebe sua sobrecarga, refere-se a ela, sente-se ainda responsável pela vida dos filhos e de certa forma ainda assume encargos que já deveria ter repassado. Refere-se que após a separação de sua filha, seus sintomas intensificaram-se.

*Com aproximadamente mais de uma hora de atendimento, entendi que seria melhor encerrar o encontro ali, uma vez que já havia ajudado na diminuição de sua ansiedade através da catarse. Sintetizo suas queixas, os motivos associados a ela e aproveito o encerramento para reforçá-la pelo fato de ter procurado ajuda.*

*Após estas orientações é incentivado e estabelecido o retorno da cliente para a semana seguinte e feito seu encaminhamento para uma consulta ginecológica, para que possa ser tratado seu período da menopausa, que previamente fora relatado não ter sido até então acompanhado. Encaminhei-a para a Clínica de Saúde da própria Universidade.*

*A partir da supervisão, supõe-se um **processo** metanóico, no qual a cliente estaria vivenciando diversas rupturas e deva rever sua trajetória de vida, vivenciando-os de forma amparada e protegida no Plantão Psicológico e escolheu-se como técnica de abordagem, as verbais.*

Primeiro retorno – segundo atendimento

Cliente comparece ao atendimento em estado de euforia e satisfeita com as conquistas obtidas, as quais creditou à intervenção no Plantão. Relata que conseguiu conversar com seu marido, solicitando para que ele fosse mais carinhoso,

procurando também encontrar alternativas para o lazer do casal. Diz que foram a um baile, fato que não ocorria há anos.

*Tento retomar as questões relativas à assunção do papel de cuidadora da família.*

Assume esta dificuldade, acha que por ser assim é percebida como sendo responsável por todos e não apenas com o dever de participar de alguma coisa, mas refere-se à não entender por que age assim, sabendo que se prejudica, sabendo que não está mais dando conta de ser assim.

*Porém apresentava-se eufórica demais com os ganhos que obtivera em um espaço tão curto de tempo, as descobertas e as reflexões que fizera durante a semana subsequente ao primeiro atendimento, denotando um sentido de reconhecimento para comigo, agradecendo-me muito ao final da sessão. Seu contentamento momentâneo demonstrava sua inclinação tácita para manter esse estado, não interessando problematizar outras questões, considerando os ganhos relatados como conquistas permanentes. Respeitei o momento e marcamos um novo encontro.*

Segundo retorno - terceiro atendimento

Cliente apresentou-se sonolenta. Na sala de espera cochilava enquanto me aguardava.

Logo no início da sessão, com a voz visivelmente mais baixa e mais lenta, demonstra que não passou bem durante a semana. Discutira com sua mãe, até então não focalizada nas sessões. Relembra que sua mãe sempre teve atitudes injustas, magoando-a profundamente. Falou sobre diversas experiências ruins vividas anteriormente com sua mãe, especialmente a de ter sido preterida e inferiorizada perante aos outros. Diz que mesmo assim sempre procurou agradá-la, mas que nunca obteve sucesso.

*Relacionei tais sentimentos de inferioridade como determinante das queixas, do fato de nunca ousar dizer não e contrariar alguém. Esta interpretação foi sentida como verdadeira pela paciente. Tem alguns insights e enumera, correlacionando outras situações de sentimentos de desvalia e não reconhecimento, solicitando-me alternativas e orientações para tal enfrentamento. Exponho que para começar existe a necessidade de uma maior compreensão da sua dinâmica intrapsíquica. Essa compreensão de algo mais aprofundado e gerador de queixas só poderá ser conhecido e reconhecido a partir da retirada do foco das queixas apresentadas (os sintomas de esquecimento, preocupações familiares, irritabilidade com o marido etc.); que estes sim, eram indicadores do quão infeliz ela estava, mas não o*



*motivo propriamente dito de sua infelicidade, para a árdua e muitas vezes doloroso trabalho de autoconhecimento, especialmente no caso dela no confronto entre a persona e a sombra. Explico-lhe em outras palavras o que eu estava querendo dizer com isso. Em decorrência da necessidade de manter-se amada pela mãe, manteve-se sempre submissa a esta, na tentativa de nunca afrontá-la e este forma complexada de agir foi sendo constelada durante toda a vida em todas as situações explicadas.*

*Dialoguei com ela, com a intenção de conscientizá-la sobre a possibilidade de encaminhamento para a Psicoterapia de longa duração na própria Clínica da Universidade. Expliquei-lhe que se ela pudesse contar com uma ajuda sistemática, haveria sempre a possibilidade de troca e de uma interlocução de qualidade e facilitadora.*

### **Ela aquiesceu ao convite. Combinamos o atendimento de follow-up.**

*Ao final desse atendimento, lembrei rapidamente sua a trajetória, sobretudo sua coragem em aceitar olhar-se. Embora não fosse minha intenção, a cliente emocionou-se com minhas palavras, agradeceu pela ajuda recebida e por ter tido alguém que realmente a ajudou.*

## Entrevista de *Follow Up*

### **Realização de procedimentos protocolares.**

#### **Posteriormente indagamos se passar pelo Plantão Psicológico havia ajudado.**

Disse que muito, que a ajuda que recebera naquele momento fora sua salvação. Explicou-me que vinha acumulando angústias e opressões e se não pudesse falar sobre isso naquele dia acho que explodiria. Vinha reunindo forças e tomando coragem para procurar ajuda e o ápice disso acontecera naquele dia. Quando lhe foi informado que não havia necessidade de espera, que havia um plantonista disponível, disse-me que já se sentiu amparada. Depois, contou que o plantonista sorriu pra ela e a mandou entrar e ela ficou muito feliz, pois de certa maneira não está acostumada a bons tratos em instituições. Disse que vivia uma crise familiar terrível: filhos cobrando, marido pouco compreensivo, doença da filha, enfim, ela tinha a sensação “que não tinha pedra sobre pedra na vida dela”. Mostra-se amparada em suas dificuldades com os atendimentos do Plantão.

#### **Lançamos nova questão: Como Plantão ajudou você?**

Clareou para mim que muitas coisas de que se queixava eram na realidade coisas que deixava acontecer por não tomar pé diante das situações. As sessões de Plantão ajudaram a paciente a perceber seus comportamentos

estereotipados, expondo-se dessa maneira sempre às mesmas conseqüências. Entendi que as mágoas que eu tinha da minha mãe influenciavam a minha vida até hoje, mas que hoje *eu não precisava mais ser submissa a ninguém*. Depois ele me explicou o que é... Como é mesmo a Palavra? (metanóia) e eu entendi que tudo passa e que eu tenho que buscar alguma coisa pra mim, pois parte de minha missão eu já tinha cumprido. Fiquei boba de ver como ele descreveu certinho o que eu sentia e ajudou mais ainda dando detalhes e explicações. Refere-se ao fato de através de uma compreensão diagnóstica, ela poder parar de fantasiar diante de seus problemas, passando assim para uma atitude mais ativa.

**Perguntei se pretendia fazer psicoterapia, como fora sugerido...**

Ela disse que sim, mas só depois de ter posto em prática o que descobrira no Plantão. Aquilo era muita coisa e já uma tarefa bem grande, operacionalizar em sua vida uma postura diferente. Demonstra aqui que o alcance da intervenção sofrida no PP foi bem profundo, incentivando-a a realizar mudanças bastante acentuadas em sua vida.

Indaguei se gostaria de acrescentar alguma coisa e ela me disse novamente o quanto foi importante não ter tido que esperar e ser atendida de pronto e sobre a importância de um atendimento tão profundo. A questão da prontidão do atendimento como fator determinante, assim como a possibilidade, diante disso, de um aprofundamento em uma compreensão psicológica, foi muito produtivo.

Despedimo-nos. Agradeceu-me muito pelo projeto, elogiou muito o plantonista e eu a conduzi até onde ele a esperava para encerrarem os atendimentos.

#### Síntese Específica da Entrevista *Follow Up*

Revelou que a ajuda que recebera naquele momento fora sua salvação. Explica que passava por uma séria crise emocional, que não tinha “pedra sobre pedra em sua vida” e que se não pudesse falar sobre isso naquele dia; sentia que explodiria.

Salienta que há muito buscava reunir forças e tomar coragem para procurar ajuda e o ápice disso acontecera naquele dia. Quando lhe foi informado que não

havia necessidade de espera, que havia um plantonista disponível, já se sentiu amparada de imediato.

Depois, contou que o plantonista sorriu pra ela e pediu para que ela entrasse. Ficou muito feliz, pois de certa maneira não está acostumada a bons tratos em instituições.

Como resultado obtido de imediato, a partir das sessões do Plantão, aponta o clareamento sobre coisas das quais se queixava e que eram na realidade coisas que ela deixava que lhe acontecesse por não tomar pé diante das situações.

Amplia-se a sua consciência. Refere-se a uma compreensão diagnóstica muita bem realizada e que isso fez muito sentido para ela. Sentiu-se bem, traduzida nas considerações teóricas do plantonista.

Refere-se a ter tido muitos insights diante da atuação do Plantão e que só recorreria a outro tipo de ajuda após ter posto em prática em sua vida tudo o que aprendera ali.

Aquilo era muita coisa e já uma tarefa bem grande, operacionalizar em sua vida uma postura diferente.

Reforça a importância da imediaticidade do Serviço e do quão profundo ele pode ser.

#### Análise pelo Plantonista

Para mim, em meus atendimentos com a paciente, **considero que o Plantão tenha cumprido com o seu papel de atendimento de emergência.** Plantonista refere-se ao papel do plantão, entendido como um serviço que está a serviço das urgências/emergências, ou seja, tem tempo limitado e seus objetivos limitam-se também em decorrência disso. **Senti bastante facilidade em estabelecer vínculo e contrato com a paciente, uma vez que ela estava realmente em um momento psíquico apropriado, buscando pela mudança e entendimento de um psiquismo obscuro.** Refere-se à facilidade encontrada no estabelecimento de um vínculo e uma aliança, justamente pela paciente apresentar-se, diante da demanda, sem tantas defesas. **Senti necessidade de continuidade do trabalho psicoterápico, pois de alguma maneira percebi que o entendimento de seu dinamismo psíquico foi mais racional do que emocional.** O Plantonista considera que o primeiro movimento de apreensão de um entendimento psíquico ocorre nesta paciente através de sua

cognição o que pode, de certa maneira, não se configura como uma mudança psíquica por inteiro, uma vez não ter atingido os sentimentos da mesma. Ao mesmo tempo, quando a paciente citou a entrevista de follow-up pela qual acabara de passar, referiu-se a um ganho bastante significativo e consistente. Talvez tenha me enganado e o Plantão bastasse, mesmo que ela tivesse que voltar mais uma vez ou outra para a discussão de algum conteúdo novamente emergente. A avaliação da intensidade e da profundidade da intervenção do Plantão não foi consensual em plantonista e cliente. O Plantonista antevia a necessidade de acesso a um estágio mais aprofundado, ou seja, o estado emocional da paciente. Contou bastante, também para o êxito dos atendimentos, o bom nível intelectual e cultural da paciente. Aparentemente uma situação cultural mais favorecida ajudou na compreensão do problema. Na minha análise considero importante as circunstâncias que favoreceram a ampliação de sua consciência através do desgaste verbal do complexo de inferioridade que possibilitou a redistribuição de energia nele contida e sua melhor utilização pelo psiquismo, mas sobretudo o fato de ter sido atendida em sua emergência. O Plantonista refere-se à utilização de técnicas analíticas interventivas como colaboradoras para a mobilização do conflito e posterior reassimilação agora já trabalhado pela personalidade.

#### Síntese Específica da Análise do Plantonista

Pondera sobre a importância de um Serviço que mesmo tendo objetivos e tempo limitados, faz-se presente no aqui-agora e no valor de aceleração que esta presença imediata promove. Exemplifica isso se referindo à facilidade encontrada na formação de um vínculo e uma aliança terapêutica, justamente pela vigência da crise, apresentar-se sem tantas defesas.

Um prenúncio de mudança ocorreu em termos cognitivos, podendo ocasionalmente ter deixado de ocorrer vivências emocionais tão importantes para o processo de transformação. Dessa maneira, sugeriu-se uma continuidade de tratamento realizada através das formas clássicas de intervenção. Aponta, ainda, que neste caso, uma situação cultural mais favorecida ajudou na rapidez de percepção do contexto. Ressalta o valor da intervenção através da utilização de técnicas analíticas como colaboradoras para a mobilização do conflito e posterior reassimilação do mesmo, já trabalhado, pela personalidade.

## Análise da Supervisora-Pesquisadora

Considerei muito importante neste atendimento o fato do plantonista conseguir manter-se equilibrado diante das rápidas conquistas da paciente, o que poderia ter mexido com sua vaidade ou necessidade de sucesso, mascarando, assim, o processo. Percebeu a fragilidade das estruturas egóicas da paciente para operar mudanças tão profundas e de forma tão repentinas. Da primeira para a segunda sessão houve uma mudança bastante acentuada que não significava absolutamente uma transformação e sim, uma mera mudança de comportamento. Celebrou-se a conquista, mas não se deixou seduzir por ela. Em decorrência de uma intuição inicial de que o problema não estava totalmente pontuado através da queixa, privilegiou-se a intuição do plantonista sobre o caso e planejou-se uma intervenção baseada em sua intuição. Dessa maneira, o atendimento clínico chegou rapidamente ao seu cerne. Resta agora todo o trabalho mais aprofundado da individuação, este sim, um trabalho que deve durar mais tempo.

A habilidade clínica do plantonista, a familiaridade com os assuntos da alma, foi sem dúvida de muita ajuda.

### 3 – CASO ANIELA

#### Identificação

Sexo feminino, 19 anos, estudante universitária, solteira.

#### Datas de Atendimento

01.10.05;

08.10.05

15.10. 05

#### *Follow up*

17.11. 05

#### Plantonista B

#### Atendimento

Paciente procurou o Plantão Psicológico num momento de crise, segundo minha compreensão diagnóstica. Quando convocada pela recepção da Clínica, dirigi-me à sala de espera, localizei a cliente e convidei-a a acompanhar-me.

*Como percebi sua ansiedade, falei brevemente sobre o tipo de Serviço no qual ela estava sendo atendida e rapidamente coloquei-me em posição de escuta.*

*Perguntei-lhe o motivo da procura e ela me respondeu descrevendo o que sentia: "Não sei para onde ir, estou me sentindo como se estivesse dentro de um cubo apertado e fechado, sem saídas". (SIC)*

Após essa analogia, diante de meu interesse por ela, francamente expresso por mim, solicito-lhe que se aprofunde um pouco mais no que desejava compartilhar. Passou a explicar então, mais detalhadamente o motivo da consulta.

Procurou o Plantão, pois há seis meses sente náuseas no período noturno, não consegue ir à festas de sua turma de Faculdade, ficar em lugares com muita gente e principalmente com pessoas que estejam ingerindo bebidas alcoólicas.

Relatou isso vivenciando muito sofrimento, chorou por alguns minutos, concluindo que acreditava que seu caso parecia não haver solução e fim.

*Após proceder a escuta empática da queixa, comecei a investigar sua história de vida, perguntado-lhe sobre seu ano anterior, 2004.*

Disse-me que não havia sentido essas náuseas e ânsias na casa de seus pais, mas que havia sido um ano difícil, de muita pressão, por causa do vestibular. Os seus pais queriam que ela estudasse na USP. Para poder ter alguma chance no vestibular, precisou interromper seus treinos de natação. Dedicou-se totalmente aos estudos. Não passou na USP, o que lhe daria a possibilidade de permanecer na casa dos pais em SP. Por outro lado, passara no vestibular da UNESP em Comunicação, só que isso iria lhe exigir mudar-se para Bauru sozinha.

Ao mesmo tempo, aconteceu outro fato que a atingiu muito do ponto de vista emocional: a mudança de sua irmã para os Estados Unidos. Elas eram muito próximas e diz sentir muita falta da cumplicidade e amizade das duas.

*Pode-se dizer que você começou um processo de adaptação antes mesmo de estar longe de casa? Perguntei-lhe. Para mim a paciente havia sido exigida de uma maneira para a qual não dispunha de energia psíquica suficiente para ultrapassar os obstáculos e em sendo assim constelou-se um complexo.*

Sem conseguir segurar o choro, responde que sim, que já vinha sofrendo desde o ano passado, mas que agora, para piorar, estava tendo náuseas todas as noites, e quanto mais pensava em não ter, mais tinha.

A partir desse momento, ao aproximar, aparentemente, da consciência a realidade que estava vivenciando, a jovem começou a se acalmar, perguntando se o caso dela tinha solução.

*Respondo que sim, que o primeiro passo ela já havia dado, que seria procurar ajuda, e até mesmo sua percepção naquele momento já havia mudado, pois chegou dizendo que seu caso não tinha fim e agora já estava em dúvida. Para finalizar esse primeiro atendimento, fiz uma vivência de relaxamento e imaginação ativa dando enfoque à respiração e orientando-a a procurar dentro de si lugares de calma como forma de amenizar os sintomas que vinha tendo. Como uma orientação complementar e imediata, sugeri que não fixasse muito a atenção nos momentos em que começava a sentir enjôos e procurasse uma ocupação. Insisti que esta era uma forma de seu corpo expressar o tanto de pressão que havia suportado, tais como a exigência de estudar em uma escola pública e concorridíssima como a USP, o fato de ter deixado de praticar natação (para ela uma grande perda), a mudança de sua irmã, o fato de estar sozinha em Bauru e estudando na UNESP, que lhe pareceu um fracasso. Isso tudo exigindo que seu psiquismo assumisse muitas mudanças praticamente de uma só vez. Eu via que ela estava tendo que se tornar*

*adulta, gerenciar sua vida, conviver com pessoas novas, participar de outros modos e costumes e que isso escancarava para ela um mundo menos protegido que o de casa.*

Primeiro retorno – segundo atendimento

Compareceu ao atendimento visivelmente mais entusiasmada, dizendo que tivera enjôos apenas duas vezes na semana.

*Perguntei-lhe quando havia tido esses enjôos, em quais circunstâncias.*

Respondeu-me que haviam acontecido nos dois dias de festa que ela havia participado. Começou a passar mal quando algumas de suas amigas altamente alcoolizadas precisaram de sua ajuda para irem embora para casa.

Já no momento em que viu suas amigas iniciando a ingestão alcoólica, já foi ficando ansiosa e depois enjoada. Nesta noite demorou muito a pegar no sono e teve muita ânsia de vômito. Neste momento de sofrimento, não gosta que ninguém fique ao seu lado, nem mesmo seu namorado. Esse relacionamento existe há seis meses, sendo que o rapaz faz faculdade no mesmo campus que ela.

*Observei que aqueles sintomas manifestaram-se em um momento em que ela convivia com realidades diferentes das que estava acostumada, em que poderia ser solicitada a prestar ajuda e não ter condições de fazê-lo.*

*A partir desta constatação, eu e a cliente fomos dialogando mais detalhadamente sobre os seus sintomas, chegando a uma descrição mais apurada deles. O enjôo e ânsia de vômito sempre apresentados na presença de algo que seja considerado por ela como um obstáculo; taquicardia; dispnéia; medo de passar mal; agorafobia.*

Esses foram alguns dos sintomas relatados por ela, dizendo também que já havia ido ao psiquiatra, feito alguns exames e que não havia sido constatado nada. Apenas um suposto diagnóstico de depressão.

*Abordei então a questão do MEDO.*

Começou a falar de seu medo, às vezes até um “medo do medo”. Era assim que se sentia: medo de passar mal, medo de ter enjôos, medo de vomitar. Não suporta a possibilidade de chegar a vomitar.

*Constatei ser uma catarse e apenas ouvi.*

“O vômito me causa ânsia só de pensar nele, é algo nojento, mas não é bem do nojo que tenho medo e sim da sensação de vomitar, a dor no estômago e na garganta, a força que faço sem querer. Isso é horrível demais, vamos parar de falar nisso?”. (SIC)



*Voltei a interpretar-lhe o significado dessa manifestação corporal exatamente como havia feito ao final do atendimento anterior. Acrescentei ainda que não deveríamos ficar presas a um diagnóstico, tal qual o de depressão, fobia ou de uma possível síndrome do pânico. Expliquei-lhe que deveríamos ver uma finalidade nesses sintomas, ou seja, o para quê. Os porquês da questão já haviam sido compreendidos, mas que considerava que deveríamos canalizar os nossos esforços para tentarmos compreender “a serviço de quem ou quem estavam esses sintomas”. Na minha opinião, eles demarcavam o final de um ciclo, um momento de crescimento e transformação psíquica em sua vida. A adolescência estava se findando. Se nós nos fixássemos nos sintomas, estes seriam maiores do que nós e nós ficaríamos prisioneiras dele. Achava que nós não deveríamos desprezá-los, mas sim extrair dele o que eles tem de melhor, ou seja, o fato deles apontarem uma direção de crescimento que ela deveria seguir.*

*Sugeri então, que organizássemos sua rotina, para que isso a ajudasse de forma prática a vencer os seus afazeres diários e principalmente, que tivesse uma vida mais centrada nos seus objetivos, de maneira saudável e tranqüila. Entendo que se ela desbloqueasse a energia contida nesses complexos haveria um quantum maior de energia disponível em todo seu sistema para realização de coisas mais produtivas. Assim o fizemos e despedimo-nos com o firme propósito que ela tentaria viver no seu dia-a-dia conforme ali pensáramos.*

Segundo retorno – terceiro encontro

**Dedicamo-nos ao objetivo acordado na sessão anterior.** *Começamos com coisas simples como a verificação da possibilidade de instauração de uma certa disciplina alimentar no seu dia-a-dia. Isso fora conseguido. Disse que havia procurado um lugar fixo onde a comida servida era bastante saudável e ali tinha passado a fazer algumas de suas refeições, mas que sentia que não estava gostando mais de comer, que estava pulando várias refeições. Preocupei-me com um possível aparecimento de um quadro de bulimia, porém não falei com ela sobre minha preocupação. Apenas refleti que muito provavelmente a sua falta de energia vinha também de uma debilitação física e que ela precisava muito disciplinar essa questão.*

*Outra questão de abordagem supostamente simples era sobre a qualidade do seu sono. Deitava-se tarde, acordava tarde e isso prejudicava também sua alimentação, além de perder toda a manhã. Entendi e interpretei isso como um processo de fuga do enfrentamento do dia-a-dia e que isso poderia ser modificado.*

*Pedi que organizasse sua rotina com horários: despertar, atividades, almoço etc.*

*Solicitei que acrescentasse uma atividade física que poderia ser apenas uma caminhada no próprio campus.*

Após ter conseguido imaginar-se mais organizada no dia e na semana, disse que se sentia mais aliviada, estava muito confiante em mudar sua rotina, e principalmente encarar suas dificuldades de frente, sem medo do medo.

*Para mim pareceu-me natural ela estar mais confiante, pois passou a perceber seu problema por outro ângulo, retomando criativamente a possibilidade de lidar consigo mesmo. Inclusive essa organização externa, ao meu ver, lapidou um pouco a constelação do complexo de abandono, colocou seu ego com maior capacidade de atuação, flexibilizou sua percepção de si mesma.*

Não citou em nenhum momento a sensação de sentir-se sem saída, muito pelo contrário, agora ela se sentia cheia de perspectivas.

Gostaria muito de ser feliz novamente! (SIC).

*Disse-lhe que acreditava profundamente na sua capacidade de voltar a ser feliz. Já havia lembrado que este seria nosso encontro final do Plantão. Que se ela sentisse necessidade de continuar com um Processo Terapêutico de longa duração, conversaríamos sobre isso na sessão de follow up e assim eu a encaminharia, ou para os atendimentos da Clínica ou para um psicólogo conveniado na comunidade.*

*Também retomei que se ela concordasse, faria um follow up com a nossa supervisora que estava coletando dados a respeito do funcionamento do Plantão. Ela concordou e despedimo-nos.*

Após quatro semanas de intervalo para o *Follow-u,p* a cliente chegou tranqüila. Depois de ter realizado a entrevista com a supervisora, falou –me que sentiu muita falta das sessões do PP, que estava querendo muito conversar, mas que se sentia mais segura sabendo que poderia sempre contar com os atendimentos emergenciais do Plantão como referência.

Entrevista de *Follow Up*

Procedimentos protocolares da pesquisa os quais foram seguidos por um questionamento sobre a possível ajuda recebida nos atendimentos de Plantão Psicológico. Respondeu-me que **o Plantão ajudou sim, consegui sair da crise que eu me encontrava e controlar esse medo insuportável que eu sentia. Mas percebo que ainda preciso desse apoio. Nas semanas que eu estava recebendo atenção psicológica não tive crises, mas nestas últimas três semanas tive algumas recaídas.**

Paciente constata que a ação das sessões do PP trouxeram-lhe um retorno imediato, porém não uma transformação de personalidade, uma vez que se sentia em alguns momentos, retornar aos comportamentos e sentimentos que a trouxeram para atendimento. Muito possivelmente porque tenha sentido a sua capacidade de controle e não de assimilação ou desgaste energético de um conteúdo psíquico como obstáculo.

**O plantão também propiciou uma melhora na minha vida como um todo, , organizando minha rotina para eu me sentir melhor na faculdade melhorando minha concentração, o meu empenho e desempenho na Faculdade , melhorando minha concentração, o meu empenho e desempenho na faculdade e até na convivência com meu namorado e minha família.** A paciente refere-se a um ganho real, palpável, concreto, fora do campo do simbólico, ocorrido focalmente no aqui-agora.

**Falei com ela sobre a possibilidade de uma continuidade através de um Processo Psicoterápico e ela respondeu-me prontamente que desejava sim. Disse das imensas filas na nossa Clínica e da possibilidade de ser encaminhada para uma psicóloga conveniada, a baixo custo, na comunidade. Aceitou a proposta. Chamei a Plantonista, juntas conversamos sobre isso e retirei-me da sala para que ambas conversassem.** A possibilidade de ser orientada no prosseguimento de sua luta para tentar vencer mais uma etapa do seu desenvolvimento fez com que sentisse necessidade de um acompanhamento de longa duração, sendo para isto orientada, beneficiando-se de uma rede de serviços, dos quais o PP faz parte da engrenagem.

#### Síntese Específica da Entrevista de *Follow Up*

Constata que a ação das sessões do PP trouxe-lhe um retorno imediato, muito possivelmente porque tenha se reencontrado com sua capacidade de auto-controle. Refere-se a um ganho real, palpável, concreto, fora do campo do simbólico, ocorrido focalmente no aqui-agora. Percebe, no entanto, que a modificação ocorreu mais em termos de comportamento e não propriamente em âmbitos mais profundos de seu ser, de uma assimilação ou desgaste energético de um conteúdo psíquico que fixa sua energia psíquica em uma determinada etapa do seu desenvolvimento, impedindo-a de crescer. Faz tais ponderações, pois muitas vezes observa-se

recaindo em antigos estilos. Na possibilidade de ser orientada no prosseguimento de sua luta para tentar vencer mais uma etapa do seu desenvolvimento, senti necessidade de um acompanhamento de longa duração, sendo para isto orientada, beneficiando-se de uma rede de serviços dos quais PP faz parte da engrenagem.

Análise pelo plantonista

**Entendi que o Plantão auxiliou nesse momento de crise da paciente, afigurando-se como uma bússola.** A Plantonista cita a eficácia da intervenção focal e imediata do Plantão como um ganho para este modelo de intervenção clínica. **Considero que seu quadro requer cuidados mais amplos, pois seus sintomas esbarram em algumas patologias severas.** Validade de uma compreensão diagnóstica precisa e que norteie tanto o caminho imediato a ser percorrido assim como o planejamento de novas intervenções e buscas se faz necessário. Considero natural que ela ainda tenha recaídas. **Acredito que haverá muitas outras, uma vez que a cliente teve como proposta o reinício de sua Individuação.** Novamente a constatação da limitação do tempo e dos objetivos do Plantão, assim como o seu propósito de apenas reiniciar o Processo de Individuação do Paciente, através da retomada de seu crescimento pessoal favorecido pelo desbloqueio de energia psíquica que dificulta o funcionamento do Psiquismo.

**O que ficou de mais consistente foram as alternativas imediatas que visaram ajudar a cliente em seu cotidiano. Mobilizada no sentido de amenizar sintomas mais incapacitantes com essa energia desbloqueada facilitou a possibilidade de insights esclarecedores do seu funcionamento psíquico e conseqüentes comportamentos, na busca de uma transformação dentro de sua passagem de idade e de forma de vida.** A Plantonista percebe que a função do Plantão focou-se em ajudar a paciente na organização de sua rotina e na adoção de novos hábitos de vida. Com isso, houve um desbloqueio de energia que indiretamente favoreceu a compreensão de aspectos mais intrincados de sua personalidade.

## Síntese Específica da Análise do Plantonista

É citada aqui a eficácia da intervenção focal e imediata do Plantão como um ganho para este modelo de intervenção clínica

Salienta validade de uma compreensão diagnóstica precisa e que norteie tanto o caminho imediato a ser percorrido, assim como o planejamento de novas intervenções e buscas. Percebe-se que o ser humano não cresce de forma linear e sim em espiral, isso justificando muitas passagens pelo mesmo ponto desafiador.

Novamente a constatação da limitação do tempo e dos objetivos do Plantão, assim como o seu propósito de apenas reiniciar o Processo de Individuação do Paciente, através da retomada de seu crescimento pessoal favorecido pelo desbloqueio de energia psíquica que dificulta o funcionamento do Psiquismo. Necessidade de o Plantonista adequar-se a esta particularidade de intervenção.

## Análise da supervisora-pesquisadora

Acredito que a função maior do Plantão nesse caso tenha sido proceder a uma *circum ambulatio* da questão. Como discutimos nas supervisões, a paciente procurara o Plantão por estar se sentindo mal fisicamente, estando subentendido em sua queixa que se sentia doente e aparentemente sem saber a causa. Com a intervenção do Plantão, localizou e levou para a consciência a constelação de um complexo. Dentro de suas dificuldades diante dos desafios, vivenciava momentos de estagnação em que não acorriam à consciência, de forma criativa, nenhuma maneira de lidar com seus problemas. Ao ser ouvida e conseqüentemente permitir-se se ouvir em um ambiente protegido e acolhedor, pôde vislumbrar um contato mais produtivo com sua imaginação, raciocínio e atenção, para assim lapidar seu complexo, diminuir a energia psíquica nele bloqueada e assim dispor dela para outras empreitadas. Como a paciente mesmo disse, seu medo estava apenas controlado e identificado, longe de estar assimilado e redistribuído em seu psiquismo. Há ainda um trajeto a ser percorrido até que fique curada.

## 4 – CASO SABINA

Identificação

Sexo feminino, 26 anos, solteira, comerciaria, grau de instrução universitário.

Datas dos atendimentos

21.10.05;

28.10.05;

13.11.05,

*Follow up*

01.12.05

Plantonista C

Atendimento

Paciente comparece à Clínica da Universidade acompanhada pelo pai. Fora informado sobre a existência do Serviço de Plantão Psicológico por uma professora da Casa.

*Ao ser chamada da sala de espera para a de atendimento, o fez com muita dificuldade de marcha, em andar cambaleante.*

*Perguntei-lhe em que poderia ajudá-la?*

Sentou-se e com dificuldade de articulação da fala explicou que ali estava, pois havia estado internada na UTI de um Hospital da cidade por quinze dias sem nenhum diagnóstico conclusivo sobre seu caso. Ao final de quinze dias de internação, os médicos convocaram um psiquiatra que a diagnosticou como portadora de Síndrome do Pânico, deu-lhe alta e a encaminhou para tratamento psiquiátrico ambulatorial.

A família resolveu procurar um outro tipo de informação menos efêmera. Aparentemente tratava-se de pessoa de classe média.

A mãe exerce prendas domésticas e o pai é professor.

A família, antes desse problema de Saúde, sic, não apresentava maiores problemas, apenas os comuns ao cotidiano a uma família.

*Busquei um entendimento racional de todo processo de hospitalização, pois entendi ser isso necessário, para mim e para a paciente. Uma retomada histórica e cronológica dos acontecimentos. Organizamos os fatos.*

Informou-me que no início do mês de julho, teve um pequeno desmaio e foi levada ao PS. Ali foi medicada e dispensada. Nenhum diagnóstico foi realizado diante deste fato, aparentemente isolado.

Depois desse desmaio não teve outras intercorrências. Ao final do mês de julho ela, juntamente com seus familiares, alugou uma chácara nos arredores da cidade para passarem a última semana de férias. Tornou a passar mal ali, do mesmo jeito que anteriormente.

Dessa vez não foi levada ao Pronto Socorro. Seus próprios familiares prestaram-lhe os primeiros socorros e ela recobrou a consciência.

Terminados os dias de férias, foram de volta para casa, precisamente no domingo.

Na segunda feira pela manhã, imediatamente após o retorno das férias, segundo relatos familiares, quando sua mãe foi despertá-la para o início da semana e o recomeço do semestre, abriu os olhos, olhou a mãe fixamente e novamente desmaiou. Como não recobrasse de pronto a consciência, foi levada ao PS. Ali seu caso foi entendido como preocupante, talvez com suspeita de alguma doença infecciosa, pois passou a ter uma seqüência de convulsões muito intensas.

Foi internada na UTI. Passou quinze dias praticamente inconsciente. Em alguns momentos, tem uma vaga lembrança de que se sentia como se estivesse em um carrossel ou num gira-gira de *play ground*, sentindo-se rodar com muita força. Num desses momentos, tentou levantar-se, caiu da cama hospitalar e quebrou 2 dentes da frente. Passou a ficar amarrada ao leito.

Foi submetida a várias tentativas diagnósticas por médicos das mais diferentes especialidades. Nada foi constatado.

Teve alta do hospital, dada pelo Psiquiatra que foi a última especialidade médica a ser convocada para seu caso, sendo diagnosticada como portadora da Síndrome do Pânico. Saiu medicada com Lorax, Rivotril, Diazepan, Pamelor, Aprax e Ivermectina.

Como apresentasse muitas coceiras e irrupções na pele, pelo infectologista teve um diagnóstico de Sarna Humana.

Já no Ambulatório de Saúde Mental, a médica psiquiatra responsável por seu atendimento reviu a medicação com a qual saiu do hospital, mantendo o Rivotril e o Pamelor, sugerindo como hipótese diagnóstica, o Transtorno Dissociativo.(sic)

Realizou perícia junto ao SUS para obtenção de licença médica. Alcançou.

*Disse-lhe que estava entendendo e perguntei-lhe se estava satisfeita com a vida que estava levando, anteriormente ao episódio da doença.*

Relatou-me que uma coisa que a incomodava muito, há muito tempo, foi ter sido desvinculada de um Estágio universitário remunerado que realizava e por questão de sobrevivência teve que ir trabalhar como vendedora de Shopping Center.

Depois desse breve parênteses, continuo na descrição de sua sintomatologia. Cita episódios de “afogamentos”, falta de ar, “como criança”, com necessidade que lhe assoprem o rosto quando se afoga (sic a paciente).

*Pensei que este fosse um dos pontos no qual poderia estar ancorado o diagnóstico da médica psiquiatra sobre transtorno dissociativo.*

*As condições de ego da paciente tais como a atenção, pensamento etc estavam todas mantidas. Quanto à socialização, tem namorado, bom relacionamento com os colegas e familiares. Vinculou-se ao atendimento de Plantão com muita facilidade.*

*Como tivesse um bom nível de escolaridade e demonstrasse facilidade na compreensão geral dos fatos, procurei minimizar, sem desqualificar, o peso e a força que ficara sobre ela a partir do Diagnóstico de Transtorno Dissociativo, (que ela já recorrera à pesquisa na Internet para saber do que se tratava) embora também concordasse com ele, porém de forma não conclusiva e sim investigativa. Procurei explicar-lhe da dificuldade que os profissionais psi tem em diagnosticar precisamente, que muitos casos enganam e também da dificuldade que as pessoas têm em encarar um diagnóstico psiquiátrico. Ampliei o entendimento da situação, referindo-me a um possível Transtorno Somatoforme ou até uma Síndrome de Stress Pós-traumático. Acrescentei ainda que a doença poderia ser um símbolo assim como a própria crise vivida por ela também.*

*Contudo, chamou-me a atenção a quantidade de medicamentos que a paciente havia ingerido durante quinze dias de hospitalização e no pós-alta. Pensei que as coceiras na pele talvez pudessem ser efeitos colaterais da medicação. Como temos convênio com o Instituto Lauro de Souza Lima, referência em questões de pele, resolvi pedir um encaminhamento para lá com urgência.*

*A paciente mostrou-se disposta a ir e fez referência a estar sentindo-se segura quanto à conduta da sessão pela plantonista, dispondo-se a realizar tudo que ali fosse orientado.*



*Como estava acompanhada pelo pai, perguntei se ela me autorizava a chamá-lo para “dar-lhe uma atençãozinha”. Concordou. Chamei o pai.*

Com os dois na sala juntos, ele contou novamente toda a história contada por ela, dizendo que estava se sentindo um “pouco morto” desde que tudo tinha acontecido e completamente desorientado. Foi ele que viveu todo o drama da hospitalização, toda a incerteza de diagnósticos médicos e inclusive o medo que ela não sobrevivesse, tantos eram os desencontros médicos quanto eram evasivas as falas sobre os prognósticos do caso.

Além do mais, disse estar preocupado, pois estava tirando sucessivas licenças, entrando com muitos atestados e temia que isso tivesse conseqüências ruins sobre seu trabalho, uma vez que este era a única fonte de renda estável da família. Prontificou-se a acompanhá-la em todos os retornos solicitados pelos médicos e a levá-la ou arrumar quem a levasse ao Instituto Lauro de Souza Lima, bem como ao PP.

*Como parte de um feed back final, recebeu orientações para tentar levar sua vida normal, dentro daquilo que suas condições físicas permitissem, mas que tentasse não assumir o papel de “a doente”.*

Primeiro retorno – segundo atendimento

Paciente apresentou-se visivelmente em melhores condições. Disse ter seguido as sugestões para levar uma vida normal, o mais possível. Com menos ansiedade, diz ter continuado em busca de um diagnóstico mais preciso. Nesse retorno, focou-se em um sério desentendimento entre ela e a médica psiquiatra, pois para a paciente, a médica teria dito que ela não precisava de licença nenhuma, que o que tinha não passava de “mimo” e que tinha um temperamento pouco resistente à frustração. Que deveria recolher a sua frustração de não ser mais bebê, portar-se como adulto, voltar a trabalhar e ocupar o seu tempo de forma útil e produtiva, que isso sim a curaria de todo esse “petite”.

Mostrava-se revoltada, indignada, atônita, pois não tinha nenhum dado na consciência que pudesse apontar nessa direção. Relatou novamente que se desentendeu verbalmente com a médica, ameaçando denunciá-la ao CRM.

*Procedi à escuta empática, voltei a afirmar o que pensava sobre o seu quadro clínico. Não havia como precipitar o diagnóstico e uma vez que ela já não corria mais risco*

*de vida, poderíamos utilizar um pouco de tempo a mais para a obtenção de um diagnóstico mais preciso. Eu, enquanto profissional supervisionada, gostaria de antes de qualquer coisa eliminar todas as hipóteses de um adoecimento físico. Marquei um próximo retorno duas semanas depois, ocasião esta que teria possibilidade para verificar alguns laudos médicos. Nesta sessão, intervi contendo seu enorme descontentamento quanto a tudo. Como fosse visível o seu melhor estado de saúde, marquei nosso próximo retorno para quinze dias após este, uma vez que gostaria de ter alguns retornos dos médicos os quais, por essa época, já teriam acontecido.*

**Nesse íterim teria retorno no médico neurologista e no dermatologista.**

Segundo retorno – terceiro atendimento

Paciente retorna melhor ainda que no atendimento anterior, há duas semanas atrás.

Diz que a medicação mantida pela médica em uma dose mais baixa de Rivotril e Pamelor estava muito boa e ela ia percebendo no dia a dia que parecia estar se livrando de um engessamento corporal severo, com os movimentos mais soltos.

Relembra que saiu do hospital como se estivesse em uma camisa de força.

Do neurologista veio um diagnóstico mais conclusivo.

Seu adoecimento deveu-se a um episódio de meningo encefalite viral com seqüelas psiquiátricas.

Este lhe solicitou nova consulta psiquiátrica já diante deste novo diagnóstico.

Diante da solicitação do neurologista, a Psiquiatra alterou a medicação e em decorrência disso era que estava se sentindo “sem gesso”.

*Por considerá-la melhor, resolvi abordar a questão do fato de detestar o seu trabalho no shopping center. Falei sobre estresse, sobre evento estressor e constelação de complexos dentro de uma linguagem bem acessível. Perguntei-lhe se ela não reconhecia o fato que praticamente estivesse se sentindo na obrigação de trabalhar, mesmo que isso ficasse muito aquém de sua formação universitária. Se de alguma forma, ela não achava possível que tudo isso tivesse ocorrido em um tempo de desesperança, que ela estivesse se sentindo frágil, desprotegida e que talvez tivesse se sentido sem forças para enfrentar essa situação. Achava-se praticamente incapaz de dar conta de todas essas demandas. Aparentemente esse conteúdo aproximou-se mais de sua consciência, sem resistência, tendo mais percepção do que psicologicamente poderia estar lhe acontecendo, ou seja, não*

*estar aceitando ter que se manter como vendedora em um shopping center, uma vez que era universitária, que já havia participado de projetos de pesquisa, enfim, por querer para si algo diferente e não estar conseguindo. Que o fato de ter que se adaptar bruscamente a uma situação frustrante, poderia estar lhe deixando muito descontente.*

*Como não ousasse admitir isso, ou talvez sentisse que não podia mesmo por ter que cumprir comum dever de ajudar a família, seu corpo resolveu dar um basta em tudo aquilo e produziu sintomas físicos, que assim o sinalizaram. Depois de todo o evento da internação hospitalar, restou-lhe então uma síndrome de estresse pós-traumático. A assimilação desse conteúdo pela consciência, no momento, aparentemente não causou nenhum dano maior.*

*Encaminhei-a na própria Universidade para um tratamento Fisioterápico para auxiliar na recuperação dos movimentos.*

*Do médico dermatologista chegou o diagnóstico negativo (baseado na biopsia) para sarna humana e sim reação alérgica, confirmando minha percepção ou talvez intuição. Este lhe solicitou mais exames.*

*Foi um atendimento bastante prolongado, cerca de duas sessões convencionais de cinquenta minutos e então solicitei que ela ligasse quando todos os exames estivessem prontos para fazermos o nosso follow up.*

**Relembrei-lhe o nosso contrato inicial (um atendimento e até dois retornos mais o *follow up*). Expliquei-lhe sobre o interesse da supervisora sobre o caso, que a mesma tinha participado ativamente na condução do mesmo e que, antes dela conversar comigo teria um breve encontro com ela para responder-lhe sobre a intervenção que ela havia recebido, ou seja, o PP. Disse que nossa supervisora era pesquisadora desse assunto. Desde o primeiro atendimento já sabia que estava em um Serviço de Plantão Psicológico, por isso a imediaticidade do atendimento. Ela e o pai já haviam sido informados desde o primeiro dia também pela Secretaria.**

**Despedimo-nos.**

Entrevista de *Follow Up*

**Paciente ligou para a CPAF solicitando o retorno depois de aproximadamente um mês e meio do último atendimento.**

**Agendamos. Apresentou-se ao Serviço acompanhado por uma tia.**

**Realizamos com ela os procedimentos protocolares da entrevista de *follow up*. Compareceu, segundo minha observação, muito melhor, tendo em vista o quadro apresentado dois meses antes. Portou-se comigo como se já me**

conhecesse, inclusive me agradecendo, pois, através da Plantonista soubera que eu tomara parte ativa na condução de seu caso. Expliquei pormenorizadamente o motivo de eu estar naquele momento conversando com ela. Mostrou-se alegre, disposta em colaborar “*com o Serviço que tanto colaborara com ela na hora certa*”.

Fiz um ligeiro comentário sobre os momentos difíceis pelos quais havia passado, apenas para dar início ao nosso diálogo.

Interessei-me por ouvir sobre os pontos nos quais ela considerava haver melhorado e no que o PP a auxiliara.

Contou brevemente alguns momentos difíceis, contabilizando tudo que havia readquirido, inclusive os dentes restaurados (mais um encaminhamento que contara com o empenho pessoal da Plantonista em conseguir que fosse atendida com urgência na Clínica de Odontologia da Universidade).

Na Fisioterapia ainda demoraria um pouco para ser encaixada. O Serviço estava superlotado.

**Questionada sobre a validade do atendimento no Serviço de Plantão Psicológico esta disse que o Serviço fora determinante no seu caso.** A Paciente referiu-se ao atendimento recebido como algo decisivo para o seu momento, realmente funcionando como uma bússola **A precisão da compreensão diagnóstica**, o alívio da angústia da paciente ao vislumbrar uma possibilidade de entendimento científico sobre seu caso, diante da emergência, provém da capacidade do estabelecimento de parâmetros norteadores mais ou menos claros pelo atendimento imediato no PP, que promove a segurança de condução para a dupla. **A imediaticidade do Serviço** e o fato do profissional estar disponível, acessível, sem que haja necessidade de uma burocracia imensa, que o afaste do auge da “sangria Psicológica”, torna o atendimento tendente a uma maior eficácia, **também pela possibilidade de extensão do atendimento para seu pai.** A possibilidade do atendimento no Serviço de Plantão serem de imediato estendidos aos demais participantes da história rompe com os parâmetros clássicos da análise, preocupando-se muito mais com o alvo a ser atingido do que com uma forma acadêmica de procedimento, não transponível para todas as situações clínicas. **Isso faz com que a tranquilidade e a normalidade seja restabelecida na família.** O resultado sentido diante dessa forma de atuação segura, sente-se de imediato, passando a ser uma referência para o paciente. **A atuação multiprofissional, coordenada e**

**unificada através da plantonista foi decisiva.** Capacidade de reconhecimento da limitação de todas as áreas do saber e da necessidade da interdisciplinaridade, de um trabalho de coordenação em casos nos quais existam muitas variáveis é um papel que o Plantão/Plantonista não devem se furtar. Como está de licença, **resolveu procurar uma colocação profissional melhor do que a que estava. Disse que pensara muito no que a plantonista havia mostrado para ela e então resolvera colocar mãos-à-obra.** Indicação clara e precisa de que a energia psíquica voltou a fluir, livrando a paciente de uma estagnação e fixação psíquicas, dando um reinício em seu processo de individuação.

#### Síntese Específica da Entrevista de *Follow Up*

As intervenções no Plantão Psicológico são percebidas e recebidas como algo decisivo, funcionando como uma bússola para alguém perdido no meio da selva. O alívio da angústia da paciente ao vislumbrar uma possibilidade de entendimento científico sobre seu caso, diante da emergência, provém da capacidade do estabelecimento de parâmetros norteadores mais ou menos claros pelo atendimento imediato no PP que promovam a segurança de condução para a dupla. O fato do profissional estar disponível, ser acessível, sem necessidade de burocracia imensa, que afaste o profissional do auge da “sangria Psicológica”, torna o atendimento tendente a uma maior eficácia.

Também se ressalta a possibilidade do atendimento no Serviço de Plantão ser, de imediato, estendidos aos demais participantes da história, rompendo com os parâmetros clássicos da análise, preocupando-se muito mais com o alvo a ser atingido do que com uma forma acadêmica de procedimento, não transponível para todas as situações clínicas. O resultado sentido diante dessa forma de atuação segura, é percebido no imediato, passando a ser uma referência de Saúde para o paciente. Indicação clara e precisa de que a energia psíquica voltou a fluir, livrando o paciente de uma estagnação e fixação psíquicas, reiniciando seu processo de individuação.

## Análise pelo plantonista

As sessões de Plantão foram cruciais para a paciente naquele exato momento em que ela compareceu, totalmente sem um norte, sem bússola; tanto ela quanto a família já totalmente desgastada pelo sofrimento. A Plantonista interpreta que as sessões de plantão tiveram grande chance de dar certo por ocorrerem de forma desburocratizado e ágil. Refleti que um caso como o dela, se não é atendido de imediato pode tomar conseqüências muito maiores. Embora o PP situe-se em um segundo nível de atendimento em relação à Saúde, considero que esta face seja intermediária, uma vez que pode impedir que algo de pior venha acontecer, sendo assim passível ser considerada sua atuação, de certa maneira, preventiva também. Praticamente, senti que o Plantão fez um papel de leitura do quadro da paciente como um todo, integrando-o ao redor de um único eixo, com o advento moderno das especialidades na prática profissional. Muitas vezes os casos se tornam fragmentados, deixando por isso de haver uma melhora sentida no todo, uma vez que não existe entrelaçamento de áreas de atuação. Realizou uma compreensão diagnóstica mais ampla e a partir dela dando um direcionamento para o caso. O valor da compreensão diagnóstica mais ampla e imediata, certifica, dá consistência e segurança á intervenção do plantonista Não apenas houve encaminhamos. Participamos ativamente, envolvemo-nos com os seus encaminhamentos. Outro ponto alto do atendimento, situa-se no fato do profissional não encaminhar apenas para "livrar-se do problema", mas da necessidade do trabalho em rede e de um acompanhamento constante a respeito do recebimento real da ajuda pleiteada. Certificamo-nos que a paciente recebesse os atendimentos por nós sentidos como necessários, ou seja, os atendimentos de Plantão só deveriam esgotar-se quando aquela demanda emergencial acabasse. Percebi claramente com essa intervenção um dos lados mais eficazes de um Pronto Atendimento Psicológico, ou seja, a prontidão para o atendimento. Novamente a prontidão no atendimento é destacada e sentida como decisiva. Embora ainda de forma não cabal, totalmente consciente, o fato de a paciente começar a aceitar as possíveis implicações psicológicas no aparecimento e agravamento do seu quadro, demonstra que as intervenções ampliaram-lhe a consciência, questionando-a em suas certezas, fazendo-a questionar seus princípios e isso reputo como um ganho. O ganho

oriundo do caráter dialético dado às intervenções, quebra a resistência do paciente e proporciona de forma mais rápida tanto a formação do vínculo quanto o estabelecimento de uma sólida aliança de trabalho que passa a extrapolar inclusive os limites de tempo do Plantão.

Novamente aqui, se constata que existe um tempo exterior regendo nossas vidas, mas que o tempo da crise é um tempo de precipitação, um tempo em que favorece à mudanças, pois tempo e espaço na crise são vistos e sentidos de uma forma alterada. **Ao relatar que já retomou sua vida normal, demonstrou a agilidade que as intervenções do Plantão adquirem, no momento em que o paciente está apto a mudanças.** Verifica-se que realmente existem estágios de desenvolvimento que facilitam mais os processos de mudanças do que outros. Como não estamos diante de uma intervenção que pretenda ser panacéia, como em qualquer outra abordagem psicológica, existirão sempre as pessoas mais indicadas para beneficiarem-se de um tipo de intervenção e outras para as quais algumas intervenções serão praticamente inócuas.

#### Síntese Específica da Análise do Plantonista

Novamente os bons frutos colhidos pela sessão creditados à desburocratização do atendimento e a presteza em se fazer próximo no exato momento da crise psicológica. Embora o PP situe-se em um segundo nível de atendimento em relação à Saúde, considero que esta seja uma interface com a prevenção, uma vez que, através de sua atuação imediata, pode-se impedir que algo de pior venha a acontecer. Com o advento moderno das especialidades nas práticas profissionais, muitas vezes os atendimentos na Saúde tornam-se fragmentados, deixando por isso de haver uma melhora sentida no todo, uma vez que não existe entrelaçamento de áreas de atuação. O valor da compreensão diagnóstica mais ampla e imediata certifica, dá consistência e segurança da intervenção ao plantonista, tornando-se absolutamente necessária. Outro ponto alto do atendimento em PP, refere-se ao fato de que o plantonista não deve encaminhar para outras modalidades de tratamento apenas para “livrar-se do problema”, certificando-se de que o paciente tenha chegado ao destino recomendado, esteja fazendo acompanhamento, envolvendo-se. Observa-se a grande importância do trabalho realizado dentro de uma rede de Apoio à Saúde, e

de um acompanhamento constante a respeito do recebimento real da ajuda pleiteada. O Plantão torna-se mais um elo dessa rede, ou seja, os atendimentos de Plantão só devem esgotar-se quando aquela demanda emergencial se esgote.

O ganho psíquico oriundo do caráter dialético dado às intervenções, quebra a resistência do paciente e proporciona, de forma mais rápida, tanto a formação do vínculo quanto o estabelecimento de uma sólida aliança de trabalho que passa a extrapolar inclusive os limites de tempo cronológico do Plantão. Novamente aqui, se constata que existe um tempo exterior regendo a vida, mas que o tempo da crise é um tempo de precipitação, um tempo no qual a mudança é a grande favorecida, pois tempo e espaço na crise são vistos e sentidos de uma forma relativa. Verifica-se aqui que realmente existem estágios de desenvolvimento psíquico e de necessidade de mudança que facilitam mais a ocorrência de transformações do que outros. Como não estamos diante de uma intervenção que pretenda ser panacéia, como em qualquer outra abordagem psicológica, existirão sempre as pessoas mais indicadas para se beneficiarem de um tipo de intervenção e outras para as quais algumas intervenções serão praticamente inócuas.

Análise da supervisora-pesquisadora

Percebo que a perspicácia, a intuição clínica e as supervisões (enquanto possibilidade de troca, de refino terapêutico, de possibilidade de análise didática para o plantonista), assim como a coragem de contestação da área médica, a superação de um possível complexo de inferioridade profissional, em favor de uma condução mais humana, na qual se vise o doente e não a doença fez com que o Plantão Psicológico tivesse um papel determinante com esta paciente. Essa contestação dos diagnósticos, conduzida de forma ética e com zelo, deu aos atendimentos de Plantão uma identidade própria, a identidade da Psicologia e aí a sua força.

Analiso também que Plantão Psicológico funciona bem em uma rede de Serviços. O fato de a paciente poder dispor e contar com uma rede de serviços comunitários e estar apta a procurá-los e a servir-se deles, contribuiu muito para o bom andamento do caso.



## 5 – CASO ELEONORA

Identificação do paciente

Sexo feminino, 29 anos, casada, do lar.

Data dos atendimentos

06/10/05;

13/10/05;

20.10.05.

*Follow up*

30.11.05

Plantonista D

Atendimento

A paciente ouviu referências sobre Serviço de Plantão Psicológico pela própria Recepção da Clínica Escola. Fui chamada para o atendimento e apresentei-me à sala de espera, convidando a pessoa indicada para passarmos à sala de atendimento.

*Perguntei o que a fazia buscar ajuda psicológica e ela respondeu-me que não consegue dormir em casa com o marido. Todas as tardes vai para a casa dos pais, e volta pela manhã. Disse-lhe que gostaria de entender um pouco melhor a sua dificuldade e pedi que ela falasse um pouco mais dela.*

Explicou-me que neste ano começou a dormir na casa de seus pais, pois sente um medo muito grande (não soube explicar do quê) e fica nervosa todo dia por volta das 18h. Vai então para a casa dos pais e ali passa a noite. Em 1997 teve uma depressão muito forte que a deixou acamada, mas hoje se sente curada daquela depressão. Casou-se em 23/11/99,

Seu marido é advogado e seus pais aposentados. Tem uma irmã que mora em outra cidade. Faz uso dos seguintes medicamentos: anafranil 25mg; rivotril 0,5mg; noodipina (para isquemia cerebral – profilaxia e tratamento das deficiências isquêmicas neurológicas, devido a espasmos dos vasos cerebrais - AVC).

**Faz tratamento médico com uma neurologista.**

**Não têm muitos amigos e sai pouco de casa**

*A princípio, por ela fazer tratamento fonoaudiológico na CPAF, aventei que pela medicação que vinha tomando (a paciente encontrava-se com as caixas de remédio e solicitei-lhe para que pudesse ler as respectivas bulas), tratava-se de paciente que tivesse sofrido um AVC.*

**Contudo não consegui contato com a fonoaudióloga que cuidava do seu caso.**

*Procurei inteirar-me o mais que pude de seu contexto, encontrando muita dificuldade para tal. A paciente apresentava dificuldades sérias de articulação da fala, coordenação motora deficitária e lentidão de pensamento. Percebi que às vezes ocorria uma certa confusão de raciocínio.*

*Pensei que esse visível comprometimento pudesse estar ligado aos medicamentos que toma, pois falava mole, apresentava lentidão de pensamento e movimentos, dificuldade para andar etc.*

*Hipotetizei sobre a existência de algum objeto fóbico que não a deixasse ficar em casa e dormir em companhia do marido. Indaguei-lhe sobre isso. Ela não conseguiu dar melhores e nem maiores explicações, deixando um pouco vago o foco a ser trabalhado.*

*Foi possível estabelecer uma relativa aliança terapêutica com alguma formação de vínculo. Considerei inicialmente sua capacidade de insight lenta. A paciente possui uma baixa motivação para a terapia verbal, boceja muito e a todo o momento olha para se certificar do horário, justificando que precisa trabalhar. O ego parece estar estruturado, mas será necessária uma avaliação mais minuciosa no próximo atendimento para que eu me certifique melhor sobre essas primeiras impressões.*

*Nas próximas sessões entendo que tenho que me utilizar uma técnica projetiva, pois a paciente mostra-se resistente em falar da sua vida pessoal e quando iniciamos o diálogo, ela tenta mudar de assunto rapidamente, tentando aparentemente resistir a um contato mais profundo entre nós. Penso, também, que talvez seja uma paciente que pode beneficiar-se mais das técnicas não verbais.*

**A princípio tenho como hipótese diagnóstica Transtorno de Pânico, sem ser identificado o objeto fóbico.**

## Primeiro retorno – segundo atendimento

*Planejei então a aplicação de uma imaginação dirigida que tinha por objetivo incentivar as projeções psíquicas da paciente sobre uma roseira – Técnica da Roseira - Violet Oakandler – devidamente adaptada para uma utilização analítica - para posteriormente tentar ter com ela uma conversa espontânea não interpretativa, sobre os símbolos mobilizados. Entendi que dessa forma talvez a ajudasse a falar de seus medos sem sentir-se tão ameaçada.*

**A paciente chegou bastante retraída, sendo possível perceber isso na sua expressão corporal.** *Perguntei como havia passado a semana e ela novamente verbalizou bem pouco. Propus então a vivência como um relaxamento, uma fantasia e ela então se dispôs a participar. Dirigi a imaginação conforme a técnica manda. Consegui uma boa interação da paciente com a técnica. Pedi então que ela desenhasse a roseira que havia imaginado. Dei-lhe lápis. Ela desenhou uma roseira com um visível esforço físico e mental. Senti que a medicação estaria influenciando muita sua coordenação motora fina (está trêmula, confusa e com o pensamento bastante lento).*

**Fez a roseira e disse que as rosas eram coloridas (não quis pintar), têm bastantes espinhos que não as deixa crescer, mas mesmo assim luta e cresce aos pouquinhos. Se tivesse mais terra e água ela cresceria mais rapidamente.**

*Tentei relacionar o símbolo à sua vivência real. Ela disse que era assim mesmo. Ela e a roseira eram muito parecidas. Ela também precisa de mais terra e água, mas não sabe reconhecer o que seriam terra e água na sua vida. Neste momento, deitou-se em uma cama para relaxamento que dispomos nesta sala da Clínica.*

**Nas suas palavras: “Essa terra e essa água acabariam com meus problemas”.**

*Foi possível perceber que seu traçado é trêmulo, e mesmo tendo um pouco de confusão de pensamento, seu ego parece estruturado, mas com pouca capacidade para insights. Coloca-se também na posição de vítima e tem esperanças de ser salva.*

**Terminado o atendimento, combinamos que ela observaria suas emoções e sentimentos durante a semana para que pudesse relatar-me no próximo encontro.**

## Segundo retorno – terceiro atendimento

*Tinha como objetivo tentar investigar um pouco mais os símbolos mobilizados anteriormente para ver se conseguia ao menos lhe fazer uma orientação quanto à queixa*

que trouxera. Estava perseguindo a hipótese que a depressão, o medo e a fobia seriam sintomas de uma causa mais profunda.

Inicialmente contou-me que não havia conseguido permanecer em sua casa após as 18h00, da mesma forma que anteriormente. Perguntei sobre sua vida conjugal. Focou no relacionamento íntimo com o marido, disse estar bem e que mantinha relações sexuais com ele normalmente.

*Registrei o fato dela ter iniciado sua brevíssima narrativa justamente por esse aspecto. Incentivei-a falar mais e ela disse que sua depressão começara esse ano. Tentei investigar mais sobre os sintomas, mas não consegui nada de concreto. Expliquei a ela que estava sentindo dificuldade em me situar no caso e como sua mãe estivesse acompanhando-a na sessão, pedi se poderíamos conversar um pouco as três juntas. Ela concordou que eu conversasse com a mãe, mas preferiu não permanecer na sessão e aguardar na sala de espera.*

Entrevista com a mãe da paciente

Esta concordou rapidamente com o meu convite. Durante o atendimento realizou uma grande catarse, fornecendo-me, então, os dados necessários para que eu entendesse o contexto da paciente. Relatou que tudo havia começado, quando o marido da paciente a traiu, tendo um filho fora do casamento. A partir disto, a paciente começou a se isolar e ele também não a procurava mais quanto ao relacionamento sexual. Antes deste acontecimento, ela era uma pessoa normal, não apresentava nenhum destes problemas. (SIC)

Depois disto ela nunca mais conseguiu ficar em casa e dormir com ele.

Seria necessário encaminhá-la para uma psicoterapia de longa duração, inclusive um trabalho interdisciplinar com a médica neurologista com a finalidade de orientá-la como poderá proceder quanto aos seus sintomas. *Orientei a mãe. Realizei um apoio psicológico bastante consistente e aproveitei para orientá-la a procurar uma forma de ajudar a filha a sair desta situação apenas com um possível auxílio medicamentoso e não com uma carga como esta que visivelmente a impossibilita de uma qualidade de vida razoável. Disse-lhe que sua filha era muito jovem e que haveria muito tempo para que retomasse a sua vida, refizesse suas relações afetivas, enfim... Sugerir uma psicoterapia de longa duração que a auxiliasse a vivenciar a dor da perda, da rejeição, do abandono e da traição de forma que a filha pudesse assimilá-la e integrá-la à sua personalidade. Despedimo-nos em um tom bastante cordial.*

Atendimento com a paciente novamente

**Solicitei que a paciente entrasse novamente** e disse que entendia porque ela não quis abordar o motivo de seu sofrimento e nem quis ouvir sua mãe falar dele. Disse que me solidarizava com seu padecimento e que entendia que essas dores eram muito fortes mesmo. Retomei que esta seria a última entrevista do Plantão e que ela deveria voltar daqui a três semanas para a realização do follow up. Contudo, como já a havia encaminhado, iria empenhar-me para que ela fosse chamada logo para iniciar o Processo psicoterápico de longa duração. Entretanto, se nesse intervalo houvesse alguma coisa que ela necessitasse, que meus horários de Plantão estvéssemos na escala à disposição e que ela poderia vir a qualquer hora. Perguntei se ela concordava em falar com a supervisora do Projeto e esta disse que sim. Depois de ter dissipado uma certa tensão, voltei ao assunto e optei por fazer-lhe apenas algumas orientações: incentivei-a a realizar atividades que a distraíssem neste período mais crítico. Utilizar-se das mesmas técnicas de relaxamento que já havia se submetido quando do “exercício da roseira”. Além da técnica de relaxamento, orientei-a **prestar atenção em sua respiração e a procurar respirar melhor quando estivesse angustiada e nervosa.** Fiz alguns exercícios de respiração com ela. *Principalmente salientei a importância dela ir, aos poucos, na medida do possível, mas sem fugir do problema, falando com a sua família, com seu marido, a posicionar-se diante da vida, a não se deixar levar pelo que os outros escolheram para ela. Frisei muito que isso seria um processo, que não ocorreria tudo de uma só vez, mas que eu entendia que por mais difícil que fosse, deveria ser iniciado. Que ela poderia contar com a sua futura psicoterapeuta, para a qual seria encaminhada, nessa empreitada.*

*Percebi que ela entendeu-me claramente, demonstrando uma certa confiança maior, e o mais importante, aparentemente tendo entendido que **precisa de uma ajuda nos moldes psicoterápicos de longa duração** para que pudesse assumir em suas mãos o seu Processo de Individuação.*

Entrevista de *follow-up*

Realizamos os procedimentos protocolares da pesquisa. Quisemos saber se o Plantão Psicológico havia ajudado a Paciente.

**Respondeu que sim, ajudou. “Já estou dormindo em casa”.**

**Ainda nas palavras da paciente: “Depois do plantão, consegui conversar com o meu marido e vou até passear com ele na casa da minha irmã”.** A paciente aponta um ganho terapêutico a partir das intervenções ocorridas nas sessões

do Plantão. Conseguiu realizar uma modificação de comportamento importante que nos permite inferir que de alguma forma conectou-se novamente com seu potencial de cura. Perguntei-lhe se ela saberia dizer-me de que maneira ela entendia ter sido ajudada pelo Plantão. Respondeu-me que “fazendo eu olhar de perto que tinha um problema e que precisava conversar sobre ele. Eu estava engolindo tudo. Não pode! O remédio não ia me ajudar em muita coisa. Sob a perspectiva da paciente, através da intervenção clínica recebida, a mesma encorajou-se a olhar de frente, enfrentar sua crise, resgatando assim algumas ferramentas pessoais com as quais lutar, tais como a habilidades de posicionar-se diante dos fatos, capacidade de diálogo que até então estavam adormecidas. Percebeu inclusive o quanto era nefasto para si manter-se calada e a poder de forte medicação. Fiz minha inscrição aqui, mas sei que talvez não seja chamada de imediato. Prefiro assim. Fui na médica e ela diminuiu bastante meus remédios, mas disse que eu ainda não posso ficar sem eles” A Paciente refere-se a já ter tomado providências e isto significa dizer que recuperou de alguma maneira a sua iniciativa, Apoiada pela família e pelo Plantão, sentiu-se forte para solicitar diminuição da medicação, o que melhorou bastante o seu quadro de engessamento psicomotor.

Agradei e despedimo-nos.

#### Síntese Específica da Entrevista de *Follow Up*

Ao garantir ter obtido ganhos a partir de seus atendimentos no PP, podemos entender que, de alguma forma houve uma reconexão de sua energia consciente ao seu potencial criativo. Sob a perspectiva da paciente, através da intervenção clínica recebida, encorajou-se a olhar de frente, enfrentar sua crise, resgatando assim algumas ferramentas pessoais com as quais lutar, tais como a habilidades de posicionar-se diante dos fatos, capacidade de diálogo que até então estavam adormecidas, vencendo a estagnação energética que a mantinha paralisada em um estágio psíquico aquém do que ela realmente poderia desempenhar. Ao perceber inclusive o quanto era nefasto para si manter-se calada e a poder de forte medicação, retoma para si a busca de seus significados pessoais para posteriormente atribuir-lhes os próprios sentidos, dentro daquilo que é a sua

individuação. Refere-se à já ter tomado providências e isto significa dizer que recuperou de alguma maneira a sua iniciativa, sua capacidade de ação, ou seja, atingindo um nível de desenvolvimento, denominado por Jung, como sendo terceira etapa de um processo psicoterápico a se atingir. Fala de “educação para o ser social”. O apoio e a atenção, além da inclusão da família no processo, sem contudo retirar dela a possibilidade de independência, foram sentidos como positivos.

Análise pelo plantonista

O plantão iniciou um trabalho que ajudou a paciente a sair de uma bolha de isolamento em que estava vivendo. O PP assume o caráter de deflagrar um processo de cura através da mobilização e da retomada das forças internas da própria paciente. Considero que estar alerta para a necessidade do diálogo na vida a dois, principalmente quando uma ilusão de relacionamento se desfaz diante da realidade de uma relação amorosa, foi um ganho a ser contabilizado para a paciente através da intervenção do Plantão. A Plantonista considera que de alguma forma houve um amadurecimento da paciente, uma vez que ela conseguiu entender a defasagem que existe entre as fantasias e a realidade concreta da vida a dois. Considero também, que a oportunidade de falar com a mãe, o que não ocorreria dessa forma em uma psicoterapia clássica analítica convencional, tenha sido revelador. Naquele momento a paciente não suportava ouvir sua verdade, mas ao vê-la vir à tona, ainda que por intermédio de sua mãe, aliviou-se e pode passar a pensar nela. As intervenções de Plantão, por se tratar de Atenção Psicológica, permitem uma maior flexibilidade de atuação clínica ao profissional, mais diretiva. Notou-se isso, pois no momento de intensa crise houve a necessidade de uma interlocução com alguém que falasse em nome da paciente. Embora correndo o risco dela acomodar-se ao fato de ter duas pessoas para “cuidar” dela, não foi isso o que ocorreu. Percebemos que a mãe funcionou como um ego auxiliar e que a paciente, ao reconectar-se com as forças da mãe e da terapeuta, constelou as próprias, nutrindo-se novamente de uma energia materna. Isso fez com que houvesse uma desobnubilação da consciência, melhorando-lhe a capacidade de insight. Esse retorno a uma nutrição da maternagem proporcionou a obtenção de um resultado favorável de uma maior movimentação de cognições e moções de fatores intrapsíquicos da

paciente, havendo então uma ampliação de sua consciência. **Achou necessário encaminhar para psicoterapia, pois o Plantão foi apenas uma alavanca para que a paciente conquiste tudo o que precisa para ter uma tranquilidade emocional.** O Encaminhamento se fez necessário, quando a Plantonista sentiu, que apesar de ter retornado a paciente a níveis suportáveis de angústia e debelado a crise momentaneamente, subjaziam muitos conteúdos a serem integrados à personalidade. **Acredito que outro grande feito dos atendimentos tenha sido um maior esclarecimento do papel do Psicólogo. Além dela e da família perceberem qual a nossa atuação, uma leitura psicológica mais aprofundada de sua situação foi recebida com bastante aceitação por parte da família e principalmente pela paciente, apesar de toda dificuldade da mesma.** A própria Psicologia, enquanto ciência e profissão ainda não se desincumbiram de uma tarefa preliminar, que é a de mostrar ao povo a que veio. Numa ciência nova tanto quanto a Psicologia, o Plantão participa também da divulgação e desmistificação do papel do psicólogo.

#### Síntese Específica da Análise do Plantonista

O Plantão Psicológico teria tido o caráter de deflagrar um processo de cura através da mobilização e da retomada das forças internas da própria paciente. De alguma forma, houve um amadurecimento, uma vez que esta conseguiu entender a defasagem que existia entre as fantasias amorosas em relação a *coniunctionis* de um casal e a realidade concreta da vida a dois. As intervenções realizadas no Plantão, por se tratarem de Atenção Psicológica e não de análise, permitem uma maior flexibilidade na intervenção clínica ao profissional, tornando-a mais diretiva e ativa. Notou-se isso, quando no momento de intensa crise, houve a necessidade de uma interlocução com alguém que falasse em nome da paciente. Embora correndo o risco de provocar-se uma acomodação pelo fato de ter aparentemente duas pessoas para “cuidar” dela, “decidir” por ela, não foi este o acontecido. Percebemos que a mãe funcionou como um ego auxiliar e que a paciente, ao reconectar-se com as forças da mãe e da terapeuta, constelou as próprias forças de autocura, ao nutrir-se novamente da energia materna, vivendo novamente a experiência infantil de ressonância. Esse retorno à nutrição da Grande Mãe proporcionou a obtenção de um resultado mobilizador de cognições e emoções de fatores intrapsíquicos da



paciente, podendo ocorrer então uma ampliação de sua consciência. Apesar de ter retornado a níveis suportáveis de angústia e vencido a crise momentaneamente, subjaziam muitos conteúdos a serem integrados à personalidade, daí a possibilidade de um encaminhamento consistente. Por outro lado, a própria Psicologia enquanto ciência e profissão, ainda não completou a tarefa de divulgar-se, de definir claramente sua identidade, mostrando a que veio dentro da Ciência. Numa ciência nova como a Psicologia, Plantão participa também da divulgação e desmistificação do papel do psicólogo.

Análise das sessões pela pesquisadora

Trata-se de um caso clássico, no qual o excesso de remédios ingeridos pela paciente, gerou a baixa capacidade momentânea de insight, a falta de possibilidade da manutenção de um foco, que não a recomendariam para um atendimento psicológico de bases analíticas. Contudo, no Plantão estamos vendo que, surpreendentemente, algumas pessoas com muitas dificuldades de estruturação egóica beneficiam-se dos atendimentos. Entendemos que isso se deva a possibilidade de retomada da ligação do consciente com o inconsciente e por ali transitarem fatores de criatividade que nutram a consciência e possibilitem-lhe o crescimento e a renovação.

O fato de poder romper com algumas convenções, como o fez a plantonista por exemplo ao chamar a mãe dentro da sessão da filha e depois prosseguir o atendimento com a filha, de imediato, no pulsar do problema, também tem se revelado bastante prático e auxiliador.

Considero que a função do Plantão, nesse caso, tenha sido abalar a concretude de certas atitudes mais práticas como a intensa ingestão de medicamentos, prática tão atual e largamente difundida em nossos dias; propor o novo e propiciar a reconexão do paciente com a sua possibilidade de lidar e resolver os seus próprios problemas de frente.

Pontuamos aqui também a necessidade da intensa participação do plantonista, sua capacidade de intervenção, sua coragem de tomar providências, sua disponibilidade interna, sua crença na capacidade do indivíduo. O conhecimento técnico torna-se imprescindível, pois vimos o plantonista aqui se utilizar desde técnicas de apoio até técnicas projetivas para que o paciente pudesse ser

ajudado. Também percebemos a crença na solidez de apenas três sessões quando o momento interno da pessoa clama por mudanças ou está apto a pelo menos iniciá-las e o investimento nesse tempo.

## 6 – CASO FREDERICO

Identificação do paciente

Masculino, 37 anos, casado, ensino fundamental completo, metalúrgico.

Datas de Atendimento

05.10.05

19.10.05

26.10.05

Data do follow up

29.11. 05

Plantonista B

Atendimento

O paciente procura o Serviço de Plantão Psicológico da CPAF, trazendo como queixa o fato de ter recebido um diagnóstico, através do médico de sua empresa, que o indicava como portador da Síndrome do Pânico. Relata sentir medo de morrer, porque sente dores no peito. Esse diagnóstico foi realizado há um ano e meio atrás e durante todo esse período fez uso de Frontal (0,5 mg) e Alprazolam (0,5 mg). Disse que havia sido medicado também para hipertensão.

*Solicitei que me fornecesse um pouco mais de dados sobre ele.*

Disse-me que seu irmão, de 32 anos, também havia sido consultado pelo mesmo médico, pois trabalha na mesma empresa e teve como diagnóstico também a Síndrome do Pânico.

Depois de expor o que sentia indagou da plantonista o que ela poderia fazer por ele, agora que ele já havia falado tudo o que tinha para falar. Perguntou-lhe o que deveria fazer para se curar.

*Esclareci a ele a diferença entre o trabalho do médico e o trabalho psicológico.*

*Disse-lhe que o trabalho do psicólogo clínico investe mais no autoconhecimento, na ajuda às pessoas a corrigirem aquilo que não lhes faz bem, buscando uma vida mais autêntica, natural e que não nos utilizamos exclusivamente de classificações nosológicas,*

*embora a consideremos na nossa prática. Nosso trabalho seria então o de buscar e construir junto com o cliente as respostas necessárias para a sua vida, quase que de forma artesanal. Posto isso, esclareci também a natureza do Serviço no qual estava sendo atendido, ou seja, as particularidades do Serviço de Plantão Psicológico. Informei-o do direito a mais dois retornos e que depois, se ele concordasse, passaria por uma entrevista de follow up com a supervisora do Projeto, dentro de um mês, após a realização do nosso último encontro, o terceiro.*

*Disse-lhe que continuava precisando saber mais da pessoa dele, que o fato dele ter me descrito sintomas não o particularizava, não me permitia conhecê-lo, pois sintomas são genéricos, iguais para todos e que eu estava interessada em ouvir particularidades suas.*

**O paciente continuava a se apresentar resistente em cooperar, aparentemente não aceitando o fato da necessidade de tantas perguntas “pessoais”, além da descrição dos seus sintomas.**

*Expliquei-lhe novamente que nem sempre o que se sente pode ser diagnosticado logo de imediato, que as pessoas são diferentes, e que nem tudo pode ser encaixado numa categoria diagnóstica fechada. É preciso compreender a situação de cada paciente, e isso envolve compreender sua vida, sua família, seus comportamentos, etc.*

**Depois dessa minha nova e reiterada explicação, o paciente concordou em cooperar, mas frisava, a todo o momento, que tinha Transtorno de Pânico, porque o médico disse que ele tinha.**

*Perguntei-lhe o que sentia e quando haviam começado os sintomas.*

**Respondeu que sentia dor no peito, sensação de morte e que quando isso acontecia não conseguia sair de casa. Os sintomas apareceram há aproximadamente dois anos.**

*Confirmei-lhe que os sintomas descritos correspondiam a alguns sintomas da Síndrome do Pânico.*

*Novamente pedi que falasse um pouco mais sobre ele como pessoa.*

**Relatou ter oito irmãos, sendo o 2º na ordem dos nascimentos e o mais velho dos homens. Quando estava na terceira série do Ensino Fundamental, teve que parar de estudar, pois o pai, que trabalhava em um sítio (onde morava com a família), foi despedido. Como a família era grande, teve que ajudar o pai a sustentar os irmãos e manter a família.**

**Relata que a mãe, a quem era muito apegado, morreu há 11 anos atrás de infarto fulminante, trazendo-lhe um grande sofrimento até os dias de hoje.**

*Observei, porém não dei nenhuma ênfase especial a uma possível correlação entre os seus sintomas e a doença e a morte súbita da mãe, temendo provocar nele uma resistência. Perguntei-lhe sobre algum acontecimento marcante na época do aparecimento dos sintomas ou um pouco anterior a eles.*

Respondeu que há cinco anos mora separado da família, mas sempre trabalhou e teve seu dinheiro para se manter. Casou-se há aproximadamente dois anos, porque a namorada engravidou. Hoje tem um filho de um ano e sete meses. Há cinco anos atrás também sofreu muito por causa de uma outra namorada, porque ela o traiu e ele ainda gostava dela. Parou de fumar há três anos. Relatou que no meio de 2004, um funcionário da empresa morreu de infarto, durante o trabalho.

*Apesar de todos esses acontecimentos, não percebe nenhuma relação entre os acontecimentos tanto do passado como do presente.*

**Definiu-se como uma pessoa ansiosa e magoada.**

*Perguntei se esses acontecimentos o assustaram, principalmente a morte do funcionário, seu colega de trabalho e ele disse que talvez, mas achava que não.*

Novamente tornou a dizer que já tinha falado tudo que precisava perguntando-me outra vez se o que ele tinha era pânico o que ele deveria fazer e se isso a mataria.

*Expliquei-lhe que o Transtorno de Pânico tem como sintoma a sensação de morte, mas que isso não ocorre de fato, ou seja, que a pessoa não vai a óbito realmente. Essa sensação ocorre por causa de uma hiperventilação (expliquei-lhe em linguagem acessível do que se tratava). Manteve-se na posição de pouco falar e só fazê-lo quando solicitado. Em nenhum momento falou de forma espontânea. Incentivei-o bastante a retornar, expliquei-lhe novamente sobre a parcialidade de um diagnóstico, a forma de lidar com os sintomas se eles aparecessem novamente e marcamos o retorno para a semana seguinte.*

Primeiro retorno – segundo atendimento

Para esta sessão, o paciente voltou um pouco mais comunicativo e menos resistente. Começou o atendimento falando que havia sentido as dores no peito novamente e medo de morrer. *Perguntei-lhe como eram essas dores. Respondeu-me que era uma espécie de dor muscular, no peito e ombros, uma dor forte que acontecia quando ficava nervoso. Depois de sentir essa dor, imaginava que ia morrer. Relatou que a dor era forte, o coração acelerava e então vinha o medo de morrer. Disse que não sentia falta de ar, nem tinha sensação de desmaio, descrição*

**esta que não é totalmente pertinente, ao meu entender, com o que ocorre com o transtorno de pânico.**

*Novamente perguntei-lhe se as duas mortes súbitas que presenciara, da mãe e do colega de trabalho, o impressionaram.*

**Dessa vez respondeu afirmativamente. Disse que a morte pega as pessoas desprevenidas, traiçoeiramente, pois acontece de repente, sem aviso, não lhes dando chance de defesa. Era como se fosse uma traição pelas costas.**

*Manifestei uma compreensão empática pelo fato, ficamos em silêncio por alguns minutos. Disse-lhe que somos humanos, frágeis mesmo nesse sentido e que, para controlarmos a nossa sensação de impotência diante de algumas coisas maiores do que nós negamos a sua importância, mas que isso não passa de ilusão de controle. Quando somos surpreendidos então tomamos consciência que nem tudo pode ser previsto. Por isso devemos, muitas vezes, curvarmo-nos diante da fatalidade e ao mesmo tempo desenvolvermos uma certa flexibilidade ao lidar com a vida. Lembrei que ele havia se definido como uma pessoa ansiosa. Acrescentei que muitas vezes, uma forma que aprendemos para lidar com nossa ansiedade é justamente tentando ter tudo absolutamente sob nosso controle. Quando esse mecanismo falha nos sentimos desprotegidos. Mostrei que também tendemos a viver muito imaginando o futuro e esquecendo-nos do presente.*

**O paciente concordou com minha reflexão, dizendo que se identificava com os meus argumentos. Falou que é uma pessoa muito fechada e por força das circunstâncias nunca pode e nem nunca quis demonstrar medo ou qualquer outro sentimento. Pensando melhor sobre seus sintomas, acha que chegou a ter uma crise de pânico há uns dois anos atrás. Nessa época não conseguiu sair de casa de medo, ficou imóvel, com medo de morrer. Hoje, as crises que têm já não são como aquela.**

*Percebi, através de sua postura corporal que estava tenso e emocionado. Parece que o fato de ter admitido que sentia medo e que havia se mobilizado muito diante das duas mortes súbitas que vivenciara, provocara uma emoção muito forte nele. Considerei que se ele realizasse alguma coisa que tornasse objetivo aqueles sentimentos, que os capturasse no aqui-agora, seria mais fácil retornar a eles posteriormente. Propus que desenhasse o que estava sentindo. Ofereci-lhe papel e lápis de cor. No início, disse que não sabia desenhar, mas que iria tentar.*

**Relembrou que não desenhava desde criança, mas que adorava desenhar, adorava lápis de cor e que isso o trazia de volta à sua infância.**

Desenhou com o lápis de cor verde, em linhas retas, algo que me pareceu um robô. Ao lado, desenhou uma casa, também em verde, embora tivesse todas as cores da caixa a seus dispor.

*Após ter feito o desenho, perguntei-lhe o que ele via, sentia e pensava ao olhar para seu desenho.*

Disse-me que era ele e a casa onde morava, quando criança, com a família. Tinha boas recordações da casa, mas tinha mágoa por não ter estudado, pois desde muito cedo teve que largar a escola para trabalhar com o pai. Seus irmãos todos, estudaram até o Ensino Médio, pois não tinham que trabalhar. Reafirmou-me, então, guardar muita mágoa, principalmente desse assunto.

*Perguntei se ele culpava o pai ou a família pelo acontecimento, mas ele disse que não, que foi um fato que aconteceu e não tinha alternativa, mas mesmo assim sentia. Indaguei-lhe porque ele não voltava a estudar agora, que ele não precisaria ficar se lamentando. Havia a possibilidade do supletivo.*

Ele sorriu e disse que isto vinha a calhar, pois na sua empresa estava abrindo turmas para quem quisesse voltar a estudar, de graça e que esta poderia ser uma chance. Disse que não voltou a estudar antes porque acabou deixando para trás os estudos, já que não os concluiu na época certa, mas que agora poderia voltar a pensar no assunto.

Aproveitei para perguntar-lhe sobre seu trabalho e ele informou-me que sempre gostou do emprego atual, apesar de ser um pouco cansativo e estressante às vezes.

*Perguntei-lhe sobre os momentos de lazer.*

Ele respondeu que só sai de final de semana para jogar futebol com os amigos, porém sente muitas dores musculares que o médico diz não ser nada. A esposa o recrimina em relação ao futebol, alegando que não sobra tempo para ela e para o bebê. Ele discorda da esposa, pois adora brincar com o bebê e diz que não gosta de sair com a esposa, já que estão sempre juntos em casa. Argumentei que também é importante ter momentos de lazer junto com a família e que sua esposa pode estar se ressentindo disso.

Pegou o desenho que estava sobre a mesa e perguntou-me o que eu achava.

*Esclareci que não fazia nenhuma interpretação cabal, uma vez que não era nenhuma crítica de arte, que esta não era a forma como nós utilizávamos terapeuticamente o desenho. Expliquei-lhe que para nós, as vivências expressas através da arte serviam como um auxiliar no cantato e posterior reintegração das emoções. Dentro desta concepção de*

*uso da arte como instrumento psicológico, disse-lhe que seu desenho me tocara e despertara em mim uma percepção pessoal. Que ele poderia discordar da minha percepção, já que o desenho era dele. Usando de minha contratransferência empática, disse-lhe que para mim o seu desenho parecia um robô, todo quadrado, todo duro, parecendo tenso, sendo que as partes do corpo mais destacadas eram o pescoço e os ombros, que estavam grandes em relação ao desenho.*

**Concordou dizendo que essas eram as partes do corpo em que ele REALMENTE (enfático) sentia mais dores (observei na expressão de espanto dele, alguma coisa como que olhasse para quem possuía uma bola de cristal!). Referiu-se a ter gostado da forma como eu vira o seu desenho e que era isso mesmo, que ele se sentia um robô, por dentro e por fora. Seus olhos brilharam e parece que ali ocorreu um insight, mostrando-se surpreso com os acontecimentos da sessão. Ficamos em silêncio por algum tempo.**

*Para descartar algum problema médico, perguntei se fazia exames médicos regularmente e a resposta foi que sim. Anualmente passava por um check up total na empresa em que trabalha.*

*Recomendei novamente que ele, ao sentir as dores, não tentasse fugir dela, ao contrário, para prestar atenção no seu corpo, tentando identificar de onde elas vinham, como eram, se anteriormente havia feito esforço muscular grande ou se havia passado por momentos de tensão. Interpretei-lhe que quando essas dores vinham, imediatamente constelavam-se as mortes súbitas e a fragilidade do ser humano e então ele vivenciava o medo de morrer também. Na realidade o que ele temia era a morte, ao confrontar-se com a sua finitude.*

*O paciente aceitou a idéia e disse que tentaria pensar sobre isso.*

**Mostrava-se contente com o andamento dos atendimentos, dizendo estar no caminho certo para se curar. Agradecia, a todo o momento, por eu estar contribuindo na compreensão da sua situação.**

**Foi marcado retorno para a semana seguinte.**

Segundo retorno – terceiro atendimento

Para este atendimento o paciente chegou diferente, aos meus olhos. Parecia decididamente menos tenso e falando um pouco mais, mais familiarizado, talvez.

Chegou dizendo que quando começava a se sentir mal já tinha a capacidade para controlar-se e que estava muito bem por entender o que estava se passando



com ele. Disse que concordava com tudo o que havia sido conversado. Chegou até a perguntar-me se ele deveria suspender os remédios que estava tomando. *Afirmei que isso não caberia a mim, não sou médica e isso ele deveria resolver com quem havia prescrito o remédio.* Disse que conversaria com o médico sobre seus progressos.

Confidenciou que havia feito mais desenhos em casa, pois havia gostado de desenhar no atendimento anterior. Disse que percebeu que seus “bonequinhos” desenhados pareciam menos quadrados e tensos.

Solicitei para que me esclarecesse melhor sobre as mudanças notadas no desenho (o formato das pessoas, os traços). Apontou que achava que estava existindo espontaneamente, sem que ele forçasse traços mais arredondados, como um corpo humano mesmo, não robô. Disse que está buscando igualmente ser mais parecido com o desenho, um pouco menos duro.

Nesse momento, pediu para desenhar *e eu lhe ofereci o material.* O traçado do corpo estava realmente mais arredondado, menos quadrado. Disse que percebeu a mudança interna, que se sente menos tenso e um pouco mais feliz.

Sobre as dores, respondeu que estas vêm diminuindo e o nervoso também.

*Lembrei-lhe que uma das funções do desenho era justamente a de ajudar a desgastar cargas emocionais, servindo de liberador de tensão.* Afirmei que desenhar poderia ser bastante útil, já que havia se beneficiado com a técnica. Sugeri que quando ele desenhasse, o fizesse espontaneamente, apenas seguindo aquilo que seus movimentos expressassem e posteriormente “conversasse” com o desenho, poderia até “batizar seus bonequinhos, dar-lhes personalidade”, estabelecendo com eles um “bate-papo” e ver o que estes lhe revelavam.

Confidenciou que a tensão atual estava diminuindo, mas que deveria ser sincero comigo e tinha que me dizer que alguns fatos do passado ainda o torturavam. Relatou que logo após a morte da mãe, há 11 anos, estava dirigindo e atropelou uma mulher, matando-a. O acidente não foi de propósito (sic). Ele sabia que era inocente, pois havia testemunhas que também viram e prestaram depoimentos de que a mulher se jogou sob o carro, inocentando-o. Mesmo assim, ainda hoje, há pessoas que o chamam de assassino devido ao fato. *Escutei empaticamente e acolhi a sua dor. Fiz uma confrontação dizendo que então esta era a terceira morte súbita com a qual se envolvia.* Ele disse que era isso mesmo, pois também a pessoa que atropelara não havia tido chance de se defender. Vivenciou ali, o fato de sentir-se um assassino (sic). Chorou muito, reafirmou a sua inocência, o fato de ser inocentado pela justiça, mas que isso iria acompanhá-lo pelo resto da vida. De fato tirara a vida de alguém.

*Encorajei-o, refletindo novamente sobre o fato de não termos controle sobre todos os fatos da nossa vida e que ele procurasse ver aquilo como uma fatalidade, que ele procurasse lidar com o fato de uma forma racional. Fora um acontecimento trágico, imprevisível. Dei-lhe o tempo necessário para que se sentisse bem e tivesse esgotado dessa vez este assunto.*

*Quando pude finalizar o atendimento, lembrei-o sobre os motivos que o trouxeram ao Plantão. Refiz didaticamente as correlações com fatos do passado e do presente, salientei a rotina ocupacional estressante (de casa para o trabalho), sendo necessário momentos de lazer, que incluam a família, jogar futebol (que ele gosta), etc. Isso tudo porque o trabalho é cansativo, repetitivo, sendo necessário um descanso para os músculos e para a cabeça. O paciente disse que tentaria ser mais flexível nesse aspecto. Falamos sobre o final das sessões de Plantão e ele falou que estas foram mais que suficientes. Lembrei-lhe do follow up com a supervisora e que depois da entrevista conversaríamos um pouco. Queria saber como ele estava. Percebi que ele sentiu-se prestigiado com a questão do retorno, em ser atendido pela supervisora e com minha presença acompanhando seu caso.*

**Despedimo-nos.**

Entrevista de *Follow-Up*

O paciente foi recebido de maneira protocolar criada para esta entrevista.

**Disse-me que os atendimentos no Plantão ajudaram-no muito no momento em que precisava.** Referiu-se à prontidão do atendimento, ao fato destes atendimentos terem ocorrido no exato momento de sua necessidade **Através do diálogo com a plantonista que o ouviu com muita atenção, pode esclarecer que o que tinha não era Transtorno de Pânico, mas sim uma tensão muito grande, uma rigidez muscular que o fazia sentir dores.**

Ênfase na questão da escuta empática, a escuta que promove empatia, provocando-lhe sentimentos de maior valia, de aceitação enquanto pessoa, enquanto indivíduo diferenciado de uma massa, a proposta da dialética. **Disse também que nunca pensara que iria, através de um simples desenho, lembrar de tanta coisa e falar de seu medo tão profundamente.** Eficácia de uma intervenção psicológica através de uma técnica certa, observando seu poder de constelação de sentimentos profundos e ao mesmo tempo reprimidos. **Sentiu-se à vontade, amparado e protegido para falar tudo aquilo, embora no começo, por não saber o que o psicólogo fazia e como era o seu trabalho, achou que o**

atendimento seria parecido com o do médico ou da assistente social. Possibilidade de vivenciar a real atuação de um psicólogo clínico, podendo constatar a diferença de atuação de um psicólogo clínico e de um médico, podendo funcionar assim como um agente multiplicador.

O paciente veio para o follow-up sem inibição, dizendo estar desenhando em casa e percebendo a mudança no traçado dos “bonequinhos” que desenha, com ombros e tronco menos quadrados. Disse que os desenhos estão ajudando muito. A olhos nus observa-se a mudança psicológica ocorrida consigo mesmo, uma vez que, ao retomar seu processo de individuação, ao desbloquear a libido contida em um complexo, pôde prosseguir em sua auto-descoberta, utilizando-se de referencial adquirido nas sessões de Plantão.

Relatou que, pela primeira vez, conseguiu controlar seu sentimento de morte iminente. Quando começou a sentir as dores no peito e pescoço, em vez de achar que tinha algo grave, lembrou que tinha feito muito esforço com os braços, carregado peso. Percebeu que o medo foi diminuindo, diminuindo e passou. Lembrou também que na cabeça dele às vezes as coisas se misturavam: a morte da mãe, do colega e a pessoa que atropelara e que “uma coisa era uma coisa e outra coisa era outra coisa” (sic). Obteve ganhos emocionais, ao fortalecer o ego que readquire suas funções pensantes, motivacionais e criativas.

Considerou que a ajuda recebida veio no momento que precisava. Ficou surpreendido como “curou-se” através do diálogo. Estava achando a coisa meio milagrosa. Mostras de ter entrado em contato com uma nova concepção de “cura” e de um novo instrumento que pode levar à transformação, ou seja, a palavra.

Disse que a esposa também estava contente, pois estava procurando incluí-la mais na sua vida, saindo mais vezes com ela. Possibilidade dos ganhos serem estendidos para o âmbito familiar

Que nós poderíamos contar com a ajuda dele, pois recomendaria o Serviço dos psicólogos de Plantão da USC para todos os seus colegas de trabalho. Engajamento, necessidade de compartilhar com os demais aquilo que lhe fizera bem. Sentimentos de solidariedade, possivelmente constelados por ter se sentido aceito e valioso.

## Síntese Específica da Entrevista de *Follow Up*

Grande valorização advinda da prontidão do atendimento, pelo fato destes terem ocorrido no exato momento de sua necessidade, sem necessidade de espera.

Refere-se à questão da escuta empática, aquela que promove empatia, provocando-lhe sentimentos de maior valia, de aceitação enquanto pessoa, enquanto indivíduo diferenciado de uma massa.

Reconhece a eficácia de uma intervenção através de uma técnica psicológica, observando seu poder de constelação de sentimentos profundos e ao mesmo tempo reprimidos. Pôde vivenciar a real atuação de um psicólogo clínico, constatando as diferenças na atuação de um psicólogo clínico e de um médico.

Acentua a sensível mudança psicológica ocorrida consigo, uma vez que, ao retomar seu processo de individuação, ao desbloquear a libido contida em um complexo, pode prosseguir seu caminho de forma mais natural possível, utilizando-se de referencial adquirido nas sessões de Plantão.

Reconhece ganho emocional, sente que seu ego readquire suas funções adaptativas e criativas.

Demonstra que assimilou uma nova concepção de “cura” ocorrida através de um novo instrumento que pode levar a transformação, ou seja, a palavra.

Aponta que os ganhos com sua transformação puderam ser estendidos para o âmbito familiar.

Mostrou-se solidário, engajado, querendo compartilhar com os demais aquilo que lhe fizera bem. Sentimentos de solidariedade, possivelmente constelados por ter se sentido aceito, valorizado e bem recebido.

## Análise pelo plantonista

A função do Plantão Psicológico foi a de rever um diagnóstico médico que, longe de ajudar, estava atrapalhando a vida do paciente. Envolvimento com um assunto bastante delicado que é a necessidade de não se aceitar todos os diagnósticos como definitivos e cabais, e mesmo, em se concordando com o diagnóstico, traduzi-lo de forma clara para o paciente, com a capacidade técnica e a ética da contestação e do não corporativismo. O aprofundamento

em uma questão existencial bastante complexa, profunda e ao mesmo tempo abandonada. Os atendimentos do Plantão revestem-se de uma função de análise, atingindo em profundidade conteúdos intrapsíquicos do usuário, passíveis de intervenção no aqui-agora. Ao confrontar-se com seus sentimentos, principalmente o medo e a culpa, ao sentir-se amparado e protegido durante as sessões, ficou demonstrado que estas as sessões garantem um espaço livre e protegido, além da aceitação empática para que o paciente possa desvestir-se das roupagens de sua persona e empreender um olhar para o seu olhar interior. O paciente em questão pôde, igualmente, começar a aceitar-se, a se sentir menos desprezível e doente como se sentia, principalmente em decorrência do acidente de carro, no qual ocorreu o atropelamento de uma pessoa atropelamento. Houve a possibilidade de uma relação transferencial de ressonância, de constelação do arquétipo da auto-estima, ao não se sentir julgado nem desvalorizado, contribuindo assim para a reestruturação parcial de sua auto-estima. Ultrapassar a resistência inicial, não contratransferir negativamente, acreditamos que tenham sido os maiores instrumentos da plantonista no confronto com a sombra do paciente. A Necessidade do bom preparo técnico clínico do plantonista, além do emocional estruturado diante da crise que retira parâmetros e referências, não se deixando levar pelas emoções pessoais ou necessidade de gratificação positiva por parte do paciente, parecem ter sido a chave para que a aceitação positiva incondicional se estabelecesse entre a dupla terapêutica.

O recurso técnico utilizado na hora certa pode acelerar muito o processo também. Alusão à necessidade da pertinência da intervenção técnica através de instrumentos psicológicos que puderem facilitar o acesso do paciente ao seu emocional, rompendo com a crença tradicional que os conteúdos emocionais constelados pelas técnicas, levariam muito tempo para serem assimiladas pelo paciente, impossibilitando assim, pelo tempo cronológico a existência de uma modalidade de Plantão Psicológico interventivo.

## Síntese Específica da Análise do Plantonista

Envolvimento do PP com um assunto bastante delicado e controverso que é a necessidade de não se aceitar cega e passivamente todos os diagnósticos como definitivos e cabais, e mesmo, em se concordando com ele, traduzi-lo de forma clara para o paciente, além da exigida capacidade técnica e ética da contestação, do não corporativismo e do envolvimento com a profissão.

Verificamos também a possibilidade de ocorrerem intervenções analíticas, sendo que estas podem atingir e intervir em conteúdos intrapsíquicos, os mais profundos.

Constata-se que as sessões garantem um espaço livre e protegido, além da aceitação empática para que o paciente possa desvestir-se das roupagens de sua persona e empreender-se a olhar interiormente, mesmo diante do imediatismo do contato com o plantonista. Como parte do encontro possibilitou-se a ocorrência de uma relação transferencial de ressonância, na qual o paciente não se sentiu julgado e nem desvalorizado, contribuindo assim para reestruturação parcial de sua autoestima. Estar bem preparado emocionalmente, não se deixar levar pelas emoções pessoais ou necessidade de gratificação positiva por parte do paciente, gozar de um bom equilíbrio emocional, parecem ter sido a chave para que a aceitação positiva incondicional se estabelecesse entre a dupla terapêutica e a ajuda nascesse da crença absoluta do plantonista no potencial curativo de seu paciente. Alusão feita aos ganhos promovidos pela intervenção clínica através do instrumento psicológico que puder facilitar o acesso do paciente ao seu aspecto emocional, rompimento com a crença tradicional que os conteúdos emocionais constelados pelas técnicas levam muito tempo para serem assimiladas pelo paciente inviabilizando o PP.

## Análise da supervisora-pesquisadora

Retomada do Processo de individuação do paciente através do desbloqueio de sua energia psíquica, fixada em acontecimentos do passado e projetadas em acontecimentos atuais. Início da etapa de transformação, ou seja, o paciente saiu do Plantão com os próximos passos de seu processo sabido e com força interior para recomeçar.

Note-se a habilidade clínica com a qual a plantonista conduziu o processo, utilizando-se de técnicas verbais e projetivas de maneira focal e precisa.

Ao vencer uma resistência inicial à ajuda terapêutica nos moldes em que esta é oferecida, o paciente pode beneficiar-se muito dessa “rematernagem”, sentindo-se livre para realizar novos empreendimentos pelo seu Ser.

A primeira fase do processo terapêutico correspondente à confissão aconteceu, elaboração como segunda fase e reeducação também presente, seguindo as fases previstas pelo Processo Analítico. Outro fato muito relevante ocorrido foi a divulgação do Papel do Psicólogo Clínico em sua essência.

## 7 – CASO OLGA

### Identificação

Paciente do sexo feminino, 21 anos, solteira, cursando ensino superior.

### Datas dos Atendimentos

08.08.05

15.08.05

22.08.05.

### *Follow up*

19.09.05

### Plantonista E

### Atendimento

Paciente comparece à secretaria da Clínica e solicita por ajuda psicológica. É oferecido o Serviço de Plantão Psicológico. Aceita. Sou, então, convocada, apresento-me e vamos para a sala de atendimento.

Disse estar ali em busca de ajuda, pois sofre antecipadamente pelas coisas que têm que realizar. Não está conseguindo lidar com isso. Seu sofrimento, segundo ela, está pior este ano, devido à sua formatura, pois não sabe o que irá fazer quando se formar. Esse sofrimento é acentuado pela exigência acadêmica de realizar seu trabalho de conclusão de curso, mas que ela ainda não escolheu o tema e não sabe por onde começar. Deveria ter começado isso no semestre passado. Mostra-se desinteressada pelo Curso que está concluindo.

*Para situar-me melhor no caso, solicitei que esta me contasse um pouco sobre sua família e a escolha da carreira profissional.*

Relatou que o pai queria muito que ela fizesse Direito, fazia e faz muitas cobranças frente aos resultados do curso que escolheu, porque para ele é um “sacrifício” mantê-la em outra cidade e também porque ela só estuda, não trabalha. Pensa que poderia ter sido melhor se tivesse escolhido Direito mesmo, talvez viesse a gostar do curso e assim teria evitado trazer problemas para a família.



*Perguntei-lhe sobre ela. Qual curso, sinceramente, sentia que fazia parte dela, por qual teria mais vocação, e por qual ela realmente se interessava.*

Respondeu-me que não gosta de Direito e que se interessa muito por Relações Públicas, dizendo ter características pessoais que condizem com o curso escolhido.

Apontei que a escolha já estava feita e que esta deveria ser assumida por ela que era quem realmente exerceria. *Indaguei-a por que estaria precisando do aval dos pais para que pudesse se sentir feliz? Disse-lhe que já era adulta e, portanto, totalmente capaz de fazer suas escolhas.*

Respondeu-me que sabia disso, mas que se sentia ainda muito e cada vez mais dependente dos pais. Verbalizou que acha que “quer provar para o pai que é a melhor no que faz”. Fiz uma pequena interpretação: “quer provar para o seu pai que você é capaz de escolher sozinha e ser bem sucedida?”. Submeti a ela o meu pensamento. Ela concordou.

*Perguntei o porquê dessa necessidade de “provar de uma só vez”, sendo que as pessoas percebem a nossa competência ao longo da vida, naturalmente etc.*

Explicou que seus pais vivem numa cidadezinha de Minas Gerais. Sua mãe é dona de casa e seu pai trabalha numa financeira. Tem mais dois irmãos: um de 16 anos e uma irmã de 20 anos que também faz faculdade (Serviço Social), porém, como ela, não está contente com o curso que escolheu. Essa irmã queria Terapia Ocupacional, mas não passou, ficando com a segunda opção, Serviço Social.

Voltando a falar sobre si mesma, relatou que mora em uma república em Bauru com mais cinco meninas, sendo que uma delas está com depressão. Disse que faz estágio remunerado de meio-período diário para ajudar a família nas despesas com o aluguel, pois as condições financeiras não são muitas boas. Seu pai perdeu o emprego de gerente de banco e teve que começar a trabalhar nessa financeira, diminuindo, assim, em muito, seu salário.

“Sinto sempre muita vontade de chorar”, confessa ela.

Diz que se sente culpada quando sai à noite com os amigos o que classifica como “depressão pós-balada” (sic), pois está sempre pensando que está em Bauru apenas para estudar, e não para sair.

Disse que sabe que só reclama, mas que não faz nada para resolver seu cotidiano e os problemas que surgem, principalmente em relação aos pais. Considera-se muito passiva.

Relatou que nunca consegue terminar nada. Foi assim com o curso de piano, aula de inglês etc. Quando percebe que tem mais facilidade em planejar do que pôr

em prática, frustra-se com seu desempenho. Também não tem namorado. Trata-se de outra coisa que não consegue levar em frente. Afirma também que come muito, até passar mal, quando se sente angustiada. Depois de comer, vê que a angústia não passa e, então, sente-se pior ainda. Lava muito as mãos, sente-se suja.

*Portei-me bem diretamente, explicando-lhe que no meu entendimento ela estava vivendo momentos de muita ansiedade, demonstrada através da compulsão em comer e do comportamento de lavar as mãos. A ansiedade também é comum nos momentos de escolha, mas que para essa ansiedade diminuir, é necessário agir, escolher e procurar não fantasiar tanto as situações, o que acaba causando mais ansiedade ainda.*

*Observei que a paciente tem estrutura egóica, raciocínio coerente, porém parece ser retraída, principalmente pela observação de sua expressão corporal. Sentou encolhida na cadeira com a bolsa sobre o colo, segurando-a firmemente durante todo o atendimento.*

*Esclareci com ela os procedimentos do Plantão Psicológico (um atendimento e até dois retornos) e depois o follow up. Disse que estava disposta a ajudá-la nessa empreitada, mas que ela teria que se esforçar junto comigo. Enfatizei novamente minha compreensão do caso, procurei demonstrar empatia, disse que seu caso, se ela investisse bastante agora, o prognóstico seria totalmente favorável. Pedi-lhe para que voltasse na próxima semana em um dos meus horários.*

**Agradeceu-me pela ajuda pronta e pela escuta. Disse que voltaria.**

Primeiro retorno – segundo atendimento

**Iniciou a sessão falando sobre a semana anterior e que não conseguira ainda decidir-se sobre o tema do TCC (Trabalho de Conclusão de Curso).**

*Perguntei se ela não teria algo em mente de que ela gostasse ou tivesse facilidade para escrever.*

**Inicialmente respondeu que não, mas depois disse que já tinha sim, algo em mente, mas que seria difícil pôr em prática devido à escassez de material científico. Observei novamente aqui a dificuldade de agir, de colocar-se em prática. Respondi-lhe que talvez por isso mesmo fosse mais complicado realizar o trabalho, mas seria, para ela, ao mesmo tempo, uma chance de pesquisar algo novo, ter chance de publicação de seu trabalho etc.**

*Porque não abraçar um desafio e colocá-lo em prática? Conclui, sabendo que talvez estivesse atingindo um complexo.*

**Novamente ela me afirma que “não era por aí o caminho, que suas amigas já haviam escolhido seus temas e que só ela estava parada, indecisa”. No fundo, ela sabia que não tinha capacidade para tal. Além disso, sabia que o tema era muito amplo e que não conseguiria achar uma delimitação para pesquisa.**

*Optei por adotar com ela uma postura não interpretativa e ficar com observações bastante concretas. Perguntei-lhe por que ela não buscava ajuda com seus professores?*

*Observei em sua fala e postura corporais, mas muito me veio via intuição, um certo “ar” de competição com suas amigas e com os outros alunos da Universidade. Fiquei com a sensação que ela tinha sempre que fazer algo grandioso e não conseguindo, ficava paralisada.*

*Expus-lhe minhas impressões e ela as confirmou. Você acha que tem que ser sempre a melhor, provar para o pai que pode ser bem sucedida em suas escolhas (na realidade não sei até que ponto é para seu pai, para você ou ambos) e por isso está sempre em busca do inusitado. Procurei ampliar um pouco a percepção dela sobre este comportamento, dizendo que entendia que ela, com essa atitude estava se sabotando. Não escolher o tema do TCC poderia comprometer sua formatura e confirmar as supostas expectativas de seu pai sobre seu fracasso nessa carreira. Desta forma, estaria ela se obrigando realmente ser a criança de casa, aquela que não consegue crescer, tornando-se realmente cada vez mais dependente.*

*Resolvi novamente permanecer explorando suas questões no aqui-agora, com a intenção de não afastá-la muito das suas experiências, se por acaso passasse a fazer muitas intervenções de cunho interpretativo e sugeri que talvez conversando com algum professor, as coisas fossem se esclarecendo, pois escrever um TCC não é tarefa fácil, mas que essa tarefa é realizada por etapas que vão se cumprindo e resultam num trabalho final. Talvez sua maior ansiedade estivesse vindo do fato de olhar para o Todo da obra e não estar conseguindo dividi-la em etapas. Primeiro ela procederia à escolha do tema, escolha do problema, justificativa etc. Às vezes, as fantasias que criamos a respeito do trabalho são maiores do que realmente ele é. Quando se vão cumprindo as etapas, a ansiedade também vai diminuindo, porque as coisas estão sendo feitas.*

*Novamente perguntei se ela não gostava do curso que realizava. Ela respondeu que sim, mas continuou demonstrando-se insegura em suas colocações.*

**Retomou a fala, refletindo que se sente muito competitiva, inclusive em relação às amigas, querendo ser sempre a melhor. Disse que tem dois grupos de amigas, as que moram com ela e as da faculdade. Agora esses dois grupos se conheceram e fizeram amizade entre si. Sente que perdeu algo, apesar de todas continuarem a ser suas amigas. Gostaria de ter atenção exclusiva. Anteriormente as amigas contavam-lhe mais segredos, e agora compartilhavam-nos também com as outras do grupo. Interpretei-lhe que isso talvez tivesse raízes em sua dinâmica familiar.**

*Compreendia que esses sentimentos de exclusão eram os mesmos que sentira quando seu irmão caçula nascera e os pais deram-lhe atenção e ela “perdera o trono”.(sic)*

*Perguntei-lhe se era assim que se sentia e ela confirmou veemente, dizendo “**É isso mesmo!**”. Continuei dizendo que ter relacionamentos adultos envolve compartilhar, que é saudável ter um bom círculo de amizades, já que ter mais amigas não significa ter que deixar de gostar de algumas. Concluí, dizendo que em algum momento ela iria precisar sair da infância, da adolescência, que entendia que esse seu súbito desgostar do curso que estava por concluir, não saber o que escrever no trabalho final, poderia ser uma forma de retardar seu crescimento e assumir uma vida adulta. Afirmei que ela estava com medo dela mesma decepcionar-se, dela não ser quem pensava ser. Por isso tanta necessidade de provar “para o pai”, mas que na realidade, era a ela mesma que tentava convencer da sua competência.*

**Respondeu-me que sim e que talvez isso fosse verdade também em relação a sua vida afetiva, pois não conseguia manter um relacionamento por mais de quatro meses. Disse que desejava sempre que desse certo, porém, sempre perdia o interesse e terminava o namoro.**

*Sorri para ela e perguntei-lhe “você estava esperando o príncipe encantado vindo ao seu encontro montado num cavalo branco”? Ela riu bastante e respondeu que sim, dizendo que também sentia vergonha de apresentar os namorados que arrumava para os pais.*

*Expliquei-lhe a teoria dos “Parceiros Invisíveis”, a projeção dos nossos ideais masculinos sobre a figura de um homem real. Muitas vezes cria-se expectativa inalcançável para o parceiro, que estas não são reais, trazendo **frustrações** posteriores. Um relacionamento adulto envolve saber lidar com tais “defeitos”, inclusive com os nossos defeitos.*

*Interpretei que também na escolha do namorado ela precisava de algo grandioso, maior que o comum, pois do contrário, sentir-se-ia envergonhada em ser apenas o que ela é. Hipotetizei novamente que talvez ela tivesse necessidade de realizar ideais tão grandiosos por uma espécie de carência emocional: se pessoas importantes a escolhessem, como seria o caso de um namorado príncipe-encantado, talvez ele fosse mais notada, merecedora e reconhecida por todos, no geral. Inclusive ela mesma passaria a ter mais auto-estima se alguém a destacasse. Observei que ela ficou longamente pensando no que eu lhe falara.*

*Ficamos em silêncio por algum tempo.*

Ela indagou-me como eu via o fato dela “lavar as mãos compulsivamente”, o fato de sentir-se suja.

*Respondi-lhe que poderia ser “n” coisas, mas que para mim fazia sentido pensar que esse comportamento poderia ser em decorrência de sua ansiedade por não realizar as coisas, por não escolher. Estaria, numa atitude simbólica, “simplesmente lavando as mãos” em relação à sua vida.*

Sua expressão facial mudou e ela acenou afirmativamente com a cabeça várias vezes.

Disse querer muito mudar essas coisas em sua vida, que tem consciência de que a mudança não virá de um dia para outro, que é um processo.

*Concordei e propus que, como seria mesmo um processo, que ela desse início a ele por aquilo que era mais urgente.*

Ficou como “tarefa” para a próxima semana conversar sobre o tema do TCC com algum professor que pudesse orientá-la com urgência e tentar pensar nesse trabalho em etapas, primeiro tentando delimitar o problema a ser pesquisado.

Segundo retorno – terceiro atendimento

*Encontrei a paciente na sala de espera, lendo textos.*

Ao entrar na sala de atendimento, disse que aqueles textos eram para usar em seu TCC, que já havia definido o tema, conversado com o professor e estava tentando escrever. Disse que a ansiedade havia diminuído um pouco.

*Estava menos angustiada em relação a isso.*

*Procurei ter uma atitude de acolhimento, respondendo que era assim mesmo. As coisas, ao serem feitas na realidade nos parecem menos assustadoras do que na nossa fantasia.*

*Como seria nossa última sessão, senti necessidade de ajudá-la a sintetizar algumas vivências ocorridas no Plantão. Considerei que apenas falar sobre isso não seria tão eficaz. Levei papel sulfite, lápis de cor, giz de cera e canetinhas. Propus para a paciente fazer desenhos. Concordou. Não quis usar lápis de cor, giz de cera, nem canetinhas, usando apenas a caneta azul que também estava sobre a mesa.*

*Pedi-lhe que primeiramente ela se desenhasse, como se via. Passou a desenhar então uma mulher. Durante todo o processo, verbalizou que não sabia desenhar, que era péssima nisso. Reafirmei várias vezes que não avaliaria o desenho como feio ou bonito, dizendo que nem todo mundo tem habilidades artísticas, e que não seria*

*julgada pelo desenho. Referi-me à sua auto-exigência, um certo perfeccionismo visível aqui também, uma vez que não podendo ser uma “desenhista”, envergonhava-se também de sua pequena produção.*

**Olhando para o seu desenho disse ver uma pessoa com um sorriso no rosto, mas com rugas de nervoso e preocupação na testa.**

*Perguntei se isso lhe sugeria algo.*

**Ela respondeu: “esta sou eu, querendo agradar a todos com sorriso, mas tendo minha agressividade reprimida, tensa pela minha indecisão e insatisfação pela minha dependência dos meus pais”.**

*Para contrabalançar pedi que descrevesse algumas qualidades e/ou habilidades suas. Descreveu que é amiga, simpática, generosa, responsável, carinhosa e atenciosa. Disse que as amigas também a percebem assim.*

*Voltei à necessidade sentida por ela em querer ser sempre o centro das atenções e na impossibilidade disso ser dessa maneira sempre e que na vida adulta a palavra-chave seria dividir. Por fim, pedi que fizesse um desenho no qual representasse o seu futuro, como ela o imaginava.*

**Desenhou um enorme ponto de interrogação, dizendo nada saber sobre e, isso sim, a incomodava e muito.** *Interpretei-lhe que, teoricamente todos nós temos um ponto de interrogação em relação ao nosso futuro, que na realidade, de fato, ninguém sabe ao certo como será ou se haverá futuro. Aproveitei a oportunidade para novamente chamar-lhe a atenção sobre uma tendência natural sua em fantasiar o pior das coisas, de catastrofizar, e sobre a ansiedade que isso gerava. Considerei que esta sua característica piorava ainda mais, à medida que se impunha sempre ser mais que o comum, mais que “uma simples mortal”. Pedi que ela me desse crédito nisso e que refletisse sempre sobre o fato. Que escolher envolvia assumir responsabilidade, e isso é difícil, mas precisa ser feito para que pudéssemos nos tornar independentes. Dependere dos pais é gostoso, é fácil, mas pode atrapalhar também. Concordou e disse ter conhecimento de tudo isso e que colocar isso em prática é que eram elas, mas que estava disposta a continuar.*

**Lembrou-se nesse momento que teve um sonho do qual se lembrava. Havia sonhado há dois dias. “Meu pai me ligava desesperado e dizia que minha mãe estava doente. Fui para minha casa e vi minha mãe na cama à beira da morte”. Disse não ter entendido nada do sonho. Não tinha a mínima idéia do que esse sonho significava, mas que ficara preocupada com sua mãe.**

*Expliquei-lhe que o sonho era algo muito pessoal, contextual, deveria ser analisado em série e não isoladamente, mas que eu arriscaria uma suposição, baseada naquilo que*

*eu aprendera sobre ela nesses encontros. Perguntei-lhe se fazia sentido para ela eu considerar que poderia estar representando que seu complexo materno (composto por tudo aquilo que ela havia apreendido, aprendido com a mãe, consciente ou inconscientemente, inclusive a dependência emocional) estar doente, em vias de morrer. O morrer como uma transformação, ou seja, a passagem de um referencial de vida materno para o seu próprio referencial feminino.*

**Concordou com a associação.**

Finalizando, recapitulei os três atendimentos, falando sobre o TCC, a necessidade de ser mais independente e de escolher por si própria, pois isso interfere inclusive nos seus relacionamentos com as amigas, namorados, como estudante e na futura vida profissional.

Frisei muita a questão de querer sempre ser mais e superior, a fixação que isso representava para o seu psiquismo e todo quadro de ansiedade que isso vinha despertando nela.

Marquei o follow-up para quatro semanas após este atendimento.

*Lembrei que também a supervisora do Projeto falaria com ela, em primeiro lugar.*

Entrevista de *Follow-Up*

**Procedimentos protocolares de recepção ao paciente, criados para a pesquisa. A paciente respondeu-me que o Plantão a havia ajudado a entender o momento pelo qual estava passando através de uma escuta neutra, sem tendência de opinião, e que isso a fez olhar para si mesma sob outro ângulo, adotando com ela mesma também uma postura de maior escuta e flexibilidade.** Refletiu para a paciente como uma postura de escuta, de não julgamento, de pacto com a superação dos problemas e não com a catarse infértil, com lamentações e justificativas inúteis. Dessa maneira, provoca uma transferência de ressonância, ou seja, a mesma passa a adotar consigo a mesma postura de escuta empática do Plantonista, aproximando-se de si mesma. **Afirmou que a Plantonista pareceu-lhe muito segura nas intervenções que fizera, mas que havia se sentido livre para pensar sobre elas, porque esta não impunha sua opinião, perguntando sempre se ela concordava com sua percepção.** Referência à postura dialética, de encontro, de uma postura profissional que incentiva e encoraja o paciente a posicionar-se, a enfrentar seu mundo intrapsíquico, experiência de encontro.

A paciente disse que apesar do Plantão ter ajudado, entendeu que tem uma parte que depende só dela e isso era o mais difícil. Sabia também que toda a terapia não faz tudo pelas pessoas, não só o Plantão. A atenção psicológica tem que ser realizada em parceria; necessidade de estabelecer-se uma aliança que salvasse simbolicamente aquilo que foi entendido nas sessões de Plantão. Disse-me que não poderia dizer: “Oh, o Plantão foi à experiência da minha vida”, mas que foi uma das coisas bastante significativas... Posicionamento realista diante das conquistas, observação clara de que um processo de transformação requer muito empenho, das limitações de tempo e objetivos do Serviço.

Observei que a paciente estava tranqüila, não demonstrando tanta ansiedade como a plantonista relatara no início. Achei que ela sorria espontaneamente. Percebi que ela estava à vontade. Alguns ganhos já se fizeram notar no comportamento manifesto da paciente, como a diminuição da tão inquietante e desafiadora ansiedade.

Disse-me que ontem havia tido uma grande conquista: saíra com as amigas e havia escolhido a própria roupa que usara. As amigas disseram que aquela roupa “não estava com nada”, mas mesmo assim a usou, porque estava se sentindo bem com ela. Novamente o apontamento de um ganho terapêutico.

Disse-lhe que me alegrava com suas conquistas e a encaminhei de volta para a Plantonista.

#### Síntese Específica da Entrevista de *Follow Up*

Reflete para a paciente uma postura de escuta, de não julgamento, de pacto com a superação dos problemas e não com a catarse infértil, com lamentações e justificativas inúteis. Dessa maneira, provoca uma transferência de ressonância, ou seja, a mesma passa a adotar consigo a mesma postura de escuta empática do Plantonista, aproximando-se de si mesma. Referência à postura dialética, de encontro, de uma postura profissional que incentiva e encoraja o paciente a posicionar-se, a enfrentar seu mundo intrapsíquico, experiência de encontro.

A atenção psicológica tem que ser realizada em parceria; necessidade de estabelecer-se uma aliança que salvasse simbolicamente aquilo que foi entendido nas sessões de Plantão.



Posicionamento realista diante das conquistas, observação clara de que um processo de transformação requer muito empenho, das limitações de tempo e objetivos do Serviço.

Alguns ganhos terapêuticos já se fizeram notar no comportamento manifesto da paciente, como a diminuição da tão inquietante e desafiadora ansiedade.

Análise pelo plantonista

**Este atendimento teve como finalidade permitir que a paciente vivenciasse ser tratada como adulta e solicitada igualmente como adulta, incentivando-a e encorajando-a a assumir a sua vida, ajudando-a a entender que tem potencialidade para se autoconduzir.** As intervenções do Plantão foram e buscaram na paciente uma coerência de atitudes, um respeito à sua real etapa de desenvolvimento. **Ao meu ver, chegou ao Plantão quase que buscando “uma cúmplice” para seu modo de ser, uma justificativa qua a eximisse de responsabilidade. Muitas vezes senti que ela gostaria que eu me comovesse com a sua dificuldade.** Existe no atendimento do Plantão, mesmo no momento da crise e talvez precisamente por se estar diante dela, a possibilidade de uma leitura intrapsíquica pontual das motivações inconscientes da paciente ao buscar ajuda, porém a possibilidade também de manutenção de uma postura analítica que enseje possibilidades de recolocação do foco terapêutico em seu devido lugar.

**Senti muita empatia pela paciente, porém em momento nenhum perdi o foco das sessões: despertar nela a capacidade pessoal que eu acreditava piamente que ela tivesse.** Possibilidade de atuação no Plantão com apoio técnico, auxiliando o paciente a realmente buscar dentro de si as forças de enfrentamento de suas dificuldades.

**Considero que o Plantão teve por finalidade, neste caso, aprofundar e ampliar a visão sobre seu *modus vivendi*.** Através de uma leitura psicológica construída entre a dupla, paciente terapeuta, de um processo dialético, a possibilidade de ampliação da consciência do paciente e de retomada das instâncias criativas de seu psiquismo. **Haveria inúmeras possibilidades de atuação: encaminhá-la a um médico para que fosse medicada pelas compulsões, encaminhá-la rapidamente para um processo de orientação vocacional, já que ela colocava em dúvidas a sua vocação e assim por diante.** O compromisso do Serviço de Plantão em

comprometer-se com o paciente, em servir o usuário, em não “livrar-se rapidamente do problema” acreditando em seu potencial interventivo.

**Ao optar por uma intervenção intrapsíquica interpretativa, tomando uma diretividade maior apenas em relação ao TCC, percebo que o Plantão aprofundou-se no entendimento dos motivos inconscientes que determinam comportamentos atuais repetitivos e estereotipados, constelados por um complexo de submissão.** Nesse momento, novamente a atuação nas Sessões de Plantão quebra com um antigo paradigma psicoterápico sobre a necessidade de um longo tempo cronológico para que as mudanças se processem. Na realidade, o recomeço de um encontro com as forças férteis do seu ser. Todo paciente pode ter no Serviço, pois aqui se trata de um tempo interno que estava predisposto à mudança.

**Considero que ela tenha, agora, instrumentos à mão para retomar seu Processo de Individuação.** Trata-se de um modelo interventivo de tempo e objetivos limitados. Se o Plantonista souber manter-se dentro desse pressuposto, lidando com sua possível prepotência e onipotência, verá que cumpre o grande papel de ajudar na recuperação das ferramentas psicológicas do paciente que darão condições para que este, se quiser, prossiga em sua jornada.

#### Síntese Específica da Análise do Plantonista

As intervenções do Plantão foram e buscaram na paciente uma coerência de atitudes, um respeito por sua real etapa de desenvolvimento, etapa mais amadurecidas. Existe no atendimento do Plantão, mesmo no momento da crise e talvez precisamente por se estar diante dela, a possibilidade de uma leitura intrapsíquica pontual das motivações inconscientes da paciente ao buscar ajuda, porém a possibilidade também de manutenção de uma postura analítica que enseje possibilidades de re colocação do foco terapêutico em seu devido lugar.

Possibilidade de atuação no Plantão com apoio técnico, auxiliando o paciente a realmente buscar dentro de si as forças de enfrentamento de suas dificuldades.

Através de uma leitura psicológica construída entre a dupla paciente terapeuta, de um processo dialético, a possibilidade de ampliação da consciência do paciente e de retomada das instâncias criativas de seu psiquismo. A natureza do

Serviço de Plantão em comprometer-se com o paciente, em servir ao usuário, em não “se livrar rapidamente do problema” acreditando no potencial interventivo do modelo clínico de Atenção Psicológica, foi decisiva para tanto.

Novamente, percebe-se através do atendimento de mais este caso que a intervenção clínica ocorridas nas Sessões de Plantão quebra com um antigo paradigma psicoterápico sobre a necessidade de um longo tempo cronológico para que as mudanças se processem. Na realidade, o recomeço de um encontro com as forças férteis do seu ser são possíveis em curto prazo, pois o modelo defende um “tempo interno, um tempo de ruptura”, grande agilizador e facilitador da mudança.

Trata-se de um modelo interventivo de tempo e objetivos limitados. Desde que o Plantonista saiba manter-se dentro desse pressuposto, lidando com sua possível prepotência e onipotência, verá que cumpre o grande papel de ajudar na recuperação das ferramentas psicológicas do paciente, que darão condições para que este se quiser, prossiga em sua jornada.

Análise da supervisora-pesquisadora

No meu entender, o Plantão Psicológico, ao atuar de forma interventiva buscando ampliar o significado de inúmeras vivências da paciente e ao buscar uma compreensão mais profunda daquilo que era objeto terapêutico contribuiu para a ampliação de sua consciência.

Verifica-se aqui mais uma vez a necessidade de intervenção, de crença no Serviço, na crença que tempo disponível seja suficiente, na crença na capacidade do indivíduo e na habilidade clínica do plantonista. Olhando para o caso, percebe-se que ele poderia ter sido conduzido de diversas maneiras, inclusive como apoio. Ao investir-se mais crença e energia na condução do caso, percebe-se uma função bastante ampla de ajuda psicológica de qualidade, a se desenvolver longe do temenos analítico.

## 8 – CASO MARIA LUIZA

Identificação do Paciente

Feminino, 53 anos, casada, ensino fundamental incompleto, religião Testemunha de Jeová.

Datas dos atendimentos

09/08/05

16/08/05

30/08/05

*Follow up*

28.09.05

Plantonista F

Atendimento

A paciente iniciou a sessão apresentando-se como membro da Congregação Testemunha de Jeová, que tinha uma família perfeita, uma casa perfeita, seus filhos perfeitos e um relacionamento perfeito. Com o passar dos anos, ela e o marido ainda namoravam como se estivessem na adolescência.

Há dois anos, porém, está se sentindo incomodada pela presença de uma “irmã”, pois nota que ela está se insinuando para o seu marido. Essa situação a deixa sufocada, não consegue dormir à noite, chora, sente-se muito mal. Seu marido não toma nenhuma atitude. Considera que ele deveria expulsá-la da Congregação, pois se trata de uma maçã estragada que pode colocar em risco as outras maçãs da caixa.

Atualmente, não tem vontade de realizar seus deveres como mulher, principalmente os afazeres domésticos. Parou de cozinhar e de limpar a casa, tem vontade de ficar na cama o dia inteiro, está com muito ciúme e com medo de perder o marido. Antes disso era uma pessoa alegre. Nesses dois anos se tornou uma pessoa amarga, “não sem vontade de viver”, mas não gostaria que esses sentimentos prevalecessem.

*Solicito a ela que me fale um pouco de si mesma e não só da situação de ciúme.*

Começa novamente definindo-se como esposa de um grande coordenador da Congregação, respeitado, exemplo e por todos admirado. Considera-se também uma figura importante para a mesma Congregação, uma vez que tem inúmeras responsabilidades com ela.(sic)

Participa assiduamente em todos os eventos, além de ser apontada como exemplo moral para todas as pessoas. Ajuda a população em geral, já que a Congregação é o meio verdadeiro e transparente de se chegar ao Reino e deve ser o sentido da vida de qualquer pessoa.(sic)

Em relação à suposta sedução de seu marido por “uma irmã”, já buscara ajuda na própria Congregação, tentando resolver o impasse entre ela e o marido. O Conselho de Anciões foi convocado. Realizou-se uma Reunião de acareação, na qual foi colocada diante da citada mulher insinuante.

Ela expôs toda sua revolta e pediu para que a mesma parasse de se insinuar para seu marido. Após falar tudo que desejava, finalizou dizendo que a perdoava.

Depois desse evento humilhante e sem resultado prático, resolveu buscar ajuda psicológica no Plantão, pois apesar de ter dito que perdoava, os sentimentos ruins continuaram e agora ela se pegava constantemente numa situação emocional insuportável. Continuava incomodada pela passividade do marido.

Contou-lhe toda a sua angústia e insegurança e supôs que depois de “ter-lhe aberto o coração” e diante das negações dele, acreditou mesmo que ele realmente não tem nada com ela. Considera-o muito desligado e talvez nem perceba as insinuações dela. Observou que ele reagiu com indiferença para todo “o escândalo” que ela estava fazendo e inúmeras vezes referiu-se ao fato dizendo que “era coisa de sua cabeça”.

Considera-o muito sério e com uma imagem irretocável diante da Congregação. Tanto ela como seu marido tem um grupo de jovens casais que estão prestes a se casar sob sua orientação, pregam sobre a responsabilidade da convivência do matrimônio, fidelidade irrestrita, das dificuldades que o casal deve superar unido e da forma correta de se comportar aquele que é membro e testemunho da Congregação.

Têm três filhos. O filho mais velho engravidou uma menina. Seu marido expulsou-o de casa no primeiro instante. Ela interferiu para que dessem um outro rumo para aquela situação de pecado. As famílias optaram pelo casamento dos

filhos. A família da menina fez uma festa e para tanto precisou realizar um empréstimo bancário, pois não estava prevenida para tal acontecimento.

Foram à cerimônia que não ocorreu na Congregação ( o filho agora é evangélico por causa da menina), mas não participaram da festa.

Ela e o marido alugaram uma casa para os dois. Segundo ela, após o nascimento do neto, sua nora não fazia comida, nem os afazeres domésticos, além de não cumprir seus deveres de esposa. O filho decidiu, então, que deveriam morar com os pais da esposa. Isto piorou a situação, porque a sogra passou a interferir no relacionamento do casal. Tal acontecimento gerou a saída do filho da paciente da casa dos sogros, separando-se da mulher e do filho.

Diante desse evento, tanto ela como o marido conversaram com o filho, impondo sua volta para casa de ambos , cobrando-lhe uma atitude de homem: mudar da casa dos pais dela e cuidar da família sozinho. Honrar seu casamento. O filho acatou a imposição, foi buscar um emprego em uma outra cidade, mudou-se com a esposa e o filho e estão enfrentando a situação.

Houve nesse período muitos conflitos entre as famílias, “trocaram muito desaforo”.

A segunda filha é casada. Seu esposo é trabalhador, temente a Deus, mas está tendo dificuldade no relacionamento a dois, pois a filha é muito vinculada a ela.

O filho caçula estuda em Curitiba, pouco volta para casa, e suas despesas são todas da paciente e seu esposo.

A paciente relatou ainda que escreve poesias. Escreve muito para expressar sua tristeza. Joga a maioria delas no lixo, pois não consegue entender o que escreve.

*Nesse primeiro atendimento, minha intervenção ficou restrita apenas a fazer um contrato terapêutico, explicando o que era Plantão Psicológico e qual o meu papel dentro dele, o que eu esperava dela.*

*No mais, pratiquei a escuta empática o tempo todo.*

Primeiro retorno – segundo encontro

*Trouxe para o atendimento uma poesia que havia escrito durante a semana.  
Estava muito silenciosa, pensativa, introspectiva.*

*Procurei retomar a queixa, dizendo que gostaria de trabalhar com ela o significado de tudo aquilo que a trouxera na semana anterior. Disse que percebia que ela estava em um conflito. De certa maneira, tinha acreditado fielmente nos princípios religiosos que praticava, porém, ao perceber que seu marido não era bem a figura que projetava para ela e para a Congregação, indignou-se com a realidade.*

*Expliquei para ela que, na minha concepção, não existem apenas pessoas boas ou pessoas más. Todas as pessoas são boas e más ao mesmo tempo. Muitas vezes negamos a possibilidade da outra pessoa ser apenas humana, exigimos que ela seja perfeita. Muitas vezes nos exigem isso também e passamos a viver apenas de aparências, uma vez que não nos permitirmos sermos reais. Fizemos a leitura da poesia e ela disse que nunca havia pensado naquilo que eu lhe falava, pois acreditava piamente que todos que praticam a sua religião eram pessoas eleitas e que entrariam no reino de Deus. Perguntei para ela se não seria o momento dela buscar dentro dela suas próprias verdades e que talvez nem todas sejam compatíveis com a vontade da Congregação.*

*Citei como exemplo o perdão que ela "deu" à suposta sedutora de seu marido. Ela apenas o fizera racionalmente, mas seu coração não vivenciava isto. Afirmei que talvez fosse mais saudável se ela tivesse demorado um pouco mais para perdoar a moça, mas que tivesse elaborado isso melhor dentro de si.*

*Buscando uma compreensão melhor da poesia, ela disse-me que sempre percebeu que a coisa não era tão "santa" dessa maneira, mas que não ousava contrariar os preceitos, que a comunidade religiosa é muito forte e que eles punem exemplarmente quem deles diverge.*

*Nessa sessão, procurei colocar-me de forma ativa, ocupei um tempo bastante grande e assim continuei quando percebi que ela estava permeável, ouvindo-me atentamente, totalmente aberta para o contato.*

*Ao final da sessão entregou-me a poesia e solicitou que a mesma ficasse na sua pasta.*

*Ceguei-me pela razão  
Quando meu coração foi ferido  
Meus olhos literais têm completa visão  
Muito embora os meus olhos interiores perdessem sua luz!  
Sem foco, sem brilho se encontra.  
Isto explica porque meu semblante  
Traz essa sombria tristeza.*

Segundo retorno – terceiro atendimento

Trouxe outra poesia:

**Sinto-me algemada,**  
*Sem saber desprender-me.*  
*Preso a tantas amarguras*  
*Que me faz esmorecer*

*Meu peito não se consola*  
*Assola minha alegria*  
*Agride minha esperança*  
*Deixando-me triste e vazia*

*Aos poucos vou me prostrando*  
*Sorrisos sem esplendor*  
*Forças forjadas de lágrimas*  
*Passos tolhidos de dor*

*Cala na minha garganta*  
*Um grito que não soltei*  
*Naufraguei em minhas lágrimas*  
*Encolhi-me em plena nudez "".*

*Através dessa poesia percebemos juntas como estava sendo difícil desvestir-se das falsas roupagens da persona para adentrar a um mundo menos bonito, mas mais real. Vivenciamos este fato longamente. Ora em forma de choro, ora em forma de sentimentos de enfretamento, ora com sentimentos de indignação.*

Explicou que estava tentando praticar o que eu havia sugerido e olhar para o marido apenas como um homem, com defeitos e acertos.

Contou que sua maior dor estava em perceber como é ciumenta e insegura.

Disse sempre ter se sentido muito inferiorizada e mais feia do que as outras mulheres e que tudo isso tinha escondido durante todos esses anos debaixo da capa de “figura importante para a Igreja”.



*Prolongados momentos de silêncio em que me coloquei ao lado dela, ausente da palavra.*

**Disse perceber que seu maior “trunfo” era ser esposa do pastor.**

*Ao final dessa tomada de consciência que levou um bom tempo, lembrei-a que hoje era nosso último encontro.*

*Perguntei-lhe se ela realmente continuava disposta a conversar com minha supervisora daqui a um mês uma vez que ela estava fazendo uma pesquisa sobre o Plantão. Que depois de conversar com ela, nós duas voltaríamos a conversar brevemente.*

**Disse que sim, que fazia questão e em especial por poder fazer “uns reparos” comigo.**

**Novamente solicitou que a poesia permanecesse em sua pasta.**

Entrevista de *Follow Up*

Procedi às explicações protocolares. **A paciente respondeu que se sentiu ajudada pelas sessões realizadas no PP, agradecendo muito pelo serviço, pois algo de novo havia nascido ou renascido dentro dela (sic). Disse que entregaria uma poesia para a plantonista que era a real expressão dos ganhos que havia tido nessas três sessões. Pediu para que depois eu a lesse também.** Demonstra a partir dessa fala uma certa familiaridade, que subliminarmente percebe-se ser com a Clínica, com o PP, e com a própria “figura da supervisora pesquisadora”, cujo funcionamento foi de bastidores. Ao colocar-se à vontade, tanto em relação ao Serviço, como em relação à própria instituição, pode-se inferir que os mesmos transformaram-se em referências emocionais para ela.

**Ao perguntar-lhe como considerava ter sido ajudada, respondeu-me que o diálogo que mantivera com a plantonista durante as sessões tinham sido muito profundos. Que toda a vez que conversava com pessoas da Congregação era sempre em tom de ameaça e represália. Agora ela percebia que nunca tinha dialogado e sim feito cobranças e sido cobrada.**

**Pontuou que a plantonista mexeu em coisas muito sérias e mesmo as que se confrontavam com as verdades da sua comunidade religiosa, foram feitas de forma tão “sem maldade”, “sem deboche”, “apenas mostrando outro ponto de vista”. Isso lhe possibilitou perceber muita verdade, autenticidade e ecumenismo em suas palavras.**

Tanto foi assim que foi pela primeira vez que ousou pensar em algo contrário aos seus dogmas e que não se sentia culpada e nem ameaçada. Disse que tinha vivenciado paz nos momentos em que ficava em silêncio e a plantonista a acompanhava, simplesmente permanecendo ao seu lado. Nesta fala, a mais explícita constatação do que é um autêntico encontro terapêutico, isento de julgamentos, que busca a compreensão empática e a partir dela, sem o gesso da resistência, o paciente pode voltar-se para si e buscar seu significado, havendo assim a possibilidade de atribuição de um novo significado, mais próximo da verdadeira natureza da pessoa.

Sentia-se repousar nessa atitude acolhedora que era calada e respeitosa calada muitas vezes, mas presente e participante. Vivência de estar junto com o OUTRO, sem prolixidade, sem necessidade de dar vazão a uma ansiedade dilacerante, apenas praticando a contemplação e deixando que a vida teça sua teia no seu próprio tempo. Perguntei se havia alguma coisa a mais que ela gostaria de dizer. Respondeu-me que não. Que agora “o negócio” era com ela.

Por terem tempo limitado, paciente pôde beneficiar-se de uma agilização das forças de seu ser na retomada criativa da construção de sua vida e ter um bom entendimento do quão imprescindível é sua participação em seu processo de reconstrução. Que não haverá salvadores e sim esforço pessoal.

Agradei, desejei a ela boa sorte.

Despedimo-nos e encaminhei-a de volta à plantonista.

(Entregou essa poesia para a plantonista, dizendo ser esta a representante de seus sentimentos de hoje. Escreveu após a última sessão de Plantão. Foi a primeira poesia na qual colocou título. Solicitou que também esta terceira poesia permanecesse arquivada em sua pasta, testemunho de sua mudança).

Presença novamente de indicadores da formação de um bom vínculo terapêutico.

Realidade

*Já me fiz em mil pedaços.*

*Hoje me encontro inteira*

*Como um vendaval que varre*

*E o tempo desfaz a poeira*

*A vida se faz de momentos*

*A realidade é fatal*

*A morte se torna unguento*

*Pra quem sofre tanto mal*

*Se perder a sua estrada*

*Procure até encontrar*

*Não abandone essa causa*

*Perseverança pode*

*Sonho realizar*

*Pra se ver além dos olhos*

*Sabedoria é preciso*

*Há que se ter humildade*

*Em momentos decisivos.*

#### Síntese Específica da Entrevista de *Follow Up*

Demonstração de uma certa familiaridade, que subliminarmente percebe-se ser com a Clínica, com o Plantão Psicológico e com a própria “figura da supervisora pesquisadora”, cujo funcionamento foi de bastidores. Ao colocar-se à vontade, tanto em relação ao Serviço como em relação à própria instituição, pode-se inferir que os mesmos transformaram-se em referências emocionais para ela.

Constatação explícita do que é um autêntico encontro terapêutico, isento de julgamentos, que busca a compreensão empática e a partir dela, sem o gesso da resistência, o paciente pode voltar-se para si e buscar seu significado, havendo assim a possibilidade de atribuição de um novo significado, mais próximo da verdadeira natureza da pessoa.

Vivência de estar junto com o OUTRO, sem prolixidade, sem uma cortina de fumaça realizada pela palavra em excesso, sem necessidade de dar vasão a uma ansiedade dilacerante, apenas praticando a contemplação e deixando que a vida teça sua teia no seu próprio tempo. Por terem tempo limitado, paciente pôde beneficiar-se de uma agilização das forças de seu ser na retomada criativa da

construção de sua vida e ter um bom entendimento do quão imprescindível é sua participação em seu processo de reconstrução. Que não haverá salvadores e sim esforço pessoal.

Presença novamente de indicadores da formação de um bom vínculo terapêutico.

Análise do plantão pela plantonista

Para mim, este foi o caso em que eu aprendi sobre Plantão, pois pude acompanhar as coisas acontecerem gradativamente, com progressos de sessão para sessão. Chegou a ser didático. Observei que eu me tornava diferente à medida que o caso evoluía. A plantonista, diante da evolução do caso, fala em ampliação de sua aprendizagem, fala em crescimento pessoal, em troca. Isso vem a corroborar com o entendimento da não existência da famosa "neutralidade" do observador, que o encontro terapêutico entre duas pessoas reveste-se de um autêntico e profundo caráter alquímico. Foi muito interessante ver a teoria na prática acontecendo diante dos meus olhos: o mais profundo confronto entre persona e sombra. A possibilidade de compreensão diagnóstica do caso, leva a uma possibilidade de focalização ímpar, trazendo segurança para a dupla terapêutica. Entendi também a função do silêncio como técnica terapêutica. A postura de partilhar silenciosamente, amparando e protegendo momentos alquímicos de transformação, sem que se inunde o ambiente com palavras, garante muitas vezes a oportunidade única de um encontro consigo mesmo. A possibilidade da vivência de conteúdos emocionais expressos pela arte também foram um ponto alto para alcançarmos os objetivos do Plantão Psicológico. As técnicas psicológicas novamente em auxílio àquilo que precisa ser manifesto, a capacitação do plantonista em acolher e valorizar as manifestações da alma do paciente. A partir do momento que a paciente percebeu que suas poesias despertaram meu interesse, ela passou a usá-las como forma de expressão voltada para a terapia e isso agilizou e deu muita visibilidade ao processo. Constelação da auto-estima do paciente pela vivência de aceitação positiva incondicional, ou seja, o plantonista servindo como guia: ao demonstrar seu interesse pelo paciente, este, ainda que de forma tímida, pôde

ensaiar os primeiros passos de um processo de autovalorização e isso o colocará novamente em contato com as forças criativas e curativas de seu ser.

#### Síntese Específica da Análise do Plantonista

O plantonista, diante da evolução do caso, fala em ampliação de sua aprendizagem, fala em crescimento pessoal, em troca. Isso vem a corroborar com o entendimento da não existência da famosa “neutralidade” do observador, que o encontro terapêutico entre duas pessoas reveste-se de um autêntico e profundo caráter alquímico. A possibilidade de compreensão diagnóstica do caso, leva a uma possibilidade de focalização ímpar, trazendo segurança para a dupla terapêutica. A postura de partilhar silenciosamente, amparando e protegendo momentos alquímicos de transformação, sem que se inunde o ambiente com palavras, garante muitas vezes a oportunidade única de um encontro consigo mesmo. As técnicas psicológicas novamente em auxílio aquilo que precisa se manifestar, a capacitação do plantonista em acolher e valorizar as manifestações da alma do paciente. Constelação da auto-estima do paciente pela vivência de aceitação positiva incondicional, ou seja, o plantonista servindo como guia: ao demonstrar seu interesse pelo paciente, este, ainda que de forma tímida, pode ensaiar os primeiros passos de um processo de autovalorização e isso o colocará novamente em contato com as forças criativas e curativas de seu ser.

#### Análise da supervisora-pesquisadora

Processo no qual houve crescimento tanto para a plantonista como para a paciente. A utilização da intervenção clínica na hora certa, tanto a palavra, como o silêncio, como a possibilidade de vivência da arte, foram bem utilizá-los nas sessões, obedecendo ao *feeling* da plantonista que não hesitou em utilizá-los. O aprofundamento nas questões de ordem “delicada”, tais como a religião, de uma forma isenta de julgamento, comprovam-nos que tudo pode ser atingido dentro da relação, que a relação terapêutica realmente é a grande mãe do processo. Procedimento dialético valorizado, o que possibilitou que os atendimentos não ficassem na superfície e nem se detivessem na contenção da angústia de forma

maternal e sim, dando condições à paciente de entrar em contato com seus reais conflitos, confrontá-los e aí sim, vivenciá-los de forma prospectiva.

## 09 – CASO FAUSTO

Identificação do Paciente

Sexo masculino, 27 anos, Ensino Fundamental Completo, Casado, Mecânico.

Datas dos Atendimentos

18.08.05

25.08.05

01.09.05

*Follow Up*

01.10.05

Plantonista F

Atendimento

O paciente chegou para o atendimento receoso, dizendo-se envergonhado por estar ali, que quem procura psicologia precisa ser louco, ou ter um problema muito grave. Como considerava seu problema grave, resolveu “encarar os preconceitos” e procurar pelo Plantão. Está passando por uma “fase difícil”, que não agüenta mais, tem pensamentos suicidas, anda muito nervoso, sem paciência e sem vontade de viver (SIC).

*Expliquei que ele se encontrava sendo atendido no Serviço de Plantão Psicológico, expliquei-lhe nossas especificidades e perguntei no que eu poderia ajudá-lo?*

Relatou que desde a morte de um tio muito próximo, sua vida começou a ter uma mudança. Até então se considerava uma pessoa “normal”, que ria, sonhava e tinha planos, mas, devido aos acontecimentos recentes, dizia não suportar mais a situação, e que por esse motivo, tinha pensamentos suicidas freqüentemente. Não sentia mais alegria, até o futebol que gostava tanto, já sentia um certo medo ao entrar no campo para uma partida, pois acreditava que podia, no meio do jogo, morrer do coração. Só de assistir uma partida na televisão já lhe dava dores no peito.

Relata que namorou por seis anos e estava casado há seis meses. Sonhou muito com seu casamento, fazia com a namorada muitos planos e tinham muitos sonhos; mas, um ano antes da data marcada para o casamento, esse tio paterno faleceu de repente. Essa foi a primeira morte em sua família, um grande “choque”, (sic).

Depois de três meses da morte do tio, o pai que já estava adoentado, faleceu de infarto. Esse foi um “choque” maior ainda para ele, pois agora, por ser o filho mais velho, tinha toda a responsabilidade da família nas mãos.

Alguns meses depois, estava em sua casa com a mãe e os irmãos, quando entraram dois rapazes encapuzados com armas nas mãos, anunciando o assalto. O paciente e sua família foram trancados no banheiro. Relata que durante o assalto demonstrou-se, apesar do nervoso, mais tranqüilo que os outros, pois tinha que “cuidar” de todos ali; depois que os assaltantes levaram tudo, sentou-se no sofá em “estado de choque”, permaneceu por um certo tempo calado e depois começou a chorar sem parar.

Sente que as mortes o deixaram abalado. Já se sentia triste, mas o assalto piorou sua vida. A partir desse momento, sua vida deu uma reviravolta. Começaram os pensamentos negativos, o desacreditar em tudo, o fim dos sonhos, tristeza e muito medo de tudo, inclusive de um novo assalto. Isso o perturbava muito.

Ao casar-se, já estava muito diferente. Já nem tinha mais o sonho de se casar. Não via alegria e nem o lado positivo nas situações corriqueiras. Sua namorada quis adiar o casamento, mas este se recusou, dizendo que se fosse para adiar, deveriam terminar tudo definitivamente.

Fazia tempo que vinha construindo, com as próprias mãos e com muito capricho (sic), a casa onde iriam morar, mas por causa da tristeza e desânimo que sentia, passou a “desgostar” da casa também.

No dia do casamento relata que ao entrar na igreja parecia que aquilo não estava acontecendo. Constatava: “é como se eu não estivesse ali, nada daquilo me alegrava... depois a festa, todo mundo muito feliz e eu fingindo estar alegre para não chatear ninguém”.

Na lua de mel, fui viajar e eu e minha noiva brigamos, porque eu só chorava. Minha esposa me perguntou “se eu estava arrependido”.

Dois meses depois de casado, a casa que construíra e que eles moravam foi assaltada, mas dessa vez eles não estavam em casa. “Foi um outro trauma para



mim, pois toda a situação do primeiro assalto, que eu já não havia esquecido, veio à tona” novamente. Resolveu que mudariam para a casa da sogra, pois lá havia gente em casa o dia todo.

Esse atendimento no Plantão Psicológico estava ocorrendo dois meses depois que já estava na casa da sogra.

*Trabalhei com escuta empática e também realizei um pequeno aprofundamento na questão da MORTE. Posteriormente confrontei-o, de certa maneira, pois me parecia contraditório temer a morte e ao mesmo tempo querer tirar sua vida. Hipotetizei que se tratava de um mecanismo de defesa, ou seja, o temor sobre algo é tão intenso e ameaçador que, inconscientemente, aproximamo-nos mais desse objeto, até numa tentativa de controlá-lo e não ficar exposto ao fato dele poder apresentar-se de surpresa.*

Disse estar confuso com tudo isso e não saber o que pensar.

Ao final do atendimento, disse espontaneamente estar se sentindo melhor, pois até aquele momento não havia encontrado uma pessoa com quem pudesse se abrir e conversar dessa maneira. Sempre escondera esse sentimento e sofrimento de todos, inclusive de sua esposa, pois não queria que as pessoas ficassem preocupadas.

*Marcamos o retorno para a próxima semana*

Primeiro retorno – segundo atendimento

Chegou sorrindo, dizendo que havia “achado força para viver esta semana”.

Relatou ter refletido muito sobre nossa sessão, e que cada vez que um pensamento negativo ou suicida vinha em sua mente, ele procurava se ocupar de uma atividade ou até mesmo conversar com alguma pessoa. Com isso, seus pensamentos diminuíram. Disse que “inventou essa forma de agir, pois se sentiu forte para enfrentar esse medo”.

*Nessa sessão usei como técnica a regressão, retomando cada momento, desde a morte do tio, buscando os sentimentos dos momentos vividos, acompanhando-o em suas vivências de insegurança, luto e fragilidade. Cada experiência trazida foi detidamente compreendida em seu significado e sofrimento.*

Ao final da sessão disse que durante a semana havia ido a uma construtora, pois resolvera construir uma nova casa em um bairro perto da casa onde estava morando, ou seja, a casa da sogra, e que até o final do ano, pretendia comprar um carro.

Estava entusiasmado, não só com os planos, mas por ter descoberto que poderia retornar a fazer plano. Para mim, plantonista, já estava muito diferente da pessoa da sessão anterior.

*Valorizei e celebrei essa “nova fase”, esclarecendo que quando ele assumira que não estava bem e que queria parar de sofrer, buscando ajuda, iniciara-se aí a constelação de suas forças de autocura.*

*Não fez referência a pensamentos suicidas. Perguntei sobre eles e ele disse-me que os estava enfrentando. De qualquer maneira, disse que, diante desse “parto” desse novo ser que ele estava fazendo, que se precisasse de mim era só vir para a Faculdade. Passei-lhe a minha escala e os telefones da clínica.*

*Marcamos nosso último encontro.*

Segundo retorno – terceiro atendimento.

Retornou relatando melhora em seu dia-a-dia, diz que aos poucos tem retomado as atividades que já não realizava mais, como, por exemplo, jogar bola.

Refere-se a ter concluído que esse medo aprofundou-se muito quando assistiu uma reportagem em que um jogador havia morrido de infarto durante uma partida. Ficou com medo de acontecer o mesmo com ele, passou a sentir dores no peito, evitando assistir a televisão, de tão forte que esse sentimento estava. Conseguira assistir pela televisão, no domingo, os noventa minutos do jogo. Sem que eu perguntasse, afirmou que, ao ter falado sobre o medo da morte, ao ter revelado para mim sua insegurança e medo de “não dar conta da vida”, parece que havia se fortalecido, era como se algo “tivesse sido tirado com a mão”.

Relata que já ri com mais freqüência e até as pessoas têm perguntado a causa de tal mudança.

*Afirmou que o que mais o ajudou foi a sua vontade em mudar*

Entrevista de *Follow Up*

Recebemos o paciente de forma protocolar.

**Paciente espontaneamente refere-se à “transformação” ocorrida em sua vida, pois antes de comparecer ao Plantão Psicológico, não tinha ninguém para desabafar, conversar a respeito dos problemas. Sentia-se desgastado, cansado,**

sozinho e com medo. Depois dessas conversas, parece que via uma nova possibilidade. Ganhos do Plantão advindos da possibilidade de compartilhar conteúdos profundos da alma dentro de uma interlocução de qualidade. Plantão passa a funcionar, assim, como uma ilha acolhedora segura e protegida para que a pessoa se encare no exato momento de sua emergência psíquica.

Disse que já voltou a jogar futebol no campinho, semanalmente com os amigos, como de costume, e isso era para ele “recuperar um gosto que tinha na vida”. Referência a ganho simples, aquele ganho que permite à vida transcender de forma natural e saudável, compatível com a proposta de alcançar-se objetivos limitados.

Expliquei-lhe que iria perguntar tudo aquilo que ele já espontaneamente me falara, que já tinha obtido minhas respostas e se havia algo que ele gostaria de complementar, sugerir etc.

Disse que não, agradeceu-me pela oportunidade e que ainda havia uma última coisa: “não pensei que fosse assim o atendimento do psicólogo e agora essa novidade de plantonista psicóloga. Cheguei aqui pensando que era coisa pra louco, que eu estava louco, mas agora eu vejo que psicólogo é para gente boa, com vontade de se cuidar e... corajosa...”. Plantão colaborando com a missão inacabada da Psicologia Clínica de divulgar sua real identidade, pronunciando-se em alto e bom tom a que veio.

Acenei com a cabeça concordando, sorrimos e despedimo-nos.

Encaminhei-o de volta à plantonista.

#### Síntese Específica da Entrevista de *Follow Up*

Ganhos do Plantão advindos da possibilidade de compartilhar conteúdos profundos da alma dentro de uma interlocução de qualidade. Plantão passa a funcionar como uma ilha acolhedora, segura e protegida para que a pessoa encare-se no exato momento de sua emergência psíquica.

Referência a ganho simples, aquele ganho que permite à vida transcender de forma natural e saudável, simplesmente no dia-a-dia, compatível com a proposta de alcançar-se objetivos limitados.

Colabora também com a missão inacabada da Psicologia Clínica de divulgar sua real identidade, pronunciando-se em alto e bom tom a que veio e buscando um compromisso social mais imediato.

Análise pelo plantonista

Para mim, o Plantão colaborou lançando luzes sobre os conflitos do paciente, desatando nós, desgastando o complexo morte e conseqüentemente contribuindo com a redistribuição criativa da energia psíquica do paciente. Plantonista acredita que os atendimentos possibilitaram ampliação da consciência do paciente, Não houve necessidade de intervenções extremamente contundentes. Foram movimentos sutis, um pinçar de um fato aqui, outro ali, alguma confrontação, constantes aprofundamentos, não banalizações da dor e nem da questão do suicídio. Intervenções sutis, manejo da situação de forma profunda, mas não brusca e desestabilizante, levam a resultados terapêuticos muito significativos, dando ao paciente a oportunidade dele mesmo entender sua rede de significados. Percebo também que ajudou a minha firme convicção de que aquele paciente tinha muita energia, uma vez que tinha obtido muita coisa na vida por seu próprio esforço. Esta crença confirmou-se verdadeira, pois ele rapidamente caminhou espontaneamente com suas próprias pernas. Aqui há uma alusão sobre a maior característica que deve ter o perfil de um plantonista, ou seja, a crença que o indivíduo pode e é capaz de superar suas próprias dificuldades e encontrar dentro de si saídas criativas para o seu cotidiano. Empatisei com a história dele e com ele de imediato. Senti que o aceitei e isso deu ensejo à formação de uma boa aliança terapêutica entre nós. No nosso último encontro fiquei com a sensação de que ele retomara a sua vida simples, a do dia-a-dia. Os atendimentos imediatos, amparar o cliente em seu momento frágil, constela também no terapeuta o arquétipo de terapeuta ferido, emanando dele aceitação e solidariedade pelo sofrimento humano e isso, mesmo sem ser dito, transforma-se no “caldo nutritivo” em que se transformam as sessões do Plantão.

## Síntese Específica da Análise do Plantonista

O Plantonista acredita que os atendimentos possibilitaram a ampliação da consciência do paciente, sobre suas dificuldades, sendo assim a mola geradora de iniciativas para a saída do conflito. Intervenções sutis, intervenção no contexto de forma profunda, mas não brusca e desestabilizante levam a resultados terapêuticos muito significativos, dando ao paciente a oportunidade dele mesmo entender sua rede de significados. A questão de um tempo cronológico abreviado, garante a necessidade dessa atuação profunda, porém não desestabilizante. Constatação vivencial da maior característica do perfil de um plantonista, ou seja, a crença que o indivíduo pode e é capaz de superar suas próprias dificuldades e encontrar dentro de si saídas criativas para o seu cotidiano. Os atendimentos imediatos que levam o amparo ao cliente em seu momento de maior fragilidade, constela também no terapeuta o arquétipo do terapeuta ferido emanando dele aceitação e solidariedade pelo sofrimento humano, infundindo-lhe coragem e isso, mesmo sem ser dito, transforma-se num “caldo nutritivo”, no qual transcorrem as sessões do Plantão.

## Análise da Supervisora-Pesquisadora

Caso que evoluiu de forma tranqüila e natural. Entendi que o paciente, embora com sua iniciativa e potencial criativo obnubilados, encontrava-se em um estágio propício à mudança. O movimento de aceitação e empatia da plantonista contou muito. Muito contou também a tranqüilidade dela em posicionar-se como uma “acompanhante”, não tendo necessidade de “roubar a cena”, respeitando seu tempo interior e esforçando-se para fazer do tempo dela, o seu próprio tempo, entendo que, com certeza, houve uma retomada do Processo de Individuação do Paciente.

## 10 – CASO NISE

Identificação

Sexo feminino, casada, mãe de dois filhos, micro empresária

Data dos atendimentos

15/09/05,

16/09/05;

30/09/05

*Follow up*

27/10/05

Plantonista G

Atendimento

A paciente chegou à Clínica dizendo ter recebido a sugestão de comparecer ao Plantão Psicológico da USC através das estagiárias de Psicologia Escolar da escola de seu filho, falando descontroladamente e alto, expondo o caso para as próprias recepcionistas e demais pacientes da sala de espera.

Fui convocada pela Secretaria e rapidamente pedi que entrasse para uma sala de atendimento

*Sem que eu perguntasse ou me apresentasse, deu início ao relato.*

Disse que seu filho que estava em sua companhia, sofrera um abuso sexual por parte de um homem bem mais velho que ele.

O fato teria ocorrido da seguinte maneira (sic):

Este filho quebrou um espelho que era dela (mãe). Ficou muito brava e brigou muito com os filhos, mas principalmente com o mais velho (a criança em questão), dizendo a ele que o espelho teria que ser pago, mesmo que para isso ele precisasse “dar o rabo”. Dias depois, esse filho mais velho começou a aparecer em casa com dinheiro, dizendo que estava lavando a moto de um moço, e assim, aos poucos, ele pagaria o espelho.

O garoto continuou, dia após dia, aparecendo com uma pequena quantia em dinheiro. De alguma forma esse comportamento despertou alguma suspeita nos pais.

O pai, que na realidade é o padrasto, chegou a ir até a casa do moço indicado pelo garoto e este confirmou –lhe que seu enteado realmente estava lhe prestando este pequeno serviço, ou seja, lavando-lhe a moto.

As pequenas quantias em dinheiro continuaram a aparecer e isso intensificou as suspeitas da família. Assim sendo, pressionaram o menino até que ele disse estar masturbando diariamente o moço e era por isso que era pago.

Relatou que faziam isso assistindo uma fita pornô. Disse que os encontros estavam começando a ir mais longe do que a masturbação. Da última vez que estiveram juntos, já tivera que abaixar as próprias calças. Diante disso, o rapaz tentou-lhe uma penetração anal, mas o menino disse ter sentido dor e ter fugido em seguida, sem terminar a relação.

Depois dele ter contado aos pais, os mesmos foram até a polícia fizeram um B.O. A polícia chegou “dar uma prensa” na pessoa indicada. Suspeitou-se inclusive não ser esta a primeira vez que a pessoa tivesse tais práticas, mas não poderia ser preso, pois não havia testemunhas e maiores provas.

Em casa, os pais falavam abertamente sobre o assunto, desorientados e desesperados. O irmão mais novo passou então a fazer provocações, chamando o irmão de “corrombado”, gritando na rua que ele “deu a bunda”.

Os pais perderam o controle da situação, principalmente a mãe, que passou a sentir o menino como um castigo na sua vida. Acrescenta que esse menino é apenas seu filho (e não do homem com o qual está casada) e de um primo. Seu atual marido o adotou. Refere-se a vir de uma realidade familiar muito difícil, sérios desentendimentos com a mãe, padrasto, pai, separações, enfim uma intensa desestrutura familiar. Afirma só ter conseguido “melhorar” quando casou com a pessoa atual.

Tem um meio irmão que é homossexual, com que tem um bom relacionamento. O meio irmão freqüenta sua casa e conversam muito, são quase confidentes. Nunca teve apoio de sua mãe. Guarda muita mágoa e diz ter ódio dela por esse motivo.

Hoje tem certeza que está pagando pelo pecado que cometeu, ou seja, por ter tido um filho com parente, já que a Bíblia diz que isso é pecado. Entretanto tenta

aliviar-se, pensando que naquela época era inocente, não tinha malícia, mas que, de qualquer forma, não podia ter feito isso.

Durante o atendimento riu e chorou alternadamente, descompassadamente.

Relata que após o ocorrido com o filho, tudo que viveu em companhia da mãe e seu padrasto, todos os maus tratos e humilhações estão aparecendo como num filme em sua cabeça, como se fosse real ainda hoje. Insinua também ter sido abusada sexualmente, mas não dá prosseguimento ao relato. Diz que esse é um outro assunto e que ela não quer falar agora.

Contou que tinha um tio que morreu de Aids, que também era homossexual e muito apegado a ela. Entende que vem daí o pavor que seu filho venha a ser homossexual.

Sente-se muito culpada por ter mandado o filho “dar o rabo” se fosse preciso, e não sabe o que fazer para reparar tal fato.

*Neste atendimento ela falou muito. Foi uma catarse em praticamente toda sessão. Procedi à escuta empática, tentei estabelecer um rapport e uma aliança terapêutica e incentivei o retorno para o dia seguinte. Considerei esse momento muito importante para que eu pudesse conhecer um pouco do seu contexto pessoal e principalmente localizar o foco do atendimento.*

*Ao sair, ainda em pé na porta, relatou que o suspeito do abuso mora em frente ao colégio onde o seu filho estuda.*

Disse que, em um gesto de desespero, apresentou o filho a uma garota para testar se ele era homossexual mesmo.

Ele não quis ficar com ela e então começou a pressioná-lo, acusando-o de ter gostado da experiência com o homem.

*Contudo percebi um certo alívio na sua expressão por haver contado tudo para a “doutora”.*

*Observei que ela está emocionalmente misturando duas realidades diferentes: a sua história de vida e a do filho. Está sem clareza para analisar as diferenças entre os casos e a manter-se lidando apenas com os dados dos filhos. Essa vivência do garoto teria constelado nela seu complexo materno originalmente negativo e estaria realizando projeções sobre o garoto.*

*Encaminhei o garoto para uma outra colega Plantonista.*



Primeiro retorno – segundo atendimento

*Considerarei que deveria focalizar a sessão na orientação da mãe nos procedimentos afetivos com o filho após o abuso sexual, assim como buscar desgastar um pouco de seu complexo materno.*

*Pude então lhe explicar que ela estava em um Serviço de Plantão Psicológico e no que isso consistia. Realizei um pequeno contrato. Perguntei-lhe como estava, como estavam as coisas?*

**Disse que acredita que o abuso ao filho era consequência do seu histórico de vida pessoal (dela, mãe). Sempre teve uma vida muito conturbada.**

**Nesse momento, percebo que não sei a qual abuso ela está se referindo: se supostamente ao seu ou se ao do filho. Como ela não havia trazido isso para o atendimento, fiquei atenta, mas não induzi e nem questionei diretamente nada.**

*Percebi que continuava em crise, falava nervosamente e tinha necessidade de confessar todas as suas "atrocidades", principalmente aquelas nas quais agia impulsivamente com os filhos, surrando-os. Focava-se no seu papel de mãe e na sua atuação materna com os filhos.*

*Pelo seu relato suponho que é uma pessoa insegura, ansiosa e que não lida bem com*

*Imprevistos, talvez por isso mesmo essa impulsividade para resolver problemas, resultando no final em uma ampliação dos mesmos ao invés de uma solução.*

*Sugeri que ela entrasse em contato ali, naquele momento, com aquilo que mais a amedrontava.*

**Ela vivencia ali, chorando, a lembrança da descoberta do abuso sexual ao filho e seus sentimentos de culpa pela pressão que exercera sobre o menino, o medo que sente dele "virar" homossexual e não ser mais aceito pelo padrasto, a forma cruel como castiga os filhos e na falta de confiança que tem em um futuro promissor para eles. Acha que todos, indistintamente, não "vão dar em nada".(sic)**

*Permiti que ela explorasse bastante seu sofrimento, não fiz nenhum movimento de apoio ou acolhimento. Permaneci em silêncio, mas sem nenhuma postura de julgamento. Perguntei, muito tempo depois, se ela via uma saída para tudo isso.*

**Começou dizendo que, quanto ao mais imediato, a questão do abuso, o que faltava era uma conversa mais clara com o seu filho, sem repreensões, pois tem conversado com ele apenas para recriminá-lo e acusá-lo.**

*Argumentei com ela quanto ao seu nível de expectativa em relação a isso. Considerava que se eles não tinham vínculos estreitos de intimidade, talvez em uma*

*primeira ou segunda conversa isso não pudesse acontecer. Talvez o que estivesse faltando fosse uma proximidade dela com os filhos no dia-a-dia. Se ela fosse com muita expectativa, achando que a situação fosse resolver-se imediatamente, ela poderia sair mais frustrada ainda. Perguntei-lhe o que ela achava de minha consideração?*

**Respondeu-me que concordava comigo, mas que isso para ela era muito difícil. Dialogar, viver em intimidade era coisa que ela não havia aprendido.**

*Resgato, porém a amizade que ela tem com o meio irmão e que se ela consegue ser confidente dele. Muito provavelmente seja capaz de estabelecer laços mais profundos. Isso não poderia ser transposto para o filho? Observo que ela tem dois princípios diferentes: uma coisa é o meio irmão ser homossexual; outra coisa, o filho.*

**Mesmo assim continuava com uma série de dúvidas em relação ao homossexualismo. Fez muitas perguntas que deixavam claro a desconfiança no fato de seu filho poder vir a ser um homossexual.**

*Expliquei-lhe de forma sucinta o desenvolvimento humano, adolescência e sexualidade, bem como todas as experiências e dúvidas desta fase. Percebi que ela quase já tem certeza da opção sexual do filho e que está difícil dela flexibilizar essa opinião.*

*Também orientei que ela não deveria expor o garoto a todos os problemas de ordem familiar, que isso deveria ser filtrado, que participar não significava estar presentes em brigas e discussões. Se as coisas fossem mais controladas, talvez ela tivesse tempo de absorver os fatos, digeri-los e depois participar aos filhos, orientando-os e educando-os em momentos em que não estivesse emocionalmente perturbada ou coisa do gênero.*

*Disse que acreditava que assim a coisa em sua casa poderia ficar mais tranquila.*

*Percebo que um grande fator estimulador de sua culpa vem da questão religiosa. Ela acredita piamente ter cometido um pecado, engravidando de um primo e a homossexualidade do filho viria como punição. Pedi que me definisse o que ela entendia por pecado e ela literalmente respondeu-me:*

**“Para minha igreja pecado é aquilo que cometemos de errado, e sabemos que estamos fazendo errado. Pode ser prejudicando outras pessoas, fazendo o mal ou até mesmo em pensamento”.**

*Intervim utilizando-me desta fala e repliquei que, na época, ela não tinha a consciência que tem hoje e que segundo essa linha de raciocínio não poderia não ser considerada pecadora.*

**Ela prestou muita atenção, refletiu, seu semblante amenizou e disse estar se sentindo menos angustiada. Disse que concordava com a minha argumentação e que já tinha pensado nisso. Realmente ela já havia dito isso em sessão. Parece que ouvir isso de mim surtiu um outro efeito.**

Segundo retorno – terceiro encontro

**Realizado quinze dias após o último encontro.**

*Para esta sessão, tive como objetivo retornar ao foco inicial, ou seja, o abuso sexual sofrido pelo filho. Embora tenha diagnosticado nela uma densa confusão emocional perpassando por todo o acontecido, o objetivo inicial do Plantão era o de acolhê-la na questão do abuso. Interpretei de forma consistente sua simbiose no caso, mas disse a ela que isso deveria ser tratado posteriormente. A emergência agora era não piorar as coisas para o seu filho.*

*Através de uma investigação dialogada, foi possível detectar maneiras como a paciente lida com o cotidiano dos filhos. Confrontei-a e sugeri que haveria coisas que poderiam ser feitas de formas diferentes e mais consistentes, outras maneiras de agir em determinadas situações.*

**Dentre os fatos relatados e trabalhados estavam:**

- 1- Falta de limites impostos aos filhos para saírem de casa (ausência de controle de horários, dos locais onde estão, com quem estão etc.).
- 2- Faltam de diálogo, repreensões verbais vexatórias e humilhantes.
- 3- Insistência para que os mesmos se relacionem com meninas.
- 4- Exposição em demasia dos conflitos domésticos aos filhos, sem filtro, sem gradação, sem explicações e fora de um contexto educativo.

*Pedi-lhe propostas de novas formas de ações e ela o fizeram com alguma dificuldade.*

*Ao final da sessão considerei que a paciente, de alguma forma, assimilou o que foi trabalhado. Considero ter sido possível tirá-la da crise emocional. Trabalhei muito o fato dela estar precipitando uma situação e que episódios homossexuais são comuns em crianças e adolescentes, mas que na grande maioria das vezes isso não revelava nenhuma tendência e sim, curiosidade. Contudo, o desenvolvimento sexual do garoto deveria ser amistosamente acompanhado de perto e isso sim, era a garantia dela poder orientá-lo sempre. Salientei a importância dela buscar o entendimento de sua própria história para que possa ver as coisas um pouco mais isenta de seus próprios conteúdos emocionais. Marcamos a sessão de follow up.*

## Entrevista de *Follow Up*

Realizamos os procedimentos protocolares da entrevista. Perguntamos como ela entendia a participação do Serviço de PP diante de sua necessidade emocional.

Respondeu-nos que foi muito ajudada, muito mesmo, de uma forma diferente da que pensava quando as estagiárias de Psicologia Escolar disseram do Pronto Atendimento da Universidade. Quando elas disseram que o problema era para ser tratado na Clínica, achei que ia chegar aqui e a assistente social e a psicóloga fariam muitas perguntas, um interrogatório para pôr em relatórios e mandar para o Conselho. Paciente demonstra não ter conhecimento do real identidade do psicólogo clínico, sendo que os atendimentos serviram para colocá-la mais próxima desse conhecimento. Achei diferente eu ter entrado para conversar e o meu filho ir conversar com outra psicóloga ou plantonista. Fui chamada pela plantonista do meu filho também, mas esta falou que falaria comigo só após eu ter terminado meu atendimento com a minha Plantonista. Procedimento do plantão, logo de início sugere uma organização que facilita ao paciente organizar-se e separar papéis. Quando ela me explicou o que era Plantão, eu não entendi direito porque naquele dia estava muito mal. Paciente refere-se à crise que fragilizava seu ego quando da chegada ao Serviço. Depois ela foi conversando comigo, não falou em relatório, disse que não ia falar nada para a Polícia, que o negócio do Plantão é outro. Começa a receber do PP acolhimento, aceitação e legitimidade. E que eu ficasse sossegada, que meu filho estava sendo bem atendido. Que agora era importante que eu cuidasse de mim. Achei importante e diferente, alguém se preocupar comigo. Paciente vê-se aceito e diferenciado e isto é o primeiro passo para a formação de um vínculo terapêutico, estabelecimento de uma aliança terapêutica que, possivelmente refletirá mais tarde em um aumento de sua auto-estima. Perguntei-lhe como ela entendia ter recebido essa ajuda. Primeiro porque ela não me “passou nenhum sabão”, “não deu uma fumada” e nem me acusou de eu ser péssima mãe e deixar meu filho solto por aí. Paciente refere-se a não ter sido julgada e sim acolhida em sua aflição

Por ela não ter “me dado bronca”, fiquei mais solta e pude ver que ando deixando meu filho muito sozinho, que posso fazer as coisas diferentes, que sou capaz. Ela fala que fui eu que cheguei à conclusão, mas tem o dedinho dela

**também**. Sentimentos de aceitação positiva incondicional, realização de transferência de ressonância.

O que mais fico agradecida é por ela ter falado que o fato do meu filho ter sofrido um abuso, ter um tio homossexual e eu ter um tio que morreu de AIDS não significa que meu filho terá que ser homossexual. Entendi melhor isso. Refere-se aqui aos benefícios recebidos pela função psicoeducativa do PP. **Agora tem outra coisa, eu fiquei sabendo que eu tenho problemas, que trago marcas do meu passado que podem interferir. Acho que eu até já via isso, mas sabe... a gente não tem estudo... não sabe explicar direitinho como a (plantonista). Eu queria continuar conversando com ela mesma... não pode?** Indicativos de uma boa formação de vínculo que facilitou que, a partir do momento em que se sentiu incondicionalmente aceita, abrir-se para uma possibilidade de ressignificação.

Expliquei que poderia encaixá-la em psicoterapia dentro do meu grupo de supervisão, que eu continuaria a supervisionar, mas que com a plantonista não, porque ela já era formada e estava ali só para atender pela pesquisa. E mesmo que fosse aluna, Plantão é Plantão. Expliquei-lhe novamente o que é Plantão. Deixei a Clínica à disposição. Disse-lhe que poderia me procurar diretamente.

Despedimo-nos.

#### Síntese Específica da Entrevista de *Follow Up*

Paciente demonstrou que não tinha conhecimento da real identidade do psicólogo clínico e nem tão pouco de um plantonista, sendo que os atendimentos serviram para colocá-la mais próxima desse conhecimento. Procedimento do Plantão logo de início sugere uma organização que facilita ao paciente organizar-se e separar papéis. Referiu-se também a estar desorientada e em crise que fragilizava seu ego quando da chegada ao Serviço e ao começar a receber acolhimento, aceitação e legitimidade, vê-se diferenciada. Isto se torna o primeiro passo para a formação de um vínculo e uma aliança terapêutica, que, possivelmente refletirá mais tarde em um aumento de sua auto-estima. Aponta como fator de facilitação, o fato de não ter sido julgada e sim, acolhida em sua aflição através de manifestação por parte da plantonista de sentimentos de aceitação positiva incondicional através da tão esperada transferência de ressonância.

Referiu-se aos benefícios recebidos pela função psicoeducativa do PP. Indicativos de uma boa formação de vínculo que facilitou, a partir do momento em que se sentiu incondicionalmente aceita, abrir-se para uma possibilidade de resignificação.

Análise pelo plantonista

Aqui o Plantão se fez presente naquilo que sinto ser sua vocação, ou seja, o fato havia acontecido na semana anterior e rapidamente pode sofrer uma intervenção clínica. Imediaticidade do atendimento proporcionando uma intervenção mais desafiadora, porém com grandes chances da obtenção de sucesso. Daquilo que define Plantão posso perceber como verdadeiro a legitimização da dor, o aprofundamento da leitura psicológica dos casos, e a questão do não tentar resolver os problemas do paciente e sim, ver o que está amarrando e se repetindo em suas ações habituais e assim dificultando melhores resultados. Possibilidade e necessidade, de em função da crise, não se centrar nela em específico e sim, no *modus vivendi* do paciente, o que amplia muito a possibilidade de uma visão mais global da questão. Acredito que a minha função no caso foi tirar aquela mãe do desespero, da confusão e da mistura de sentimentos. Acolhimento no momento de crise, ajudando o paciente a retornar a níveis suportáveis de angústia, para depois continuar a administrar suas dificuldades. Ficou óbvio que a situação é muito mais profunda do que pude trabalhar, contudo considero ter colaborado com ela para que se ao menos não houve um vislumbre da porta de saída, pelo menos soube que existia uma. Plantonista sente que, a partir das intervenções, a paciente soube da necessidade de retomada de seu processo de individuação. A partir daí, sentime totalmente limitada. Vai depender dela. Constatação de que o trabalho clínico, de uma forma muito expressiva, vincula-se ao livre arbítrio do paciente em empreender a jornada do auto-conhecimento ou não.

## Síntese Específica da Análise do Plantonista

Constatação da importância da imediaticidade do atendimento levando a uma intervenção mais desafiadora, porém com grandes chances da obtenção de sucesso, justamente por isso. Possibilidade e necessidade, de em função da crise, não se centrar nela em específico e sim, no *modus vivendi* do paciente, o que amplia muito a possibilidade de uma visão mais global da questão. Sentiu que ao acolher o paciente no momento de crise, ajudou-o retornar a níveis suportáveis de angústia para depois continuar a administrar suas dificuldades. Plantonista sente, que a partir das intervenções, o paciente soube da necessidade de retomada de seu Processo de Individuação. Constatação também de que o trabalho clínico, de uma forma muito expressiva, vincula-se ao livre arbítrio do paciente em empreender a jornada do autoconhecimento ou não.

## Análise da Supervisora-Pesquisadora.

Percebo que uma das coisas mais importantes e que mais corroboraram para o bom término desse atendimento foi a habilidade clínica do Plantonista ao , acreditar no momento presente que se afigura e nele investir.

A função do Plantão foi a de orientação à mãe. Essa orientação deu-se de forma específica, individualizada. Seria possível que a plantonista fizesse orientações genéricas sobre sexualidade e adolescência. Ao contrário, esta orientou a mãe após mostrar onde estavam vinculados suas dificuldades pessoais, a dificuldade do filho e o momento presente. As orientações foram construídas após intervenções clínicas.

## SÍNTESES GERAIS

### A – DOS PACIENTES

Para os pacientes ouvidos *em follow up* foi constatado que, por unanimidade, ratificou-se a veracidade dos ganhos e da ajuda recebidas através das sessões de Plantão Psicológico. Para alguns, no entanto, ficou clara a percepção ou a consciência que tiveram a partir desses atendimentos da necessidade de um investimento maior e mais prolongado em suas questões emocionais.

Foram apontados como facilitadores para a obtenção de ganhos, em primeiro lugar, a prontidão e a desburocratização do Serviço. Esse fato, indiretamente, veio a proporcionar uma melhora da auto-estima da pessoa, que se percebeu respeitada como cidadã; com a possibilidade de uma escuta sem julgamentos e imparcial e a energia empregada de forma enfática, por parte da dupla, na busca da visualização de uma saída. Todas as falas convergiram para a importância da vivência de um ENCONTRO, para o fato de se sentirem acompanhados pelo OUTRO, que adquire faces amistosas. Isso dá oportunidade para que se compartilhe questões profundas da alma, através de uma interlocução de qualidade. A partir disso, verificaram que dispunham novamente de suas capacidade de constelação de atitudes de interesse, respeito e dedicação, tal qual o plantonista havia vivido em relação a eles. A postura dialética é apontada de maneira marcante como altamente encorajadora e incentivadora o que torna Plantão Psicológico e Plantonista referências simbólicas, possibilitando assim que uma aliança terapêutica seja mantida mesmo extra PP.

A limitação do tempo cronológico (três sessões) ajudou na percepção e assimilação da necessidade de que o autor de seu grande OPUS deveria ser ele próprio, pois o plantonista funciona assim “como uma parteira”. Não haverá salvadores e sim, luta e esforços pessoais.

Através da validação de seu sofrimento psíquico, sem transformá-lo, no entanto, em bandeira, ocorreu a possibilidade da ampliação da visão de sua dificuldade e isso, por si só, já melhora e torna diferente a reinserção do paciente no seu cotidiano.

São sentidos ainda como ganhos e benefícios os esclarecimentos claros, consistentes e didáticos de uma compreensão diagnóstica menos confusa; que as técnicas psicológicas ajudam a clarear alguns pontos obscuros. Foram citados



também vários ganhos específicos como, por exemplo, dentre outros, um lidar melhor com a ansiedade do dia-a-dia.

Ao funcionar como uma bússola, PP e Plantonista favorecem para que o Ego do paciente retome suas funções adaptativas costumeiras. Pacientes puderam contatar também com um novo paradigma de *cura*, ou seja, aquela na qual não é retirada sua autonomia e independência, aquela que exige sua participação nas resoluções e opções e, sobretudo, aquele no qual a *cura* pode ocorrer através da PALAVRA ou do seu oposto complementar, o SILÊNCIO germinador.

## B - DO PLANTONISTA

Para os plantonistas, as sessões de Plantão por eles conduzidas, tiveram como função, através da possibilidade de intervenções clínicas seletivas e profundas, facilitar para que o paciente compreendesse, por si próprio, sua rede de significados intra e interpessoais. Consideraram que deve ser um quesito *sine qua non* para os atendimentos, a crença profunda na potencialidade, do indivíduo que irá atender. Crer na capacidade de retomada dessa potencialidade, mesmo que nesse momento de crise esta esteja ausente ou obnubilada. Devem principalmente, estar imbuídos em facilitar-lhe a busca de saídas criativas para o seu cotidiano, para que este passe a ser vivido com mais inteireza.

Ao se depararem com pacientes momentaneamente frágeis, em crises profundas e sofrendo, vivenciaram a constelação quase que imediata do arquétipo do terapeuta ferido, fazendo com que disponham de forças de aceitação e solidariedade diante do sofrimento humano ali partilhado. Tudo isso também acontece em forma de *participação mística* e acaba se tornando responsável pela formação de um *caldo nutritivo*, no qual transcorrem mergulhadas as sessões, saindo daí os primeiros brotos do vínculo terapêutico.

Consideraram necessários estarem aptos a lidarem com sentimentos tanto de onipotência como de impotência, pois se trata de uma abordagem com tempo e objetivos limitados.

Deve-se estar preparado para ajudar a arar o terreno, semear, regar e, muitas vezes abster-se da colheita, alegrando-se ao longe.

Constataram a não possibilidade de uma neutralidade do plantonista no momento da crise ou da demanda emergencial de urgência e do infalível crescimento que o Encontro com o Paciente em sofrimento provoca-lhes. Comprovaram que, diante de um tempo cronológico restrito, mesmo assim, podem, em alguns momentos, e não devem abrir mão, da partilha silenciosa. Devem apenas amparar e acolher com sua presença, proteger e garantir momentos alquímicos de transformação. Devem principalmente evitar inundar a sessão, de forma ansiosa, com palavras. Pensam estar assim garantindo ao paciente uma oportunidade, que talvez seja a única, de encontro consigo mesmo.

A respeito das intervenções através de técnicas projetivas e/ou expressivas e de relaxamento, consideraram-nas como um instrumento importante, totalmente viáveis nas sessões, ajudando-os na mobilização do conflito e posteriormente na reassimilação de sua síntese pela consciência. Ressaltaram, porém que o uso de técnicas deve ser constatado como de extrema ajuda para o paciente, uma vez que as mesmas tanto podem facilitar como prejudicar o vínculo. Na realidade, o problema não estaria no âmbito das técnicas e sim, em seu manejo exagerado ou insuficiente. Viveram as totais possibilidades de intervenções intrapsíquicas profundas, mesmo em um tempo cronológico limitado, pois descobriram que o tempo que é vigente na crise ou na demanda emocional de emergência é o tempo interno do paciente, um tempo de ruptura, diferenciado e mais ávido e promotor de possibilidades de mudanças.

Deverá haver por parte deles, plantonistas, o total comprometimento com o atendimento em sua totalidade e completude, esgotando todas as possibilidades clínicas das sessões e só depois se valerem do recurso do encaminhamento, quando realmente necessário.

Aprenderam que o Plantão tem como natureza inserir-se em uma Rede de Serviços de Saúde, sendo dela mais um elo. Enfocando esse aspecto especificamente, constataram de forma frustrante a limitação, a pobreza, o descaso e a ineficiência dos Serviços Públicos de Saúde.

Entenderam que a função do plantonista é tão somente ajudar na reconexão do paciente, com suas forças férteis e saudáveis de luta. Valorizaram também a posição dialética dos atendimentos, observando que esta facilita na formação do vínculo terapêutico e na inclusão quase que imediata do plantonista como referência emocional do paciente.

Como posicionamento social verificaram que devem assumir uma postura crítica e contestadora sem, no entanto, intencionarem destruir nada ou transformarem-se “numa esquerda festiva”. Devem clamar pela melhoria de algumas práticas e condições para o ser humano, aqui em questão, o seu paciente. Para tanto, percebem que necessitam além de um saber consistente, de condições pessoais mais elaboradas, de espírito crítico, coragem e vontade para empreenderem um embate, por exemplo, na contestação de um laudo errado, na utilização de uma medicação desnecessária, em um procedimento agressivo e desumano desde que isso fique criteriosamente constatado através da ciência psicológica.

Como ganho máximo oferecido ao paciente, acreditam seja a oportunidade de uma vivência transferencial de ressonância, ou seja, fazer com que o paciente sintasse aceito, cuidado, bem vindo, ajudando-o assim na recuperação de sua(s) ferida(s). Seria quase que a possibilidade de um retorno ao aspecto nutritivo do arquétipo da Grande Mãe, ou às potencialidades do SELF, para que, ao realizarem um movimento de centroversão da energia psíquica ao seu ponto mais criativo, dali retornem revigorados.

Acreditam que as intervenções no Plantão Psicológico, por estarem compreendidas dentro da Atenção Psicológica são mais flexíveis, mais imediatas, diretas e ativas. Necessariamente, tiveram que desenvolver largamente sua capacidade de tomada de decisões com maior rapidez, eficácia assim como independência de ação. Isso os ajudou, no que lhes coube, a divulgarem e a desmistificarem o papel do psicólogo em especial o do psicólogo clínico, visto de forma tão estereotipada e caricata pelo imaginário coletivo.

Para concluir, referindo-se ao quão diferente e sem anteparos são os atendimentos de Plantão, disseram que ao mesmo tempo em que não se conta com nenhum tipo de pré-conhecimento sobre o paciente que virá para o atendimento, nenhuma ficha, nenhum diagnóstico ou coisas afins, que chega porta adentro como uma incógnita, abrindo-os necessária e forçosamente para a presença do imponderável, transformando-se esse fato em motivo de angústia e apreensão, ajuda-os a não formarem pré-concepções e nem fantasias a priori.

Isso vem auxiliá-los na escuta menos contaminada e torna-lhes o olhar menos comprometido com projeções. Sentiram que isso os disponibilizou emocionalmente a um estado de SER mais transparente e real.

## C – DA PESQUISADORA.

Para nós, a partir da análise das 30 sessões de Plantão, da elaboração do depoimento dos plantonistas e das 10 entrevistas de *follow up*, constatamos vários aspectos a serem observados por diversos ângulos.

Ao disponibilizarmos ao cliente um ambiente seguro, protegido e acolhedor, estávamos concomitantemente constelando no plantonista, quase de imediato, *o arquétipo do curador ferido*, dando-lhe mais facilidade de estabelecer uma contratransferência empática.

A conseqüência dessa constelação leva ao paciente a possibilidade de vinculação terapêutica segura. Este fenômeno passa a configurar-se como a mãe de todo o processo de Atenção Psicológica oferecida no Plantão Psicológico. Os atendimentos tornam-se pessoais e diferenciados, artesanais, a partir das necessidades específicas daquele paciente. Isso permite que se realize um trabalho que visa a atingir suas forças criativas, tão desacreditadas diante das constantes e sucessivas focalizações nas suas patologias, desenvolvidas por quase todos os Sistemas de Saúde.

Observamos que a grande mola mestra destas conquistas vem de uma prática interventiva dialética, na não observação do princípio de neutralidade do terapeuta, no crescimento emocional bilateral da dupla terapêutica que vive o momento e, no envolvimento de ambos com o processo. Essa *circumambulação* sobre a demanda, de maneira focal, possibilita a ampliação da consciência do paciente, dando-lhe possibilidade de prospecção, saindo de um causalismo redutivista e tendente a justificativas estéreis. Observamos também que tudo isso foi facilitado pelo fato de, no momento da crise ou da emersão da demanda emocional de urgência, o indivíduo conectar-se a estágios intrapsíquicos mais predisponentes à mudança. O que ocorre a seguir é um desbloqueio da energia psíquica retida em um ou em um grupo de complexos. Esse desbloqueio promove uma atividade de retomada das atividades do eixo ego-self, possibilitando o diálogo entre consciente e inconsciente. Suas forças criativas, até então estagnadas no Inconsciente Coletivo são alcançadas e tocadas, transformando-se em potencial de autocura a ser atualizado.

Importante ressaltarmos a necessidade absoluta e imprescindível de habilidades clínicas por parte do Plantonista, demonstradas através da capacidade

de estabelecer vínculos íntimos, de agir com independência, senso de iniciativa, tomada de decisão, equilíbrio emocional diante da imprevisibilidade do Serviço, capacidade de escuta e acolhimento sem paternalismo, capacidade de utilização de técnicas verbais, projetivas/ expressivas e de relaxamento, capacidade de silenciar-se, e capacidade de desligamento e de incentivo ao desvinculo, além de um bom conhecimento e uma boa articulação com os recursos comunitários disponíveis. Deverá também descobrir atalhos que facilitem ao paciente beneficiar-se do que se tornar necessário.

Outro fator extremamente relevante foi o de prestar-se a rever, através da Atenção Psicológica, o diagnóstico da pessoa em crise, que corre o risco de cronificação, que já vinham sendo atendidos por práticas terapêuticas desatualizadas e não indicadas, mais enfáticas na “doença” que no próprio doente, assim piorando-lhes sensivelmente.

Ao confrontar de forma ética, velhos padrões e crenças pseudoterapêuticas, acelerou-se as intervenções rápidas e pontuais, contando para isso com uma compreensão diagnóstica clara, concisa e direcionadora.

Entendemos também que podemos falar em diversos modelos de Plantões, desde aqueles que se dispõem a apenas uma escuta empática, até aqueles que se propõe a favorecer que ocorra uma aliviante catarse. Esses modelos são bons e necessários, especificamente diante das demandas do homem contemporâneo, tão carente de recursos da Saúde Pública.

Porém, aquele modelo que acreditamos e fizemos dele objeto de nossos estudos, é um tipo de Plantão Interventivo, no qual nos comprometemos com resultados, é claro, dentro daquilo que se é possível obter ao estarmos no âmbito de atendimentos psicológicos clínicos, considerando-se sempre o tempo e objetivos limitados.

Em relação ao usuário certo, aquele que se beneficiaria com as intervenções nas sessões de Plantão Psicológico, percebemos que não necessariamente, por tratar-se de uma intervenção em tempo breve, deva tratar-se de paciente egoicamente estruturado. Temos obtido bons resultados e, de certa forma, sido surpreendidos com pacientes que aparentemente não se beneficiariam com esse tipo de intervenção. A formação de um bom vínculo psicoterápico e a presença da ajuda no momento imediato em que ela é sentida como necessária, têm suprido muitos aspectos tidos como relevantes e imprescindíveis.

Observamos ainda que, mesmo estando afastado da prática junguiana de longa duração, aquela que preconiza a necessidade de um tempo terapêutico mais prolongando em nome do acompanhamento devido e necessário ao Processo de Individuação, ocorrem nas três sessões do Plantão, três das quatro fases que ocorrem em um Processo Terapêutico, identificadas por C.G.JUNG.

As fases ocorridas são a da confissão ou catarse, da elaboração ou elucidação. A educação para o ser social, terceira fase, tem início dentro de movimentos de análise e síntese.

A quarta fase que seria a da Transformação fica mesmo como proposta e, devidamente vislumbrada como possível.

Entendemos, então, que outra função do Plantão Psicológico é a de dar ao paciente a condição de retomada de seu Processo de Individuação. Os conceitos junguianos mostraram-se altamente eficazes na compreensão diagnóstica dos casos por nós estudados, mostrando-se atualizados para o homem do século XXI. Deram ao Plantão uma oportunidade considerável de aprofundamento nas demandas trazidas.

Também, trabalhar dentro de uma Rede de Serviços Públicos, seria função do Plantão Psicológico, garantindo ainda mais a obtenção do propósito maior, que é dar oportunidade ao cliente que se retome em todos os diferentes aspectos de sua vida.

Como último elemento de análise, gostaríamos de destacar que a forma ágil, desburocratizada e acessível oferecida à população pelo Serviço, divulgam, desmistifica, exalta de forma abrangente a atuação do Psicólogo, em especial em sua identidade Clínica. Esta identificação é sempre dificultada pela imensa quantidade de Escolas Psicoterápicas as quais nos vinculamos, assim como, pela infinidade de práticas clínicas executadas de maneira comprovadamente científica ou não. Em decorrência disso, muitas vezes perdemos de vista nosso grupo de pertença, o dos psicólogos. Com isso, muitas vezes confundimos a sociedade, também.

O psicólogo clínico, entendido dentro da Proposta de Atenção Psicológica oferecida pelo Plantão e, atendendo pelo nome de PLANTONISTA, faz-se imediatamente presente, necessário, colaborador de um processo social conturbado e degenerador, está presente no exato momento da necessidade emocional do indivíduo, como diz singelamente o slogan do nosso Projeto, garante que:

“O que é psíquico também não pode esperar”



Capítulo VI

Separando e classificando os grãos...

O circumambulatio da colheita!

Não existe nenhum caminho lógico  
para o descobrimento das leis elementares:  
o único caminho é o da intuição.

Albert Einstein

Daremos início à nossa discussão, obedecendo a seguinte ordem: serão analisados os elementos comuns nas respostas dos pacientes, posteriormente com os plantonistas e finalmente aqueles que vieram de nossa parte, a pesquisadora.

A - Pelo seu âmbito, o que nos revela o vivido do Paciente? Qual seria para ele, a natureza do Plantão Psicológico?

- Quanto aos elementos positivos (a partir da prontidão do atendimento e do conhecimento do papel do psicólogo clínico/plantonista).

Todos os clientes estudados nesse grupo apontaram ganhos e os creditam largamente ao fato de terem sido atendidos de imediato à sua solicitação, no momento exato no qual procuraram ajuda para sua demanda emocional, de maneira “desburocratizada”. Alguns se sentiram incentivados a prosseguirem em sua busca pessoal de individuação depois dos atendimentos, assim como, a partir de um conhecimento maior do papel do psicólogo clínico e de suas reais possibilidades de intervenção.

Buscaremos em C.G.Jung as explicações para tal fato.

Para ele, a idéia de um terapeuta isento estudando seu paciente como um caso clínico ou animal de laboratório foi encarado como impossível e mesmo que fosse possível, indesejado(WHITMONT, 1995).

Considerava absolutamente necessário e essencial um encontro direto e pessoal. Era, por conseguinte adepto de que o terapeuta deveria aprender o máximo que pudesse de tudo, mas que deixasse isso do lado de fora para privilegiar o encontro entre duas almas. (JUNG, 1993b).

A concepção junguiana da função do terapeuta não é a de que ele deva dirigir, conduzir ou forçar suas teorias ao paciente e sim criar um espaço capacitador



onde duas pessoas irão encontrar-se e ambas terão algo a dizer. Influenciado pela física moderna com cujos pais conviveu em Zurique, tal qual Einstein e Pauli, que segundo von Franz (1980) acreditavam no princípio da indeterminação, no qual é defendido que uma observação totalmente objetiva é impossível, pois a presença do observador sempre afeta o observado, aquilo que se apresenta sempre é um produto de ambos ou de todos os elementos presentes, ou seja, seus padrões e campos psíquicos interagem.

O conhecimento, a teoria e a experiência são desejáveis, mas não tomam, não podem tomar o lugar da vitalidade, da capacidade de entrar em harmonia, de responder às características múltiplas e diferenciadoras da vivência individual da profundidade e da amplitude do espaço de vida da pessoa. Quanto mais variada for a paleta do analista maior serão os matizes de cor, feitio e estilo que é capaz de abarcar e com as quais pode atuar avizinando-se da alma do paciente (WHITMONT, 1995, p.265).

Segundo a concepção de Silveira (1993), coube a Jung a reabilitação do termo e do conceito de Alma para a Psicologia. “Denomino alma a atitude interior, isto é, a forma e o modo com os quais alguém se comporta em relação aos processos psíquicos internos, o caráter que apresenta ao inconsciente” (JUNG, 1996, § 758).

Acrescenta Píeri (2002), que a função natural da alma consiste em estabelecer uma ligação entre a consciência e o inconsciente, e que o significado do termo não varia nem mesmo quando surge para indicar uma relação com um objeto interno, como um sistema invisível de relação da consciência com o inconsciente.

Sobre a mesma definição, Grinberg (2000), que capta a visão junguiana em sua essência de forma sintética, alma é sinônimo de psique. Psique no sentido de mente consciente e inconsciente, cujo centro é o Si-Mesmo e não mais o Ego. Adotaremos no o presente trabalho esta visão.

Porém, acrescentaremos a ela também a visão de Barcellos (2006), para que esta possa ser vista de uma maneira mais explícita. Quando falamos em alma, não estamos nos referindo a algo apenas abstrato, a algo que ocorre na subjetividade do indivíduo apenas. Ao contrário, o próprio conceito de Individuação esclarece a imperiosa necessidade desta fazer-se no mundo.

Falamos de uma alma que se relaciona com o mundo, que está no mundo. Há alguns anos, junguianos da chamada Linha de Psicologia Arquetípica ou Imaginal,

com o objetivo de avançar no pensar da Escola, de inventariar pormenorizadamente o legado de seu grande mestre, cujo precursor trata-se de James Hillmann, têm se preocupado em levar a alma para além dos limites dos consultórios e mesmo da pessoa humana. Estamos aqui falando em psicoecologia, que não nos interessa nesse exato momento.

Continua argumentando o autor Barcellos (2006), que nossa Psicologia nasceu em cidades tal qual Viena, Zurique, Paris e que, portanto, o enlace entre *psyché e polis* ocorreu desde o nosso início. Continua incentivando a buscarmos a alma na cidade, na esfera pública, na burocracia, na mídia, nas ruas onde parece estarmos ainda mais à mostra em nossa patologia coletiva, em nossa necessidade de consciência.

A coragem de rever a noção de subjetividade, ou de refletir sobre o mito da interioridade, parece-nos de extrema importância nesse momento de transição, em todos os sentidos.

[...] o espaço público, no mais das vezes, volta-se contra nós, com feiúra, desintegração e morte; a mídia verteu-se apenas num espaço demagógico e violento. Negócios paranóicos, edifícios catatônicos e anoréxicos, consumo e lazer maníacos, instituições opressoras, burocracia esquizóide, ambientes urbanos hostis, enormidades delirantes, cifras deprimidas e uma constante repressão da beleza, para não dizer da alma. [...] Observamos hoje o que chamaríamos de "retorno do reprimido". (Barcellos, 2006, p.98).

James Hillman (1993), mentor destes pensamentos, pontua que, o psicoterapeuta é aquele que, literalmente, está a serviço da alma, posiciona-se como um atendente da alma. Para ele, a alma seria encontrada na recepção de seu sofrimento, na atenção dada a ele, no seu esperar.

É para o atendimento dessa alma que existe, no nosso entender, o Plantão Psicológico, dentro de uma visão de mundo e de homem preconizadas pela psicologia junguiana, as quais têm se mostrado totalmente de vanguarda e compatíveis com as necessidades atuais.

Diante das experiências vividas no atendimento às crises e demandas emergenciais de urgência, tornou-se inevitável correlacionarmos nossas vivências no Serviço de Plantão Psicológico com a busca de identidade ou necessidade de redefinição dela, que vivemos no contexto da Psicologia no Brasil de hoje. Vejamos:

Nosso modelo clínico clássico, de longa duração, é herdado de uma prática médica estrangeira, construindo-se solidamente sobre ela. O chamado raciocínio médico opera com três fantasias fundamentais: a de doença, a de cura e a de paciente.

Chamaremos atenção para a questão da cura em atendimentos psicológicos especificamente a cura no Plantão.

Aponta Barcellos (2006) que o verbete cura indica o ato de restabelecer a saúde, mas também significa um processo que deixa algo amadurecido, que lhe salienta o sabor, de certa maneira, temperando-o e diferenciando-o. Dessa maneira, poderíamos reter conosco no Plantão Psicológico esta noção de cura, cientes de que colaboramos com o início de um processo, ou seja, "ouvindo metaforicamente, podemos então imaginar o nosso trabalho clínico como um procedimento que leva à cura, agora como quem visa ao sabor, ou seja, à essência que se mostra" (BARCELLOS, 2006, p.130).

Para a palavra paciente, que adotamos definitivamente, também poderemos atribuir metaforicamente outro sentido, um novo uso:

A vivência do mundo das trevas nos transforma a cada um em pacientes, assim como também nos dá um novo sentido à paciência. Dizia uma máxima alquímica que em sua paciência estava sua alma, dizendo que a alma é encontrada na recepção de seu sofrimento, na atenção dada a ele, no seu espera (HILLMAN, 1973 citado por BARCELLOS, 2006).

Passaríamos a entender que, nos atendimentos a Crises e Demandas Emergenciais de Urgência, não trabalhamos com a Doença do paciente e sim, pacientemente apostarmos todas as nossas fichas em sua Saúde, entendendo-a como um estado no qual a fluidez psíquica é retomada, passando o paciente a realizar experiências com o seu Ser, onde nada mais seria definitivo e nem irremediavelmente petrificado, e sim um estado de transformação e de vir a ser Jung (1991b § 99), pois toda neurose nasce de uma visão de mundo reduzida (IDEM, § 107).

O fato de o paciente buscar por ajuda, o fato de decidir-se a parar de sofrer, nos possibilita ajudá-lo na circum-ambulação de suas dificuldades, quaisquer que sejam elas e ajudá-lo na ampliação de sua consciência, favorecendo-lhe a mudança.

Passaríamos a entender para a ação do Plantão Psicológico a palavra Saúde como sinônimo de possibilidade de TRANSFORMAÇÃO e de SUPERAÇÃO. Acreditava Jung que o objetivo mais nobre da prática psicoterápica não fosse o de colocar o paciente em um estado contínuo e impossível de felicidade e sim, possibilitar-lhe adquirir paciência e firmeza para um equilíbrio entre sofrimento e tristeza (IBIDEM, § 185).

Portanto, tal qual Barcellos (2006) penso que ao implantarmos o Plantão Psicológico e nos esforçarmos para que o mesmo floresça, enfrentando todas as intempéries do caminho, estamos diante de uma psicologia clínica re-visionista, que se re-pensa continuamente.

Seria o caso, inclusive, de abriremos um debate mais amplo ao nos perguntarmos se nossa prática clínica de hoje, correspondente a real natureza da Psicologia a ser desenvolvida no Brasil.

Não poderíamos questionar aqui, diante da identidade assumida pelo psicólogo na prática do Pronto Atendimento, se esta não seria realmente a identidade correspondente ao psicólogo brasileiro. Nossa identidade não estaria na prontidão, na expansão dos nossos atendimentos, no desapego a ortodoxias, na extinção da disputa entre Escolas, na união de esforços para a criação de novas práticas, na agregação de corpo teórico para práticas que hoje vivem sem repercussão, no desenvolvimento de atuações que nos possibilitassem maior abrangência, na ação mais rápida e menos planejada, quase que de forma alienada a uma realidade vigente. Isso não daria ao Psicólogo Clínico uma cara mais brasileira?

Não seria a identidade do Plantonista a identidade a ser assumida como a do psicólogo clínico no Brasil de 2006?

- Quanto à vivência de um encontro entre dois indivíduos

Diretamente ligado à questão da identidade e do papel do psicólogo clínico /plantonista presentes no contexto, daremos ênfase à questão da existência de um genuíno encontro entre Plantonista e Paciente.

Jung (1991a) entendia ser a psicoterapia um processo dialético, em que duas almas se encontram e uma tem a aprender sobre e com a outra.

Entendemos que este Encontro torna-se possível e necessário também para o Psicólogo/Plantonista e seu Paciente, mesmo diante do imediato requerido pela urgência e ousamos dizer, até mesmo por causa dele.

Retomemos para tanto, nossas definições em capítulos anteriores de clínica e de psicoterapia. Clínico, derivativo do verbo *klinné*, como aquele que se inclina sobre, que vai à cabeceira do leito do doente, que trabalha com os sintomas e psicoterapia como algo que cuida, que oferece possibilidades para um recomeço, para uma despetrificação e veremos que isso é totalmente viável no Plantão Psicológico.

Boa parte do trabalho do psicólogo junguiano, assim como o do plantonista consiste em manter uma situação terapêutica como um campo no qual a transformação do indivíduo seja facilitada. Um campo transformador, ou seja, um continente, um *temenos*, um *vas*, um *lugar sagrado*, no qual o ego pode deintegrar-se em seus componentes e talvez vivenciar aspectos de sua natureza mais profunda não acessíveis no cotidiano (STEIN, 2005).

Entendemos que a neurose, a desordem de personalidade, a dificuldade no âmbito social está oculta tanto do paciente quanto estará oculta do plantonista no início dos atendimentos.

O relacionamento analítico, entretanto, não é idêntico ao que se denomina análise da transferência e contratransferência, como poderiam pensar alguns, por termos uma de nossas origens junto à Psicanálise. Hoje, não a descartamos, mas acrescentamos novas possibilidades ao nosso fazer, aliás, diga-se de passagem, desde o célebre e traumático rompimento entre Freud e Jung.

Primamos, para que no curso da análise/ psicoterapia junguiana exista um autêntico encontro entre duas pessoas (JACOBY, 1995).

Verificamos que o mesmo encontra-se na Atenção Psicológica, a qual se propõe o Plantão, sendo, então, totalmente passível a convergência de propostas.

- Quanto ao relacionamento humano como produto desse Encontro.

Falamos em encontro significa falamos em Relacionamento Humano. Duas atitudes básicas, segundo Jacoby (1995) perpassam os relacionamentos humanos: a atitudes Eu-Iso e a Eu-Você.

Parte ele do princípio que toda relação humana é baseada em projeções. Falamos em projeções, quando os elementos psíquicos que pertencem às

experiências subjetivas são vivenciados no mundo exterior em relação às outras pessoas ou objetos. Isso significa que realmente podemos não estar de todo conscientes de que estes elementos sejam realmente parte de nossa estrutura psíquica.

Sendo assim, a atitude Eu-Isto significa que, de alguma forma, os outros se prestam a alguma finalidade por nós pretendida e essa atitude aparece de forma sutil, em quase todas as relações íntimas. O Outro se torna um objeto para minhas próprias necessidades, desejos, fantasias e temores, portando a projeção da minha realidade.

Já a atitude Eu-Você é caracterizada por levar a realidade da outra pessoa em consideração (JACOBY, 1995).

Existirá, portanto, sempre a necessidade de comunicação, de união, mas também a necessidade de isolamento, de limites, de reconhecimento mútuo.

Se a realidade do VOCÊ puder ser levada em verdadeira consideração nos momentos decisivos, já é uma realização humana bastante valiosa e a isto procuram prestar-se os atendimentos no Plantão Psicológico.

Busca-se se aproximar do paciente através da empatia, porém manter-se de certa forma capaz a não perder o contexto global (do terapeuta e do paciente), a fase de desenvolvimento na qual se encontra e a própria Psicologia (BARCELLOS, 2006).

Gostaríamos de evidenciar, no entanto que embora o psicólogo plantonista seja forjado em uma forma diferente da usual, o mesmo é humano e passível de erros e equívocos. Seriam considerados equívocos dos plantonistas/psicólogos, se tivessem seus pacientes como objetos de satisfação de suas necessidades pessoais, tais como sucesso, poder, curiosidade etc, ou como objeto de seus próprios temores (LOBRIOLA, 2000).

- Quanto à escuta facilitadora do Relacionamento Humano.

Para que ocorra um bom Encontro que facilite um bom relacionamento terapêutico, salientamos sempre a necessidade de uma escuta autêntica na qual, de partida, o profissional não se colocasse de uma forma majestosa diante de seu paciente, mas simplesmente como um caminhante ou terapeuta ferido se quisermos fazer uma tradução para uma linguagem mítica.

A questão da Escuta é uma questão extremamente delicada para todo o

mundo psi e assim também o é para o Plantão, tão acelerado pela presença da urgência.

Alonso (2003) aponta que as práticas analíticas resgataram para a Psicologia Clínica o campo fecundo da Escuta. Argumenta que o império da objetividade positivista recolhia e anotava todos os dados que aparecessem diante dos olhos, aqueles observáveis. A narrativa de uma pessoa, pós-hipnose, começa a interessar apenas a partir de Charcot, dentro do advento da ciência positivista.

Pode ser pelo simples fator que, quem se dispõe a escutar, depara-se com o inesperado, com o imponderável, com o inexplicável e por aí afora.

A abertura do campo da escuta traz à cena à história do paciente. A história de seus fantasmas que vem sendo constelada, através dos sintomas que se escancaram aos nossos ouvidos.

Ainda que para o clínico, sua própria psicoterapia seja condição *sine qua non*, esta ainda não garante uma escuta. Pelo contrário, o aspecto revisionista da Psicologia Clínica ao qual vê-se exposto atualmente, seus próprios fantasmas, além da complexidade da era contemporânea da qual é parte integrante, podem limitá-lhe a escuta.

Coincide sobre o mesmo ponto Rosa (2002), falando-nos sobre a amplitude e compromisso da escuta clínica com a prática de uma psicologia real e a serviço do indivíduo.

Desenvolve uma profunda reflexão sobre os sentimentos de desproteção decorrente da transgressão das normas elementares, dos abusos e da corrupção que vemos aparecer nesta etapa avançada da modernidade e da ruptura do contrato social. Discorre sobre aquilo que denomina como a irrupção do traumático, aquilo que está fora de sentido. Completa que, ao homem contemporâneo, a irrupção do traumático encontra-se extremamente facilitada e isto o fará sentir na pele a falta de recursos pessoais necessários para a sua elaboração.

Por este motivo, a mesma autora (2002) acentua a necessidade de construção de uma escuta clínica que leve em consideração a subjetividade daqueles a quem denomina de excluídos. Para tanto, deve o psicólogo buscar uma qualificação que o habilite a detectar as malhas de dominação que insidem sobre os indivíduos e a não confundirem seus efeitos com ele.

Amplia, abordando as dificuldades que se impõem à escuta clínica nas Instituições e que muitas vezes, as práticas clínicas institucionais acabam a serviço

da mera adaptação do indivíduo ao sistema e não ao seu Processo de Individuação (MELLO, DAMIÃO JR, 2006).

Define escuta clínica como “aquela que implica em que o terapeuta suporte as projeções, ou seja, ocupe o lugar de suposto-saber sobre o indivíduo – uma estratégia para que o indivíduo supondo que fala para quem sabe sobre ele, fale e possa escutar-se e se apropriar de seu discurso” (ROSA, 2003, p.4).

Vale-se desse recurso muitas vezes o Psicólogo Plantonista.

Verificamos, no entanto, o quanto ficamos expostos neste tipo de atendimento sem anteparos, diante da população que atraímos etc, podendo provocar-nos uma resistência a uma Escuta límpida. Podemos nos tornar vítimas se ficarmos exclusivamente sob o peso da situação social que dificulta uma necessária relação intersubjetiva, diagnósticos e encaminhamentos apressados, uma avaliação precária e preconceituosa da demanda do paciente, uso inadequado de teoria e técnica, explica Quintaes (2002), gerando uma comunicação deficiente, sem nos atentarmos para o sofrimento, escondendo-o sob interpretações desnecessárias. A pior de todas as conseqüências do mau uso da escuta por parte do plantonista psicólogo recairia no fato de utilizar-se defensivamente de sua teoria para o seu gozo de “competência”.

Cabe a nós, psicólogos clínicos/terapeutas, e agora Plantonistas, resgatarmos, como afirma o junguiano Quintaes (2003), a radicalidade da proposta clínica analítica, a da possibilidade de Individuação, da saída da massificação cruel e ressaltar o caráter ético e político dessa Escuta. Escuta essa que pressupõe o rompimento com o pacto de silêncio do grupo social a que pertencemos e do qual usufruímos.

- Quanto a fala do Plantonista.

Nós, psicólogos, temos criado muitos termos e nomes que nos distanciaram da fala da alma, “psicologizando-a” ou “patologizando-a”.

O avanço da Psicologia científica, da linguagem técnica da psicologia, permitiu que termos da psicopatologia descrevessem estados de alma, caracterizando a própria psicologia. Talvez ela mesma, tenha se confundido com os termos psicopatológicos, enquadrando-os neles para aliviar a angústia da tradução e compreensão da alma (HILLMAN, 1991, QUINTAES, 2003, BARCELLOS, 2006).

Porém, trabalhamos com gente!



Como seria olhar através da dor e do prazer, que nomes teriam tais sensações? -questiona-se Barcellos (2006).

Não pretendemos desvalorizar todos os termos por nós conhecidos, uma vez que nós mesmos já defendemos, em capítulo anterior, a compreensão diagnóstica ocorrida no Plantão Psicológico, como um ganho para o paciente, mas devemos refletir sobre nossa fala tanto quanto o fizemos com nossa escuta.

Ainda Hillman (1991), pensa que poderíamos utilizar a fala, um dos nossos maiores instrumentos, escolhendo mais amorosamente nossas palavras, lembrando-nos que o próprio Jung tinha uma fala mais dionisíaca do que apolínea. Continua ele advertindo sobre o poder das palavras e defende que a mesma coisa pode ser dita de várias maneiras.

Então, como ajudar, como ser remédio e curar o nosso paciente com a nossa fala?

A fala do plantonista deve relacionar-se com as palavras do paciente que fala de sua alma na linguagem popular e comum.

Somos apoiados por Jung:

Minha necessidade consiste, sobretudo em apreender condições complexas e ser capaz de falar sobre elas. Devo ser capaz de explicar coisas complicadas em linguagem acessível e distinguir entre vários grupos de fatos psíquicos. Estas distinções não podem ser arbitrárias, porque devo chegar a um entendimento com o objeto do qual me ocupo, ou seja, meu paciente (JUNG, 1985a, § 286).

O que nos caracteriza como plantonistas, e isso nos aproxima do pensar junguiano clássico, é o fato de estarmos envolvidos com nossos pacientes numa relação simétrica em que consciente e inconsciente da dupla terapêutica esta operando num processo dinâmico e real; e tanto a fala como o silêncio traduzem e revelam essa experiência, como num ritual(HILLMAN, 1995).

Temos percebido muito claramente em nossa prática cotidiana no Serviço que muitas vezes o silêncio diz mais do que o preenchimento do tempo com palavras soltas e ansiosas, até mesmo porque, muitas vezes, não sabemos o que dizer ou fazer. Dessa maneira, entende Alonso (2003), o silêncio pode preceder nossa maneira de falar ao nosso paciente. A tentativa de escolher as palavras que digam o que queremos dizer, não nos deprecia e nem nos tira do nosso lugar de profissionais.As palavras evocam a experiência em estado puro, e o que fazemos

nada mais é do que aproximar o paciente de sua própria experiência, ritualizando-a através do discurso.

O silêncio, na grande maioria das vezes, é entendido como vacuidade e ausência. De fato, nunca aprendemos a arte do silêncio fecundo. O ego racional é por demais inquieto para permanecer calado. No entanto, o silêncio-presença e o silêncio-plenitude são apenas uma vacuidade e uma ausência deste mesmo ego, mas pode conter a presença do Si-Mesmo (ROHDEN, 2004).

Por outro lado, temos que a fala afinada, em sintonia com a alma, evoca em quem escuta novas histórias, novos discernimentos, novas imagens, fantasias, recordações, conduzindo-nos a participação imediata ao conteúdo que nos é trazido pelo paciente. Completa a mesma autora que a alma fala muitas línguas.

A respeito da fala, Levi-Strauss (1974) e Queiróz (2003) contam-nos detalhadamente uma experiência de cura xamânica que ocorre através de um ritual junto à cabeceira primevo adoentado. O xamã, como parte de seu ritual, fala longamente com os espíritos, e dentre outras coisas, conta ao adoecido sobre o início daquela doença em específico, como aquele mal apareceu sobre o Universo e isso é entendido pelos autores como um dos grandes fatores consteladores da cura. No retorno ao início das coisas, a possibilidade de renovação, através da fala, da linguagem.

Entendemos aqui, como uma compreensão diagnóstica por parte do plantonista, levada ao paciente de forma clara e elucidativa, muitas vezes desempenhou um grande papel de cura para aquele indivíduo.

Torna-se perceptível o papel de bússola desempenhado pelo Plantão Psicológico, facilitando o aparecimento de um novo paradigma de cura: aquela que ocorre através da escuta, da palavra, do silêncio germinador e da retomada da paciência como diria Barcellos (2006), através da diminuição da ansiedade, do deixar de sentir-se existencialmente negado, afastado de si mesmo.

Para tanto, são alternados momentos de intervenção e momentos de espera, facilitando para que o Ego do paciente retorne à suas funções adaptativas costumeiras, passando para isso pela conexão Ego - Si-Mesmo, de forma desbloqueadora. O desbloqueio do eixo ego-si mesmo deve-se a uma re-distribuição da energia psíquica contida em um ou em vários complexos que se apoderou do complexo do Eu.

- A presença amistosa do outro

Através da fala e da escuta empática, o outro, expresso pela figura continente e acolhedora do Plantonista, recupera sua face amistosa, parceira.

A presença e o reconhecimento do outro confirma, por assim dizer, nossa existência e nossa condição no tempo e no espaço - enquanto noção de permanência, do viver. Vale lembrar que ser e estar carregam, em certa medida, um mesmo sentido, que podemos atribuir a uma condição do existir: ser é estar também em relação. Por isso tão importante é a questão da alteridade.(JUNG, 1990b).

Essas atitudes de acolhimento e continência ajudam-no a constelar sua capacidade de aceitar-se, interesse pela resolução de seus conflitos e de alguma forma colabora na retomada de sua a capacidade, então obnubilada pela crise, de recorrer às forças vivas e criativas dos arquétipos de seu Inconsciente Coletivo, confirma Jung (1990b) retomando assim seu Processo de Individuação.

Para a Psicologia Analítica, a mente humana é dividida em mente consciente, cujo centro é o Ego e mente inconsciente. A inconsciente é dividida também didaticamente em duas: a pessoal e a coletiva. O inconsciente coletivo é parte da mente do indivíduo desde o nascimento. É herdado, nasce com ele. O Inconsciente Pessoal forma-se a partir do nascimento, através da constelação dos complexos, que são o seu tecido básico. Como já dissemos anteriormente, o Inconsciente Coletivo é o "*lócus vivendi*" por assim dizer, dos arquétipos. Jung(2003<sup>a</sup>) foi percebendo através de suas experiências clínicas, que memórias além das pessoais estão presentes no indivíduo: aquelas constituídas das possibilidades herdadas da imaginação humana. Estas estruturas são inatas e capazes de se revelarem nos mitos, nas artes etc. Denominou-as de arquétipos. Constituem-se em matrizes, raízes herdadas por toda humanidade. Como estruturas, formas, estão vazias.

Serão preenchidas com as vivências humanas a elas referentes, de maneira individual, representando tudo que é universal tal qual nascimento, vida, morte, luta, envelhecimento, poder, mãe, pai, irmão, trabalho etc. Tudo aquilo que caracteriza a vida humana. São dinamismos.

Assim sendo, no arquétipo está a cura ou o veneno. Quando atua de forma negativa gera comportamentos de rigidez, destrutividade, impotência, mas quando atuam de forma positiva estão por trás de toda atividade criativa humana, sendo fonte inspiradora nas artes, nas ciências e na vida pessoal do indivíduo.(JUNG, 2000).

O valor das idéias criativas está em que, tal como acontece com as chaves vão ajudando a abrir conexões até então ininteligíveis de vários fatos, permitindo ao homem adentrar mais profundamente no mistério da vida (von FRANZ, 1984).

- A questão do tempo de duração das intervenções:

A Psicologia Analítica é contemporânea da grande quebra de paradigmas ocorrida no seio da Física, originando o que hoje denominamos de Física Moderna, Atômica, que deixou de lado o paradigma da neutralidade do observador. Foi por esta grandemente estimulada, especialmente pela Teoria da Relatividade pensada por Albert Einstein (1879-1955), prêmio Nobel de Física em 1921, que apareceu no céu do século XX como um cometa, riscando o céu noturno como um meteoro e explodindo sobre a terra, embora o próprio Einstein com suas descobertas, entenda-se próximo aos antigos místicos (indivíduos atentos às experiências do re-ligare internas), alquimistas e taumaturgos (ROHDEN, 2004).

No início do século XX, a Zurique de Jung fervilhava entre os avanços da Física e o nascimento concomitante da Psicologia Analítica.

A Física nascente a partir do matemático Einstein substitui o Universo estável de Isaac Newton (1643 – 1727), por um Universo Instável: nada é fixo, tudo é móvel; nada é absoluto, tudo é relativo. Tempo e espaço não são duração e dimensão estáticas, definidas, mas algo dinâmico, indefinido. Acabou-se, inacreditavelmente, por comprovar-se, na prática, as observações do filósofo que viveu em uma era pré-cristã, Heráclito de Éfeso. Tudo flui (CAPRA, 1995).

Eistein citado por Rohden (2004) defendia ferrenhamente a tese tradicional de que o universo é regido por uma causalidade absoluta, que tem como corolário a lei da constância da energia (adaptada posteriormente por Jung para a Psicologia Analítica), segundo a qual nada se cria de novo e nada se aniquila, tudo apenas se transforma.

O matemático sofreu grande influência dos filósofos Schopenhauer e Kant, este último paradigma também de Carl Gustav Jung.

Para implantarmos o Serviço na Universidade contamos com algum preconceito em relação à brevíssima duração do Processo, ou seja, um atendimento, dois retornos e uma entrevista de follow up, embora nossas sessões não obedecessem necessariamente aos cinquenta minutos de nossa tradição,

podendo ser menos ou bastante mais, conforme o necessário ditado pelo momento do paciente e passado pelo crivo do psicólogo/plantonista.

Eram inicialmente vistos como algo de segundo escalão, como se nós psicólogos clínicos nada pudéssemos fazer em um breve espaço de tempo.

Também o paciente que a nós acorria, muitas vezes, via-se às voltas com estas contradições: o de achar que demoraria muito tempo para que obtivesse algum resultado oriundo de seus atendimentos em oposição ao medo de tornar-se “dependente” dos atendimentos psicológicos. Inclusive nós, Plantonistas, de início, muitas vezes confundimo-nos muito em relação ao tema, em relação à duração da sessão, assim como com o todo do Processo, embora entendendo racionalmente, tal qual nos ensinou Knobell (1986), que psicoterapias breves ou focais tratava-se de propostas de tratamento psicológico com tempo e objetivos limitados.

Novamente, ocorrem-nos os dados de pesquisa do Conselho Federal de Psicologia (2002), certificando que a profissão do psicólogo ainda é caracterizada numericamente como uma profissão feminina, com a grande maioria alocada na prática clínica/consultório e de referencial Psicanalítico. Portanto, a face da psicologia praticada no Brasil é a de longa duração, dirigida ao insight e multifocal. Fomos forjados dentro desta realidade, comprometemo-nos com essa imagem, acreditamos nessa identidade como sendo a identidade do psicólogo clínico. Se nós, psicólogos clínicos, juntos, rompermos com isso significa rompermos com a tradição e com o imaginário coletivo equivocado, embora reconheçamos que, hoje, avançamos muito dentro da prática da psicologia clínica. Guardadas as devidas proporções, tal qual fez Albert Einstein na Física Quântica.

Diante dessa constatação, sentimo-nos no dever de reconhecer o grande mérito da prática clínica para a Psicologia do Brasil, ousando dizer que sem ela, não haveria Psicologia no Brasil ou pelo menos que ela não teria chegado aonde chegou atualmente. Se estamos passando por transformações é porque temos o que transformar e isso em grande parte deve-se à prática clínica consultório. Mas ela hoje precisa progredir, precisa de novas respostas para novas perguntas.

Porém o que nós aprendemos e aprendemos com os resultados positivos que obtínhamos em um curto espaço de tempo, longe está de levarmos a considerar o Plantão Psicológico como uma panacéia. Nem pretendemos. Entendemos que para o paciente, o fator positivo ocorre, pois ao chegar e ser atendido de pronto, acolhido em seu momento de necessidades psicológicas especiais e urgentes,

dentro de seu momento de caos, também é capturado dentro da vivência de um TEMPO SAGRADO, como escolhemos chamá-lo.

Temos muitas definições para estes lapsos de tempo, desde as mais “científicas” como o fizemos acima, através dos parâmetros da Física, até as mais “espiritualizadas”, se quisermos seguir a linha dos antropólogos, mitólogos, físicos, psicólogos como também as reflexões sobre o assunto de Suzuki et al (1960).

Consideramos profundamente oportuna àquela oferecida por Bastide (2001) e a adotamos:

Efetivamente o tempo sagrado sempre se compõe de caos e de recriação do mundo, de destruição da ordem normal e do restabelecimento da ordem perdida [...] há momentos de confusão que irrompem no mundo e momentos de restabelecimento da ordem.

O conceito junguiano de sincronicidade nos é extremamente útil, pois esclarece a ocorrência de certos “fenômenos-limite” ou acontecimentos excepcionais: explica-nos, assim, como adaptações e mutações significativas podem ocorrer em um menor prazo de tempo do que o requerido por mutações inteiramente devidas ao acaso, pois se devem a uma grande mobilização arquetípica (von FRANZ, 1985).

Dando continuidade às explicações, o pai da psicologia analítica defende que *“O princípio da causalidade nos afirma que a conexão entre a causa e o efeito é uma conexão necessária. O princípio da sincronicidade nos afirma que os termos de uma coincidência significativa são ligados pela simultaneidade e pelo significado”* (JUNG, 2000, § 906), ou seja, *“espaço, tempo e a causalidade estão para a Física Clássica (idem, § 951), assim como a descoberta da descontinuidade pela Física Moderna (desorganização da energia pela desintegração radioativa, por ex.) pôs fim ao domínio absoluto da causalidade (ibidem, § 956). Entende-se, finalmente, que a psique não pode ser localizada espacialmente, ou o espaço é psiquicamente relativo, assim como o mesmo vale para a determinação temporal da psique ou a relatividade do tempo”* (§ 986).

Para finalizar nossos argumentos sobre um tão controvertido tema, torna-se oportuno citarmos os pesquisadores contemporâneos Pereira Jr e Guerrini, I. (2004) que nos falam de um tempo *fractal*, o qual possibilita uma maior compatibilidade com as abordagens psicológicas e sociológicas.

Citam os autores, depois de longa e consistente revisão literária, a existência de algo denominado por eles de “dobras do tempo”, próprias do tempo fractal, em que as linearidades temporais deixam de existir. Argumentam eles que uma forma de evitar a perda do entendimento da dinâmica dos sistemas complexos é o enfoque de temas integradores, assim como é o tempo. Continuam, ampliando, que consideram que o tempo por si só tenha influência sobre os processos que determinam a saúde ou a doença, mas sim que constitua uma dimensão fundamental desses processos, cujo enfoque pode contribuir para iluminar aspectos deixados em segundo plano pela abordagem reducionista.

Exemplificando, mostram-nos que a chamada terceira idade pode ser compreendida em termos de seus aspectos biológicos degenerativos, mas que também como uma época na existência temporal do indivíduo, na qual se abre a possibilidade de novas experiências.

Gostaríamos de perguntar também: tendo em vista o envolvimento do tempo nos processos que se desenrolam na área da Saúde, será que podemos trabalhar com um único tempo absoluto e linear, ou seria necessário trabalharmos com uma multiplicidade de tempos que se relacionassem de uma forma complexa? (PEREIRA JR E GUERINI, 2004).

Reafirmamos a pergunta, levando em consideração aspectos já buscados há tempos dentro da escola junguiana, se não estaríamos bem próximos da proposta de *Unus mundus*, mundo unido, mundo unitário, conceito da alquimia medieval resgatado pela psicologia analítica, cuja cosmovisão implica a existência de uma unidade subjacente em toda a natureza material e imaterial. A vivência *do unus mundus* possibilita a abertura para o eterno. O *unus mundus* é o fundo transcendente que reside em toda a unidade da natureza. A experiência do *unus mundus* dá-se quando o tempo se condensa em uma unidade objetiva intemporal. Isto ocorre nas vivências do sagrado, nos atos da criação artística e nas imagens espontâneas produzidas pelos sonhos (JUNG, 1975).

- Quanto ao compromisso consigo mesmo

Por outro lado, a vivência de um tempo cronológico linear, limitado, porém Sagrado, ajuda-o a iniciar a retomada de sua identidade e assumir-se como o grande autor de seu OPUS. Recorreremos à Alquimia, estudo ao qual Jung dedicou-se, traduzindo textos diretamente do latim e do grego para que assim pudesse

conhecê-la em profundidade, cabendo-lhe trazer para a Psicologia a rica simbologia encerrada nos símbolos alquímicos (von FRANZ, 1993).

Segundo a autora (1993), esta foi uma tarefa que o absorveu uma década.

Iniciaremos pela contextualização do tema.

Alquimia é uma ciência natural que representa uma tentativa de entendimento dos fenômenos materiais na natureza: é um misto da física e da química desses tempos remotos e corresponde à atitude mental consciente daqueles que a estudaram e se concentraram no mistério da natureza, em especial os fenômenos da matéria. Também é o princípio de uma ciência empírica (IDEM, p.15).

Denominavam-se alquimistas aqueles que a praticavam. Estavam estes envolvidos com concepções filosófico-esotéricas, práticas mágicas e conseqüentemente com pesquisas naturalistas, que no seu conjunto visam à transformação de metais vis em metais nobres. Para Pieri (2002), a visão de realidade dos alquimistas era a de que matéria e espírito, assim como homem e universo revelam profunda ligações.

A grande OPUS do alquimista consistia em realizar operações complexas de transformar os metais menos nobres, como o chumbo, por exemplo em nobre, o ouro preferivelmente. Além de conduzir-se para condições de humanidade “nobres” ou “áureas”, transformando-se e tirando-se da forma “impura” em que se encontrava (SCHWARTZ-SALANT, 1995).

Assim nos explica o junguiano:

Com as transformações de qualquer metal no metal por excelência e cada homem no homem por excelência, e, portanto preparando um elixir de longa vida, a alquimia e o alquimista se voltariam, juntos, a produzir essencialmente o evento particular e “secreto”, a obra no seu cumprimento ou realização total e completa (PIERI, 2002, p.29).

Aprofundando-nos mais no entendimento dessa constatação, temos que:

Nesse processo, uma matéria inicial, misteriosa e caótica, chamada de matéria-prima, em que os opostos encontram-se ainda inconciliáveis num conflito violento, deve ser transformada progressivamente num estado de libertação de harmonia perfeita, a “Pedra Filosofal” redentora ou a lápis *philosophorum*: primeiro combinamos, em seguida decompomos, dissolvemos o



decomposto, depuramos o dividido, juntamos o purificado e solidificamo-lo. Deste modo, homem e mulher tornam-se num só (BUCHELEIN VOM STEIN DÊS WISEN, 1778 citado por ROOB, 1995).

Empenhando-se em seus estudos, Jung propõe que o processo alquímico é análogo ao Processo de Individuação, no qual o homem busca também a sua *arethê*, ou seja, a sua excelência, dentro de sua *physis*, sua natureza própria.

A pedra Filosofal seria homóloga ao Si-Mesmo.

Jung considerava que o alquimista projetava sobre a matéria manipulada acontecimentos em curso em seu inconsciente. A ocorrência de projeções psíquicas sobre a matéria nas experiências científicas é um fenômeno geralmente aceito, assim o fazendo o filósofo Gaston Bachelard (1884-1962), os físicos Max Planck (1858-1947) e Wolfgang Pauli (1900-1958), mais recentemente a física norte-americana Maria Mayer, prêmio Nobel de Física em 1963 e tantos outros (SILVEIRA, 1993).

Consideramos que toda pessoa que busca ajuda psicológica no Plantão Psicológico, mesmo que de forma não consciente, o faça porque existe um Opus pessoal a ser realizado ou retomado, ainda que de forma singela e não tão pretensiosa.

**-O reinício** do processo de individuação.

*Antes de darmos início à nossa discussão sobre esse aspecto da pesquisa, gostaríamos de novamente ressaltar que os objetivos do Plantão não são o de acompanhar o indivíduo em seu processo. Entendemos que a vivência de um inóspito e prolongado período de seca anímica, afastou-o de si mesmo, afastou-o de seu Processo, mergulhando-o na crise e no abandono, principalmente o abandono de suas possibilidades psíquicas. Ao Plantão entendemos que caberá apenas ajudá-lo a colocar-se em marcha novamente.*

Silveira (1993) oferece-nos uma definição lapidar de Processo de Individuação ao referir-se a ele como sendo o desenvolvimento da nossa personalidade, a ponto de conviver com tendências opostas e irreconciliáveis dentre de nós.

Analisando o conceito de forma mais ampla, encontramos que Jung via o desenvolvimento como contínuo e não restrito apenas à infância, sendo passível de

várias oportunidades de desenvolvimento psicológico, sendo mesmo uma opção ao alcance de qualquer pessoa em qualquer idade, incluindo aí os de meia-idade e a velhice. Valorizava o desenvolvimento dos primeiros anos de vida, embora não fizesse deles seu objeto de estudo. Tal lacuna hoje se encontra preenchida por um grupo que avançou nestes estudos, denominado por nós de Psicologia Junguiana Desenvolvimentista. Prestou grande atenção às características herdadas e às tendências da nossa personalidade, mas defendia sua profunda crença em que a plena expressão e manifestação da personalidade levava uma vida inteira para acontecer (STEIN, 2000).

Comparava o desenvolvimento da personalidade ao sol nascendo pela manhã, atingindo o ápice ao meio-dia, declinando ao longo da tarde e mergulhando, finalmente, no seu ocaso ao cair da noite. Observando isso, acreditava ele que o homem tinha dois tipos de objetivos, o natural e o cultural. O natural refere-se a responder a todas as expectativas, tais como se casar, ter filhos, obter uma determinada posição social etc. Argumentava ele que para isso a natureza e a educação o ajudavam. Para a passagem deste, no entanto, para o cultural, não existe nenhuma ajuda e é por isso que o seu cumprimento torna-se tão difícil e amargo para tanta gente. É uma espécie de segunda puberdade ou segundo período de ímpetus, não raro acompanhado de todas as variações da passagem para a puberdade. Mas o certo é que as antigas soluções não se adequam mais a esta nova etapa de vida. Todos os valores tornam-se relativos, ainda que as pessoas nem sempre o percebam. Existe uma tendência ao enrijecimento que é entendido na realidade como o medo da vivência dos contrários. Mas quem quiser transferir-se são e salvo para a segunda metade da vida, deve entender que “o mais perigoso e revolucionário está dentro de nós” (JUNG, 1985c, §§ 113-120)

A esse período de profundas transformações, tomando emprestado do léxico grego, batizou-o *Metanóia*.

Portanto, a Individuação inclui mais do que um projeto realizado idealmente na primeira metade da vida, pois a pergunta que se impõe é “*como pode uma pessoa realizar uma unidade psicológica, no sentido mais amplo do termo, unindo consciente e inconsciente se não confrontá-los, a princípio, e abrir-se ao diálogo pleno, posteriormente?*” (STEIN, 2000, p.157).

Sim, porque é perfeitamente possível, adverte (Jung, 1985a), uma pessoa passar uma vida inteira alienada de si mesma e ser até bem sucedida social e superficialmente.

Um impulso para a individuação não seria primariamente um imperativo biológico, mas antes, de natureza psíquica. Na segunda metade da vida ocorre, compensatoriamente, um movimento diferente daquele que aconteceu na primeira, mudando a energia psíquica de rumo. Aplica-se o princípio físico da enantiodromia, porém, a Individuação acontece desde o nascimento biológico do Ser, embora se torne mais perceptível e vigoroso na segunda metade (IDEM, 1985a).

*Pelo seu lado, o que nos revela o vivido do Plantonista? Qual seria a natureza do Plantão Psicológico por ele vivenciado?*

O trabalho dos alquimistas em seus laboratórios era acelerar, ou fazer dentro de condições controladas (laboratoriais), aquilo que a natureza demoraria anos para fazer. A analogia com o papel que o plantonista assume aqui já se delineia: a retomada da “individuação” favorecida pelas sessões de Plantão Psicológico e a relação protegida que se estabelece entre plantonista e paciente como “vaso alquímico” favorece a revisão e a compreensão de costumeiras formas de ser, assim como favorecem a criação de novas perspectivas (JUNG, 1991a).

A palavra “laboratório” significa: *labor*, trabalho e em uma analogia ao encontro ocorrido no Plantão, muito trabalho e também muita ação. Por isso as qualidades exigidas de um alquimista, assim como de um psicólogo/plantonista, são a paciência, humildade, perseverança, muita leitura e um abrir de seu coração.

Geralmente, busca-se a ajuda psicológica em momentos de perdas, confusões, aridez – *caos*. De acordo com o alquimista, a confusão inicial é até necessária, pois somente haverá transformação de algo se houver a desconstrução daquilo que estava cristalizado (LOBRIOLA, 2000).

Mas, como a luz nasce da escuridão, a Atenção Psicológica, contém momentos de “luz” sobre nossos problemas, quem realmente somos, os porquês do que fazemos, e isso terá como fio condutor, necessariamente, o Plantonista.

Os sinais de adoecimento individual ou coletivo devem nos despertar para mudar as condições ambientais e de vida que determinam a doença e para um esforço concentrado para o tratamento das pessoas e grupos sociais atingidos, processo que constitui uma dimensão fundamental de nosso compromisso profissional, principalmente para aqueles que abraçam um projeto ético-político de

engajamento como o é o Plantão Psicológico. Alvarenga (2000) afirma que essa perspectiva pode ser identificada, em seus aspectos subjetivos, como expressão de nossa *dimensão heróica*, de potencialidade de mudar o mundo e a sociedade, de conquista, de luta pela realização de projetos individuais e coletivos.

Em sendo assim, o Plantonista percebe a possibilidade nítida e clara de intervenções fecundas e produtivas em momentos de crise e/ou demandas emergenciais de urgência, a partir da formação de um vínculo amoroso e afetivo entre ele e seu paciente. A crise, entendida como uma constelação maciça de complexos, fragiliza ou desorganiza o ego, impede o fluxo de comunicação entre este e o Si-Mesmo. Por outro lado, também favorece a retirada da persona e o contato mais facilitado com a sombra pela diminuição das defesas do ego, o que acaba por ampliar-lhe a consciência. A tarefa do Plantonista é, de certa maneira, facilitado pela grande visualização que a crise oferece das estereotípias de comportamentos (KAST, 1999) movidos pela presença exuberante dos complexos, formando um bom vínculo terapêutico, estimulando o Processo Dialético.

Sente constelar nele as forças vivas do arquétipo do curador ferido, aceitação e solidariedade diante do sofrimento humano. Pelas limitações do Plantão referentes, entre outras ao tempo e aos objetivos, pode ocorrer de ter também mobilizado ali o arquétipo do Salvador, totalmente indesejável pela situação.

Para que o atendimento ocorra, necessário se torna que o Plantonista seja capaz de oferecer uma vivência de intimidade com seu paciente. Pode-se dizer, que a intimidade está associada especialmente ao constante jogo que ocorre em nós, entre os mundos interno e externo, dando ensejo à formação dos vínculos e, segundo Jung, (1991a), são eles que constituem o mundo mental do indivíduo.

A palavra intimidade vem do latim *intimus*, segundo o Dicionário da Língua Portuguesa Caldas Aulete, refere-se ao que está dentro, que atua no interior, que é estreitamente ligado por afeição ou confiança, próximo, relacionando-se, portanto, ao sentir, ou seja, a intimidade é acima de tudo uma questão de comunicação emocional, com os outros e consigo mesmo, em um contexto de igualdade interpessoal (JUNG, 1975).

No Plantão, quando nos deparamos com nossos pacientes, nos damos conta da importância da intimidade. Entendemos que “o trabalho analítico conduzirá mais cedo ou mais tarde ao confronto inevitável entre o eu e o tu, e o tu e o eu, muito além de qualquer pretexto humano. Assim, é necessário que tanto o paciente quanto

o analista sintam o problema na própria pele; desse modo o verdadeiro analista não é aquele que fica ao lado, mas sim dentro do processo” (JUNG, 1980).

Exige, portanto, o comprometimento do plantonista por inteiro e isto é o que ele sente de imediato ao iniciar seus atendimentos.

Podemos constatar, portanto que o trabalho terapêutico, e isso não é diferente no Plantão, por ser uma modalidade evidentemente clínica da prática da psicologia, só acontece através do vínculo, do comprometimento por inteiro, de uma escuta atenta ao ritmo do paciente a partir de uma ligação íntima, em que a confiança é sua própria condição e confirmação. Para McNeely (2002), estamos na presença do outro e este se nos apresenta. Estamos ambos dentro do vaso alquímico.

Entretanto, é necessário lembrar que um paciente ao entrar em nossos consultórios carrega consigo uma história, um ambiente, valores morais e éticos – este ser é psicossocial. Por isso, a questão da intimidade, por sua complexidade nos dias atuais, constitui, talvez, em um dos desafios mais significativos e recorrentes em nossos atendimentos a crises e demandas, tão absolutamente exigentes (ULLANOV, 2002).

Não estamos do lado de fora do universo sócio-cultural e este afeta a capacidade de formação de vínculos, tanto do plantonista como de seu paciente.

A modernidade parece impor ao homem uma cadência de fora para dentro, afetando seu próprio ritmo, seu tempo interno.

O homem moderno caracteriza-se por um processo crescente de isolamento e empobrecimento espiritual. Nele vemos um ser desarticulado, fragmentado, superficial, a partir da decadência de uma cultura individualista levada ao extremo (JUNG, 1989).

Este homem é um homem ansioso. É competitivo em seu desejo de aprovação e reconhecimento na sociedade. Para Kugler (2002), este homem estaria traduzido por um eu defensivo, voltado para a sobrevivência, incerto do futuro, inseguro.

O que nas duas últimas décadas do século XX foi denominado como processo de globalização, pode ser entendido como um acirramento ou aceleração de um processo vigente, desde o momento em que a civilização caminhou segundo o princípio da racionalidade. Acreditamos que um dos grandes efeitos colaterais da globalização tenha sido a cisão provocada no homem.

Estas constatações tornam a discussão do tema intimidade, que necessariamente deve acontecer nos encontros do Plantão e para cuja vivência o Plantonista deve estar habilitado, mais complexo. Pode-se dizer, concordando novamente com Jung (1989); em certa medida, que os efeitos provocados historicamente pela racionalidade na sociedade contemporânea seguem direção oposta ao que se entende por intimidade.

Entretanto, é necessário não esquecer que muitos pensadores, escritores e artistas buscaram desenvolver não somente a reflexão sobre estes efeitos, mas apontar caminhos para que não perdêssemos, por assim dizer, nossa intimidade (JUNG, 1987).

Sintetizando, vimos que a idéia de intimidade está relacionada com: proximidade, ligação, relação, vínculo, confiança, interior, dentro, ritmo, silêncio, conversa, portanto, totalmente relacionada com o que Jung denomina de função sentimento em sua Tipologia.

O sentimento registra a qualidade e o valor específico das coisas. *“É a função do sentimento, precisamente, fazer essa exploração e amplificação de nuances e tons, que são o oposto da redução”* (JUNG, 1991<sub>b</sub>).

Todas as funções são passíveis de desenvolvimento, o mesmo acontecendo com a função sentimento. Isto quer dizer que um dos grandes desafios com o qual se depara o Plantonista está justamente na disponibilidade imediata de sua função sentimento para que seus atendimentos ocorram. Se assim não estiver acontecendo, deverá fazê-lo (IDEM, 1991<sub>b</sub>).

Desenvolver o sentimento parece ser umas das premissas da intimidade. Nesse sentido, não se trata de privilegiar o sentimento em detrimento das demais funções psicológicas apontadas por Jung (intuição, sensação e pensamento), limitando a discussão, mas de observar seu sentido em oposição ao pensamento.

Acima de tudo, o desenvolvimento desta habilidade depende fundamentalmente da própria vivência pessoal do plantonista e de sua própria coragem de enfrentar as angústias em cada um de nós, em nosso processo pessoal de individuação, e que vai inclusive muito além das respostas prontas oferecidas pelos sistemas institucionalizados de crenças religiosas ou a-religiosas (Von FRANZ, 1999).

Para terminarmos gostaríamos de perpassar por aquilo que mais caracteriza a vivência do terapeuta junguiano e que consideramos plenamente transponível e necessária para o psicólogo plantonista: a vivência do terapeuta ferido.

Entendemos que os mitos constituem uma expressão cifrada e indireta dos símbolos e enigmas fundamentais da vida, que não poderiam ser expressos diretamente pela linguagem consciente (BASTIDE, 2006).

Revelam a longa sedimentação de experiências ou fraturas radicais que todos os seres humanos foram vivenciando nos seus desafios mais significativos de vida individual e coletiva, nas quais a consciência humana só pode mergulhar de forma indireta e metafórica.

A esta herança sedimentada na história humana, chamamos de inconsciente coletivo (JUNG, 2003a).

Quando cada indivíduo, grupo ou coletivo humano é chamado a percorrer situações similares no presente, os desafios e conflitos são vividos tanto no campo das relações interpessoais e sociais concretas, com todas as suas implicações éticas e políticas conscientes, quanto no campo subjetivo e inconsciente. O caráter subjetivo se dá, também, porque estas situações mobilizam os ecos, em termos de imagens e energia psíquica, destas experiências de fraturas radicais que ficaram marcadas no inconsciente coletivo. Os mitos, para Brandão (1991), expressam em linguagem simbólica as vicissitudes do enfrentamento destas experiências nodais que cada pessoa ou coletivo é chamado a percorrer novamente.

Temos como certo que só podemos acompanhar a trajetória subjetiva e existencial de nossos pacientes na medida em que já fomos capazes de explorar nossos próprios caminhos pessoais em níveis semelhantes de profundidade e desafio. Se não tivermos cumprido nossa própria trilha, reagiremos ao desafio que o outro nos traz com resistências, indiferença, e encaminhamentos frios e formais.

Sendo assim, recorreremos sempre ao Mito do centauro Quiron, que logo ao nascer, sofreu violenta rejeição de sua mãe por não corresponder às suas expectativas de beleza. Centauros são seres metade homem e metade cavalo.

Retirado do seio familiar foi criado por quem dele se apiedou. Porém, sendo filho de Chronos, o deus do tempo e tendo sido por ele inspirado, interessou-se pelos estudos dos astros, das ervas, do firmamento etc. Terminou por tornar-se assim um grande educador, sendo tutor da grande maioria da melhor cepa de heróis gregos, assim como um grande curador.

Acidentalmente, sofreu um ferimento em uma de suas patas pela flecha envenenada de seu amigo, o grande herói Hércules, consoante Franciscato (2003). Como fosse versado na arte de curar, perseguiu sua própria incessantemente, dia e noite. Mas foi em vão. Não a conseguiu. Acontece que Quiron era imortal e, portanto, fadado a viver com esse ferimento eternidade afora.

Foi quando o Universo encarregou-se de resolver a questão. Prometeu, o grande pai dos homens, aquele que roubou o fogo sagrado dando-o aos homens, escava preso às rochas do Cáucaso, como castigo imposto por Zeus pela sua rebeldia. Prometeu também padecia horrivelmente, pois diariamente a águia de Zeus comia-lhe o fígado pela manhã, este se restaurava durante a noite para ser novamente comido pela manhã, eternidade afora. Quiron troca sua imortalidade, passando-a para Prometeu, que assim liberto, através da força gigantesca do grande Hércules que busca assim reparar o ferimento que realizara em Quiron, torna-se imortal. Quiron, ao contrário, deixa sua imortalidade e tornar-se mortal. Cura-se finalmente de sua ferida, através da morte, livrando-se finalmente de suas terríveis dores (CAMPBELL, 1997).

Se entendermos os significados de morte como transformação e o fato de termos que nos “tornar mortal” diante de nossas dores, entenderemos por que todo terapeuta deva ter sido ferido...

Quaisquer cuidados à saúde física e mental sejam eles profissionais ou não, nos exigirá este confronto com os mistérios do outro, a maioria das vezes em mensagens e linguagens cifradas e profundas, distantes da comunicação consciente. Se tivermos como guia a ética do cuidado e a compaixão, e se tivermos tido a coragem de explorar nossos próprios mistérios, seremos certamente capazes deste encontro e troca profunda com o outro (BASTIDE, 2006).

*Circum-ambulando os resultados, pelo nosso ângulo de visão, o ângulo da pesquisadora assumidamente imersa no contexto; também percebemos a constelação do arquétipo do curador ferido, tal qual expusemos acima e também entendemos que através dele, forças criativas da psique são reencontradas.*

As formas singulares, artesanais, não focalizadas apenas na Doença da qual se queixa o paciente e a aliança terapêutica realizada com a sua Saúde foram determinantes para os Processos.

Assim como também consideramos fundamentais a circum-ambulação sobre as demandas trazidas, pois foi este procedimento que deu ensejo a toda vivência



que resultou em uma ampliação da consciência, tão necessária para a contenção da crise, a angústia da urgência e a demanda por elas mobilizada.

Para compreendermos melhor a importância da circum-ambulação para os atendimentos de Plantão Psicológico, gostaríamos de entendê-la melhor.

Assim a define Pieri (2002):

Como o percurso de uma dança ritual que, enquanto tal exerce uma ação sobre os atores do mesmo rito. Às vezes a dança toma a forma circular, e deste modo institui a distinção entre um espaço sagrado (o interno) e um espaço profano (o externo), contudo ambos de igual importância. Outras vezes o movimento da dança assume a forma de uma espiral, representando a conjugação de elementos periféricos e locais (as partes existente e, portanto, já distintas e bem visíveis) e sua aproximação na direção de um elemento central e global (um centro ou uma unidade inexistente e, portanto, ainda não distinguível racionalmente a não ser como elemento que transcende as partes singulares) (p.84).

Esse movimento dentro dos atendimentos psicológicos permite ocorrer aquilo que denominamos de diferenciação.

A diferenciação é uma prerrogativa da consciência e do EU, enquanto emancipação do fundo interno indeterminado, que é constituído pelo inconsciente e pelo Si-mesmo (JUNG, 1978a).

Em outras palavras Jung, (1990b), afirma que o elemento de diferenciação é o indivíduo que pode estar literalmente sufocado pela massa, por isso ausente de si mesmo, resultando assim numa total impossibilidade do alcance de suas próprias forças criativas e por que não dizer de suas próprias forças de cura.

Aí entendemos estar o problema do nosso paciente, pois toda diferenciação irá confrontar, em maior ou menor escala, a norma coletiva, pois para uma consciência diferenciada, não podemos garantir que as suas próprias concepções aplique-se aos outros e vice-versa (JUNG, 1993b).

Entendemos ser o processo de circum-ambulação análogo ao de acolhimento, assim como o de legitimação do direito ao sofrimento do paciente, através da Escuta empática e da fala amistosa, amorosa e esclarecedora do Plantonista, como defende Barcellos (2006). Assim como da utilização de alguma técnica facilitadora e pertinente ao momento, se os elementos acima citados não forem suficientes para que isso ocorra. Também porque, nos momentos de crise, o

indivíduo conecta-se a estágios intrapsíquicos mais predisponentes à mudança através do desbloqueio de sua energia psíquica contido em um ou em um grupo de complexos, possibilitando assim a retomada do diálogo entre consciência e inconsciente, informa-nos Jung (2000).

Falamos, então, na retomada de um “movimento positivo de interesse subjetivo pelo objeto” (JUNG, 1996, § 797).

Acreditamos também que, nesse tipo de intervenção deva ocorrer, por parte do plantonista, um total comprometimento com o processo, com resultados, esgotando todas as possibilidades de intervenção nas emergências, sem a prática tão indiscriminada e costumeira do “encaminhamento”. Antes que tal ocorra, se ocorrer devem priorizar oferecer ao paciente uma vivência transferencial de ressonância, ou seja, tornar-se para o paciente alguém que inspire confiança para poder aproximar-se bastante e executar funções vitalmente necessárias (JACOBY, 1995).

Algo de extrema importância que, toma de assalto a consciência do psicólogo/plantonista é aquilo que Vaisberg (2001) denomina de função social da psicologia clínica na contemporaneidade. Incentiva os psicólogos perguntarem-se quem é este indivíduo ou coletivo que necessita receber sua atenção e que tipo de atenção é essa. No Plantão Psicológico, apreendem a necessidade desse Posicionamento Social do Psicólogo sem se transformarem, no entanto, em panfletários.

O mundo é mais velho do que nós e não é nossa criação, como afirma a ontologia contemporânea, mas fazer do mundo, do lugar em que vivemos, uma habitação aprazível ou não, certamente depende do homem, individual ou coletivamente considerado. A psicologia clínica, desde o início do século, certamente tem uma contribuição a fazer (IDEM, p.99).

Acreditamos totalmente nesta natureza do Plantão Psicológico e que ele está cumprindo seu papel no cenário da Psicologia Científica contemporânea.

Era crença de Jung que, muitas vezes, a partir de uma profunda reflexão, seria possível descobrir que a maneira de ver as coisas muitas vezes tem um papel decisivo. Para ele, qualquer tratamento sério e metódico era demorado, principalmente quando visava às fases da reeducação e a transformação, pois a neurose é produto de uma evolução desequilibrada que demorou anos a fio para ser

construída e não seria o caso de, em um tempo mínimo, desconstruir toda essa torre. Nesses casos, o tempo mostrava-se de fundamental importância.

Contudo, entendia também “a psicoterapia como uma construção em vários níveis, que correspondia à variedade de pacientes que chegavam para tratamento. Nem todos vinham em busca ou precisavam de uma complicada análise de seu sistema instintual. Em muitos casos precisavam de uma única consulta” (JUNG, 1991b, §24, grifos nossos).



...E para a terra arada, a nova semente!

“Ver-se á que é muito difícil discernir quais as propriedades que cada coisa possui na realidade” (Demócrito, séc VIII, a.C.).

Ao finalizarmos este estudo, como acontece a quase todos aqueles que se dedicam a pesquisar algo, concluímos pela grandeza do universo pesquisado, a necessidade de outras pesquisas ocorrerem no mesmo sentido.

Entendemos que Plantão Psicológico é uma modalidade da Psicologia Clínica que pode e deve atuar de forma complementar à Psicologia Clínica Consultório, nas Instituições, Comunidades etc. Como um novo lócus de trabalho para o psicólogo clínico, dando-lhe, no entanto, uma visibilidade maior, ajudando-o a inseri-se na tão necessária Saúde Pública.

Temos tido, entretanto, dentro da Psicologia Clínica, tão necessitada de mudanças urgentes, a vivência de sermos, com o Plantão Psicológico, o OUTRO, um outro ameaçador e até certo ponto não acreditado.

Encontramos em LeShan (1990), já em pleno exercício do que se convencionou chamar de Psicologia Clínica, a chamada de atenção para alguns equívocos cometidos dentro da Ciência Psicológica. Dizia ele que psicólogos sempre gozaram de um baixo prestígio dentro das universidades. Gozavam de muito *status* os físicos, os químicos e outros pesquisadores do ramo das exatas, áreas respeitadas então como Ciências, por maravilharem diariamente as pessoas com o peso de suas conquistas e descobertas.

Continua apontando que, talvez, o mundo acadêmico-científico não pudesse (e entendemos que ainda hoje tem alguma dificuldade nisso), vislumbrar que diferentes áreas de estudo sobre diferentes domínios da experiência, como acontece na própria Psicologia, necessitam de tipos diferentes de compreensão.

Jung (1989) corrobora essa idéia, alegando que, apesar de todo progresso experimentado no século passado, no século vigente e todo aquele que há de vir, perseveraram os problemas, tais quais o problema de humanos matando humanos, dos humanos envenenando o planeta e sobre a necessidade do homem recolher suas projeções de sombra, entendendo-se como portador do bem e do mal. Vai mais

longe ainda ao defender que sobre a alma humana continuamos sabendo quase nada.

May (2000) considera que o profissional a quem caberia encabeçar a busca mundial de solução para estes problemas, deveria ser o Psicólogo, uma vez serem do mais amplo domínio da Psicologia o estudo desses problemas. No entanto, em seu entender, não têm sido solicitados oficialmente como deveriam.

Explica que isto acontece, porque a Psicologia fez um pacto com métodos de estudo das chamadas ciências exatas, afastando-se do entendimento e da compreensão do ser humano. No afã de ser reconhecida e legitimada como ciência, desfocaliza-se do seu real e verdadeiro objeto de estudos, ou seja, a experiência humana real. Embora essa tenha sido uma decisão inevitável e necessária, torna-se urgente que a Psicologia abandone essa posição unilateral de procurar semelhanças entre a natureza humana e a natureza de máquinas e ratos.

Diante desse referencial, qual o lugar do psicólogo clínico no cenário das profissões voltadas para a ajuda do humano?

Nesse momento, consideramos importante e proveitoso que se fizessem algumas reflexões, a partir de algumas idéias, sem desconsiderar o fato de sermos humanos e, portanto, sujeitos a um *métron*, ou seja, uma medida, um limite, tal qual Nietzsche (1986, p.15) acertadamente adverte: *“deveríamos respeitar mais o pudor com que a natureza se escondeu por trás dos enigmas e de coloridas incertezas. Talvez a verdade seja uma mulher que tem razões para não deixar ver as suas razões”*.

Retomando May (2000), consideramos que os psicólogos devem realizar um auto-exame com urgência, a partir de três pontos nodais segundo sua concepção e busquem a verdade.

O primeiro deles seria: “Não podemos conhecer a verdade enquanto não nos engajamos” (id, p.265).

Um segundo aspecto levantado para a reflexão, diz respeito à questão do poder da negação que fazemos da questão PODER, em si.

O quanto somos poderosos, o quanto dizemos não ser e quanto não queremos abrir mão de nosso *status quo* que ele nos confere em nossos ambientes altamente abrigados.

Um terceiro e último aspecto aventado pelo autor seria a tendência da Psicologia a manter-se acima do bem e do mal, o que nos impossibilita assumir

definitivamente a missão de produzir respostas sobre questões éticas e psíquicas do homem. Talvez porque esse embate nos remeta a buscar novas soluções para o “como” fazer isso? Que tipo de metodologia utilizar? Onde avançar, inovar, adequar-se?

Para o autor, aí reside o dilema da Psicologia atual e consideramos nós, ser exatamente o dilema da Psicologia Clínica, em seu momento atual de necessidade de transição no Brasil. Explica ele que quando algo de novo surge no sentido de aculturação, existe de imediato uma tentativa de marginalizar o recém surgido, numa tentativa de se preservar o que é vigente. Assim o foi certamente com Jung, quando optou por conduzir-se dentro de sua Individuação.

Porém, temos o compromisso, enquanto fazer da Psicologia, com preservação e respeito à capacidade de contestação do indivíduo, expressos através da busca de atenção, do dizer não ao sofrimento e à alienação, pois devemos entender que dar oportunidade de contestação é o começo da experiência da formação de identidade.

O ganho de um número maior de pessoas, às quais fosse facultada a presença de uma Psicologia Clínica representativa, seria o de que o terapeuta e aqui no nosso caso, o Psicólogo/Plantonista, favoreceria a esta percepção do humano, privilegiando-a, ao possibilitar em maior escala, novos tipos de relações e vínculos dentro do âmbito de seu desempenho profissional.

Ajudar as pessoas a retomar sua autenticidade, reaproximar-se de sua mais genuína natureza, seria realmente uma das funções mais nobres da Psicologia, em especial a do Plantão Psicológico, enquanto também categorizado representante da Psicologia Clínica.

Gostaríamos de perguntar aqui: o que cura o Plantão? Qual a sua natureza?

Pensamos em uma metodologia de intervenção clínica para contextos diversos. Entendemos, tal qual Fleury; Marra (2005), que uma ação que estabeleça o acolhimento dos conflitos humanos deva ser de natureza clínica no que diz respeito à intencionalidade dos cuidados e da Atenção Psicológica. A proposta da Atenção Psicológica para o Plantão Psicológico situa-se em uma intersecção entre a Psicologia Clínica e a Psicologia Social, resultando numa psicologia clínica social. Temos percebido em nossa sociedade que a demanda por objetos é clara, mas que não há escuta para aquilo que está por trás dessa demanda concreta. Portanto, ao estarmos presentes no momento da urgência e em havendo disposição para uma

relação profissional de intimidade, a demanda subjetiva aparece. Entretanto, os atendimentos não podem e nem devem negligenciar o fato de demandas objetivas realmente existirem, especialmente em um país carente como o nosso. Com possibilidade de intervenção, torna-se um instrumento que procura restaurar a rede social do indivíduo. Segundo Fleury; Marra (2006), resgata o ser como protagonista de sua própria vida e de suas relações sociais, saindo do contexto pessoa-objeto para o de pessoa-sujeito que visualiza seus recursos mentais e emocionais, valorizando seus conhecimentos e voltando a acreditar em sua capacidade de gerenciar e criar seus próprios projetos.

Devemos não nos distanciar da percepção que nos leva a atentar para o fato de que, ao termos tempo e objetivos limitados, distanciamos-nos dos conceitos clássicos das Psicoterapias aos quais já nos referimos anteriormente, em especial das clínicas analíticas tradicionais.

Devemos considerar, além disso, que podemos falar em diversos modelos de Plantão Psicológico, desde os de atuação mais paliativa e nem por isso piores, até outros que se dispõem a realizar uma clínica mais ousada, desde que não comprometa os limites do paciente.

Servimo-nos de um exemplo. Se encontrarmos uma pessoa caída e desfalecida na rua, podemos passar por ela e não tomarmos nenhuma providência por julgarmos que a mesma encontra-se alcoolizada. Podemos amenizar nossa consciência, achando que outros irão prestar-lhe socorro. Podemos ligar para a Polícia e avisarmos que alguém se encontra em precárias condições. Podemos chamar um Serviço de Emergência, solicitarmos uma ambulância. Podemos permanecer ao lado da pessoa, até chegar a ajuda, enfim, podemos uma infinidade de coisas diante do inesperado, do imponderável, do imprevisto, do inusitado etc.

Nossa atitude dependerá do nosso grau de cidadania, do nosso próprio comprometimento com a vida, com o entendimento que temos dela, com o compromisso social que assumimos etc, etc.

Entendemos que em relação a um Serviço de Plantão Psicológico aconteça o mesmo. Demos preferência em nossa atuação ao comprometimento irrestrito com o paciente. Temos nos esforçado para irmos até o fim, esgotando nossas possibilidades clínicas emergenciais com a pessoa que para nós pede a mão.

Podemos considerar igualmente pertinentes, neste estudo, o conceito de Atenção Psicológica viabilizado pelo modelo do Plantão Psicológico, ao pensamento



e à ação junguianas e pós-junguiana, desde que não sejam feitas as diferenças conceituais cabíveis, para que não se gerem expectativas fadadas a serem frustradas.

A atuação no Plantão Psicológico retoma aquilo que, segundo JUNG, era o que realmente deveria ser contemplado no encontro com a alma humana, ou seja, o imprevisível, o inesperado, o improvável, o imponderável. Para que aquilo que habita a Alma em seus vales, apenas em estado de potência, faça-se presente na consciência. Na condição de estrangeiro, seja reconhecido: na de hóspede, acolhido; e na condição de seu, seja conhecido e assimilado pelo indivíduo (BARCELLOS, 2006).

Com isso, fazemos também um exercício de construção da nossa identidade de psicólogos junguianos brasileiros e latino-americanos e criamos uma cultura própria à nossa realidade, da qual pensamos ser o Plantão Psicológico um autêntico representante.

Sabemos do valor e da eficiência das teorias científicas européias e norte-americanas para o nosso trabalho de psicoterapeutas, aprendemos com eles, mas às vezes, importamo-las com respeito submisso, sem adaptá-las à realidade das nossas feridas psíquicas. Acabamos como alunos servis de estrelas longínquas. Aprendemos todas as formas da sua linguagem para bem nos relacionarmos com eles e aceitamos que não nos compreenda na nossa língua materna, eixo da nossa identidade. Adaptamo-nos ao seu domínio e vacilamos em ocupar um espaço profissional conquistado pelo nosso talento e esforços genuínos, defende Quintaes (2003).

Desafiados a desenvolver nossa individuação profissional, temos que contar também, principalmente, com os recursos da nossa própria cultura. Isso implica superarmos os paradoxos das personas que utilizamos, considera Lobriola (2000), em graus variados de consciência. Em fazermos exercícios discriminatórios constantes diante dos patrulhamentos psicológicos e culturais que sofremos, inclusive na nossa formação.

Consideramos também o Método do qual nos servimos para a realização desta pesquisa, como altamente eficaz para a obtenção dos dados que nos levaria à compreensão que pretendíamos.





**Manto da Apresentação**

Sem data

Uruguay

**Tecido, linha de lã, dolmãs e cordas de cortina**

fabric, wool yarn, epaulets and curtain cords

**219 x 130 cm**

**Museu Nise da Silveira - Colônia Juliano Moreira**

**Rio de Janeiro - RJ**

## Capítulo VIII



## Segurar e largar...A dança do recomeçar!

“O encontro de duas personalidades é semelhante à mistura de duas diferentes substâncias químicas: uma ligação pode a ambas transformar”.

C.G.Jung

Ao encerrar, meu estudo, quero tornar a admitir e reafirmar sem hesitar, que minha própria subjetividade esteve sempre presente na base do entendimento desse constructo. Como sempre aprendi em Jung, naquilo que há de mais individual, a presença do coletivo se impõe.

As páginas que se seguiram, foram, pois fruto de uma interpretação, cujo elemento de mobilização foi minha própria experiência psicológica dentro da clínica e da universidade.

Segundo Maroni (1998), Jung é um autor que se tem mantido à margem da produção acadêmica por ser bastante mal compreendido, mesmo entre eruditos pesquisadores. Mal praticado também, por muitos que se dizem junguianos. Encastelado, muitas vezes; mantido inacessível igualmente por aqueles que se entendem seus representantes legais. Vi acontecer o mesmo com Plantão Psicológico.

Gostaria de referir-me especialmente ao fenômeno que, no nosso meio chamou-se Nise da Silveira. Nos idos de 1920, esta pesquisadora encontrou como paradigma para sua prática psiquiátrica no Hospital Psiquiátrico Pedro II do bairro de Engenho de Dentro, Rio de Janeiro, a psicologia de Carl Gustav Jung, com a qual manteve um estreito contato intelectual. De forma destemida ousou propor um método terapêutico alternativo à psiquiatria clássica da época.

Foi uma revolução. Aceita por poetas, artistas plásticos, literatos que viam o valor do método recém inaugurado, ou seja, o tratamento psiquiátrico através da possibilidade das expressões das emoções pelas Artes, pelo Mito etc., além da dignidade da profissional em questão e seu grande compromisso humano, foi pouco compreendida pelos seus pares e até hoje, dentro da própria Escola que defendeu, ajudou a erigir e legitimar, a meu ver, ainda é pouco reverenciada, embora altamente copiada, sem muitas vezes ser citada.

A grande pesquisadora tirou de condição subumanas, muitos pacientes loucos e desdentados, transformando-os em artistas plásticos de renome internacional, tal como Fernando Diniz e Artur Bispo de Rosário, entre inúmeros outros. Resgatando-lhes a dignidade e respeito, legitimando-os em vida.

Na verdade, Dra Nise, suas idéias e fazeres representavam O OUTRO para a psiquiatria clínica brasileira clássica da época, assim como o Plantão representa o OUTRO para a atual Psicologia Clínica. Por enquanto, ainda um estrangeiro. Obviamente que isso, dentro da minha vivência.

Tal qual Quintaes (2003), também gostaria de perguntar-me se será possível nos tempos de hoje, início de século, quando os discursos neurobiológicos proliferam, tentando capturar tudo o que possa ser da ordem do psíquico, falar de Psicologia. Em tempos onde estes discursos apresentam suas sofisticadíssimas teorias das sinapses, teorias enzimáticas ou teorias neuronais, faz sentido ainda usar uma palavra como alma? Faz sentido pensar em atingirmos algum tipo de profundidade em algo como um Plantão Psicológico?

Acreditamos que sim, porque vivemos diariamente a validade desta modalidade. Cremos em um Plantão Psicológico que não se interesse em buscar verdades ou explicações. O que visamos é tentar estabelecer uma relação psicológica com as idéias e vivências presentes no mundo e nos indivíduos. Não se separa a experiência da alma de emoções e vivências que procuramos evitar: traição, suicídio, depressão, angústia, repetição, imobilismo, morte que são temas de confronto no cotidiano do nosso Serviço. Alma é o que torna possível a existência de significados, pois transforma eventos em vividos (HILLMAN, 1995).

Wenth (2003), com cuja afirmação concordo, mostra que a psicologia clínica de hoje é bastante questionada quanto à sua eficácia. Aponta que faz parte de uma parcela da consciência coletiva que o trabalhar do clínico é muitas vezes equacionado a outras especialidades, como se pudesse ser facilmente substituível. Obviamente, muitas atividades podem ser terapêuticas para nós, como, por exemplo, conversar com um amigo ou ir ao cabeleireiro, mas fazer psicoterapia é algo específico.

Porém, eu mesma, como psicóloga clínica que sou, já fui impulsionada a questionamentos bastante severos sobre o nosso compromisso social, a ponto de dedicar minha dissertação de mestrado ao estudo da formação clínica ocorrida durante a graduação em psicologia.

Concluí, naquele trabalho, que, pelo menos no universo estudado por mim, a formação oferecida era insuficiente, não fazendo frente às solicitações do nosso tempo, dentro de uma realidade específica, ou seja, uma psicologia que necessariamente devesse chegar-se àquele indivíduo, com necessidades altamente específicas: interiorano, paulista, vivendo numa cidade empobrecida, oriundo de uma Cultura x, inserido em uma micro cultura y, devendo responder a z, etc.

Porém, mesmo trabalhando a partir de modelos insuficientes, sem querer negar por um instante sequer a cabal colaboração que a Psicologia Clínica, da qual faço parte inclusive, ofereceu à Psicologia no Brasil, sinto na pele a necessidade de ampliação para podermos no futuro continuar presentes como hoje e trabalhando. Trabalhando muito.

Pensando especificamente na imagem de um pronto atendimento emocional, algo destinado a crises e demandas emergenciais de urgência, aquilo que chamamos de “balcão de Clínica” em contraposição aos atendimentos agendados com hora marcada, qual seria a melhor imagem de se fazer?

Para o analista/psicoterapeuta junguiano várias analogias já foram propostas como imagens de sua atuação, como a de um jardineiro, por preparar a terra, cuidar da sementeira e estar presente na colheita (Jung,1991a); a de pescador, por buscar nas profundezas do inconsciente algo que estava submerso, escondido e que teria uma função de nutrição e alimentação para quem o retirasse dos recônditos do ser,(Jung,2003b); a de artista, pelo apreço que este deve ter ao artesanal, ao “feito a mão”, ao “um a um” (Jung,1987); a de um cabeleireiro, por que uma de suas frentes de atuação ocorre junto à cabeça e aos pensamentos da pessoa (Jung, 1991b).

Hillman (1995) aumenta as analogias, comparando-o a um parteiro, pois caberia a ele ajudar no nascimento da alma. E, entre imagens, surge também a do *bricoleur*.

WENTH (2003) diz que a palavra *bricoleur*, do francês, significa uma pessoa que faz todo o tipo de trabalho, trabalhos manuais. *Bricoler*, um verbo, tem o sentido de zigzaguear, fazer de forma provisória, falsificar, traficar. Ou, jogar por tabela, utilizar meios indiretos, tortuosos e rodeios. *Bricole*, um substantivo, catapulta, ricochete, engano, astúcia, trabalho inesperado ou pequeno acessório, coisa insignificante. *E, bricolage, trabalho de amator; na antropologia trabalho onde a técnica é improvisada, adaptada ao material, às circunstâncias “. (grifos nossos)”*.

Estamos, portanto, falando de desvios dos meios costumeiros e literais, de meios indiretos, trabalho manual e artesanal, “faça você mesmo”, sucata, desmontar e montar, antiguidades e...Improvisos.

Sinto que, para o Plantão, a imagem do *bricolage* assim como o ofício do *bricolleur* no sentido antropológico, em que a palavra improvisada poderia ser entendida como necessária às reais demandas daquele que está em sofrimento à nossa frente, é o que eu gostaria que nos caracterizasse e para o qual o nosso existir profissional fizesse significado.

O ourives precisa do ouro, o ferreiro do ferro, o marceneiro da madeira,  
... mas o *bricolleur* só precisa daquilo que tem.

Exatamente como no Plantão. Precisamos apenas que o paciente queira e esteja ali.

No mais, fazemos juntos!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHTERBERG J. A imaginação na cura: xamanismo e medicina moderna. São Paulo: Summus, 1999.
- AGUIAR, N. Mostra do Redescobrimento. São Paulo: Associação Brasil 500 anos Artes Visuais, 2000.
- ALENCASTRO, L.F. O trato dos viventes. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- ALONSO, P.V. Sobre a fala do analista. Anais do II Congresso Latino-Americano de Psicologia Junguiana, São Paulo: Paulus, 2001.
- ALVARENGA, M. Z. Uma leitura simbólica do mito fundador do Brasil. Anais do II Congresso latino-americano de psicologia junguiana. São Paulo: Paulus, 2001.
- \_\_\_\_\_. O herói e a emergência da consciência psíquica. Revista Junguiana. Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica, v.7 n.17, p. 47-56, 1999.
- \_\_\_\_\_. A dinâmica do coração. Do herói-dever, heroína-acolhimento para o herói-heroína-amante-amado. Revista Junguiana. Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica, v.9, n. 18, p. 133-152, 2000.
- AMATUZZI, M.M. Por uma Psicologia Humana. Campinas: Alínea, 2001.
- ANTUNES, M.A.M. A Psicologia no Brasil: leitura histórica sobre sua constituição. São Paulo: Unimarc Editora, 2001.
- AULETE, C. Dicionário contemporâneo da Língua Portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Delta, 1980. v.5
- BAIR, D. Jung, uma biografia. Tradução de Helena Londres. São Paulo: Globo, 2006, v.1.
- BARTZ, S.S. Plantão Psicológico: atendimento criativo à demanda de emergência. Interações: Estudos e Pesquisas em Psicologia, v.1,n.3,jan./jun.,p.21-34,1997
- BARCELLOS, G. Vãos e Raízes. São Paulo: Agora, 2006.
- BASAGLIA, F. Escritos selecionados. São Paulo: Editora DS Representa, 2005.
- \_\_\_\_\_. A instituição negada. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
- BASTIDE, R. O candomblé da Bahia. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.
- \_\_\_\_\_. O Sagrado Selvagem. Tradução de Dorothee Bruchard. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

**BERLINCK, M.T.** -O que é Psicopatologia Fundamental. Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental. São Paulo, Escuta, v.1, n.1, p. 46-59, mês 8, 1998

**BERNARD, J.** Esperança e sabedoria da medicina. Tradução de Roberto Leal Ferreira. São Paulo: Fundações Editoras da UNESP, 1998.

**BLY, R.** A sombra. O self rejeitado. Espelhos do Self. **DOWNING, C.** (org). Tradução de Maria Sílvia Mourão Neto. São Paulo: Cultrix, 2000.

**BRANDÃO, C. R.** Pesquisa Participante. São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 9-16.

**BRANDÃO, J.S.** Dicionário Mítico Etimológico. Petrópolis: Vozes, 1991.

\_\_\_\_\_. Mitologia Grega. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1986. v.1.

\_\_\_\_\_. Mitologia Grega. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 1991. v. 2.

\_\_\_\_\_. Mitologia Grega. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1990. v. 3.

**BUDDEN, A.** Reconstituindo a doença e *selves* culturais em religiões extáticas brasileiras – Anais da 25ª Reunião Brasileira de Antropologia – GT 17-2005.

**CALLAN, G.M.** Temenos: the primordial vessel and the mysteries of "9/11". Dissertation Abstracts International: Section B: The science and engineering. 2004; v. 64 (12-B).

**CAMARGO, A.M. A.** Desempenho de Estagiários em Clínica – Escola. 2002. 200p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

**CAMPBELL, J.** O herói de mil faces – São Paulo: Cultrix/ Pensamento, 1997.

\_\_\_\_\_. As máscaras de Deus. São Paulo: Palas Athena, 1992.

\_\_\_\_\_. As transformações do mito através dos tempos. São Paulo: Cultrix, 1997.

**CAPRA, F.** O Tao da Física. São Paulo: Cultrix, 1995.

\_\_\_\_\_. O ponto de mutação – São Paulo: Cultrix, 2002.

**CARVALHO, C.C.** Do poder das palavras as palavras do poder. Revista Portuguesa de Psicossomática, Lisboa, v. 6, n.1, 308-318, jan.jul. 2004.

**CORDIOLLI, A. V.** Psicoterapias: abordagens atuais. 2ª ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1998.



COSTA, E.C.A.B. **Medicina do Além: as curas espirituais do Dr. Camilo Salgado (1874-1938) em Belém do Pará** – Anais da 25ª Reunião Brasileira de Antropologia – GT 17- 2005.

COSTA, N.R.; TUNDIS, S.A. **Cidadania e loucura: políticas de Saúde Mental no Brasil**. 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde. Textos Básicos**. Rio de Janeiro: Gestão Municipal de Saúde, 2001.

CURY, V. E. **Plantão Psicológico em Clínica Escola**. Plantão Psicológico, novos horizontes. MAHFOUD, M. (org). São Paulo: Editora C.I.1999. p.115-134.

\_\_\_\_\_. **Psicólogos de Plantão**. Plantão Psicológico, novos horizontes. MAHFOUD, M. (org). São Paulo: Editora C.I.1999. p. 135-138.

DEBUS, D. **O self é um alvo móvel – o arquétipo da individuação**. Espelhos do Self DOWNING, C. (org). Tradução de Maria Silvia Mourão Neto. São Paulo: Cultrix, 2000.

DE CARLO, M.M.R.P; LUZO, M.C.M (orgs). **Terapia ocupacional: reabilitação física em contextos hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004.

DE CLERQ, M. et al. **Crisis intervention models kin the French-speaking countries**. Crisis. USA, v. 22, n.1, p. 32-38, 2001.

DONATI, M. **Beyond synchronicity: the worldview of Carl Gustav Jung and Wolfgang Pauli**. Journal of Analytical Psychology. v. 49, n. 5, p.707-728, Nov. 2004.

DOWNING, C. (org). **Espelhos dos Self**. São Paulo: Cultrix, 2000.

EDINGER, E. **Ego e Arquétipo**. São Paulo: Cultrix, 1995.

EISENDRATH, P. Y-. DAWSON, T. **Manual de Cambridge para estudos junguianos**. Porto Alegre: Artmed , 2002.

ELIADE, M. **Mito e Realidade**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1963.

\_\_\_\_\_. **Histórias e Crenças das Idéias Religiosas**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978,1979.

ENEAS, M.L.E. – **Fundamentos da Mudança Psíquica: recursos para o manejo técnico em Psicoterapia Breve**. Revista Psicologia: Teoria e Prática. São Paulo: Editora Mackenzie, v.2, n.1, p. 75-94, jan.jun.2000.

FERREIRA M.O., MEDEIROS A.T., LAZARTE R., Saúde Mental e Pobreza no Brasil: desafios atuais. Revista Perspectivas. Rio de Janeiro: Instituto Superior de Ensino, v.3, n.6, jul.dez. 2004.

FIERZ, H.K. Psiquiatria Junguiana. Tradução de Cláudia Duarte. São Paulo: Paulus, 1997.

FLEURY, H.J., MARRA, M.M. Práticas grupais contemporâneas. São Paulo: Agora, 2006.

\_\_\_\_\_. Intervenções grupais na Saúde. São Paulo: Agora, 2005.

FOUCAULT.M. História da Loucura. 6ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1999.

\_\_\_\_\_. O nascimento da clínica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FERREIRA-SANTOS, E. Psicoterapia Breve. Abordagem sistematizada de situação de crise. 2ª ed. São Paulo: Agora, 1997.

FREIRE, E.S. A terapia é a relação e o cliente é o terapeuta. Revista Psico-USF. Itatiba, v.5, n.2, jul.dez. 2000.

FIORINI, H.J. Teoria e Técnicas de Psicoterapias. Tradução de Carlos Sussekind. 5ª edição. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983, RJ.

FRANCISCATO, M.C.R.S. Heracles/Eurípedes. São Paulo: Palas Athena, 2003.

FURIGO, R.C.P.L. Olhares sobre a vivência de formação clínica durante a graduação em psicologia: um estudo fenomenológico. 2002. 290 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

GALIÁS, I. A família simbólica América Latina. Anais do II Congresso latino-americano de psicologia junguiana. São Paulo: Paulus, 2001.

GAMBINI, R. O nascedouro da alma brasileira. Anais do II Congresso latino-americano de psicologia junguiana. São Paulo: Paulus, 2001.

GILLIÉRON, E. As Psicoterapias Breves. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

GONÇALVES, R. B. M. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

GRINBERG, L. P. Jung, o homem criativo. São Paulo: FTD, 1998.

GUEDES, M.C. História da Psicologia no Brasil. Novos estudos. São Paulo: Cortez, 2005.

GUSMÃO, E.H.A. O fenômeno da cura e sua relação com as dramatizações ocorridas em templos da Igreja Universal do Reino de Deus - Anais da 25ª Reunião Brasileira de Antropologia – GT 17- 2005.

HALL, J. A experiência junguiana. São Paulo: Cultrix, 1995.

HALPERN-CHALOM, M. Contar Histórias e Expressar-se: aprendizagem significativa e Plantão Psicológico abrindo possibilidades para a Clínica. 2001. 220p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

HANNS, L.A. Regulamentação em debate. Revista Diálogo. Psicologia, Ciência e Profissão. Brasília, v.1, n.1, p. 6-13, mai.2004.

HAWISON, D. Jung and the making of modern psychology. The dream of a science. Journal of Analytical Psychology. v.49, n. 4, p.576-581, Sep.2004.

HEIDER, P. The significance of the imagination to psychological process (C.G.Jung). Dissertation Abstracts International: Section B. The sciences and engineering. v. 65, n.1-B, p. 438, 2004.

HESÍODO. Teogonia, a origem dos deuses. 3a ed. Tradução de Jaa Torrano. São Paulo: Iluminuras,1995.

HILLMAN, J. Anima. Anatomia de uma noção personificada. Tradução de Gustavo Barcellos e Lucia Rosenberg. São Paulo: Cultrix, 1993.

\_\_\_\_\_. Psicologia Arquetípica. São Paulo: Cultrix, 1995.

KAPLAN, H., SADOCK, B.J. Medicina Psiquiátrica de Emergência. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

KLEEBERG, A. et all. Symbols as expressions of therapeutic relationships. An empirical investigation into the symbolism of the shadow in Jungian Psychotherapy. Analytische Psychologie. v. 34, n.4, p.266-297, Nov 2003.

JACOBY, M. O encontro analítico. São Paulo: Cultrix,1995.

JUNG, C.G. (c.w. v. I) - Estudos Psiquiátricos – Petrópolis: Vozes, 1993 a.

\_\_\_\_\_.(c.w.v.III) - Psicogênese das Doenças Mentais – 2ª edição – Petrópolis: Vozes, 1990. a

\_\_\_\_\_.(c.w.v.V) - Símbolos da Transformação – Petrópolis: Vozes, 1986.

\_\_\_\_\_.(c.w.v.VI) - Tipos Psicológicos. Petrópolis: Vozes, 1996.

\_\_\_\_\_.(c.w.v.VIII/1) - Psicologia do Inconsciente – **Petrópolis: Vozes, 1985 a.**

\_\_\_\_\_.(c.w.v.XVIII/1) - Fundamentos de Psicologia Analítica — **3ª ed – Petrópolis: Vozes 1985. b**

\_\_\_\_\_.(c.w.v.VIII/2 ) - O eu e o inconsciente - **Petrópolis: Vozes,1978 a.**

\_\_\_\_\_.(c.w.v.VIII/3) - Sincronicidade – **9ª ed. – Petrópolis: Vozes, 2000.**

\_\_\_\_\_.(c.w.v.IX/1) - Os arquétipos e o inconsciente coletivo – **3ª edição - Petrópolis, RJ : Vozes,2003. a**

\_\_\_\_\_.(c.w.v.IX/2) - Aion, estudos sobre o simbolismo do si-mesmo) - **7ª ed. Petrópolis:Vozes,2003. b**

\_\_\_\_\_.(c.w.v.X/1) - Presente e Futuro – **2ª ed. – Petrópolis: Vozes, 1989.**

\_\_\_\_\_.(c.w.v.X/2) - Aspectos do Drama Contemporâneo – **Petrópolis: Vozes, 1990 b.**

\_\_\_\_\_.(c.w.v.X/3) - Civilização em transição -**Petrópolis: Vozes, 1993 b.**

\_\_\_\_\_.(c.w.v.X/4) - mUm mito moderno sobre coisas vistas no céu – **Petrópolis: Vozes, 1988.**

\_\_\_\_\_.(c.w.v.XI/1) - Psicologia e Religião **Petrópolis: Vozes, 1978 b.**

\_\_\_\_\_.(c.w.v.XI/3) - O símbolo da Transformação na Missa - **Petrópolis: Vozes, 1985 c.**

\_\_\_\_\_.(c.w.v.XII) - Psicologia e Alquimia – **Petrópolis: Vozes, 1991 a.**

\_\_\_\_\_.(c.w.v.XV) – O espírito na arte e na ciência - **2ª ed. – Petrópolis: Vozes, 1987.**

\_\_\_\_\_.(c.w.v.XVI/1) A prática da psicoterapia - **Petrópolis:Vozes,1991 b.**

\_\_\_\_\_.O Homem e seus símbolos – **Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.**

\_\_\_\_\_.Memórias, Sonhos e Reflexões – **8ª ed. Rio de Janeiro:Nova Fronteira, 1975.**

**KAST, V.** A dinâmica dos símbolos. **São Paulo: Edições Loyola, 1994.**

**KNOBEL, M.** Psicoterapia Breve. **São Paulo: EPU, 1986.**

KUGLER, P. Imagem Psíquica: uma ponte entre o Sujeito e o Objeto. In: Manual de Cambridge para estudos Junguianos. YOUNG-EISENDRATH, P.; DAWSON, T. Tradução de Daniel Bento. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

LEITE, S.N. – VASCONCELLOS, M.P.C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamento no cotidiano familiar. Revista História, Ciências e Saúde. v.13, n.1, p.113-128, jan.-mar.2006

LELOUP, J.I. Além da luz e das sombras: sobre o viver, o morrer e o ser. Tradução de Pierre Weil, Regina Fittipaldi. Petrópolis: Vozes, 2001.

LEMGRUBER, V. Psicoterapia Breve: avaliação de sua eficácia. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro, v.38, n.5, set/out, 1999.

LE SHAN, L. O dilema da Psicologia. São Paulo: Summus, 1994.

LEVI-STRAUSS, C. Mito e Significado. Lisboa: Edições 70, 1978.

\_\_\_\_\_. Sociologia e Antropologia. V.II. Tradução de Mauro de Almeida. São Paulo: Edusp, 1974.

\_\_\_\_\_. Antropologia Estrutural Dois. 4ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1993.

LINEHAN, W. Combat and transformation: The necessity of madness, the numinous and reflection. Dissertation Abstracts Internacional. Section B: The science and the engineering. V.64, n.12-B, 2004

LOBRIOLA, F.R. Do analista-caipira ao caipira-analista. Revista Junguiana. São Paulo, n.18,v.5 p. 77-85, 2000

LOFCHY, J. The clerk crisis clinic: a novel education program. Academy Psychiatry. V. 27, n.2, p. 82-87, Sun 2003.

LUNA FREIRE, P.S.G. Pronto Atendimento Psicológico em um serviço universitário: compreendendo os processos sob o olhar da Psicologia Analítica. 2004. 190p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

LUNA, B - PAULO, J. – Na feira de Caruaru o raizeiro é doutor - Anais da 25ª Reunião Brasileira de Antropologia – GT 17- 2005.

MANDER, G. Dilemmas in brief therapy. Psychodynamic Practice: individuals, groups and organizations. V. 9, n.4, p. 485-500, Nov 2003.

MAFHOUD Miguel (Org.). Plantão Psicológico: Novos Horizontes. São Paulo: Editora Companhia Ilimitada, 1999.

MARONI, A. Jung na “era das catástrofes”. Revista Viver Mente & Cérebro. Edição Especial. n.2, p.30-39, 2005

\_\_\_\_\_. Jung, o poeta da Alma. São Paulo: Summus, 1998.

MASSIMI, M. História da Psicologia Brasileira. São Paulo: EPU, 2005.

\_\_\_\_\_. História da Psicologia: da época colonial até 1934. São Paulo: EPU, 1999.

MEDRANO, C. A. Do silêncio ao brincar. São Paulo: Editor Vetor, 2004.

MATOS, M. G. Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. Análise Psicológica. v.3, n.22, p.449-462, 2004.

MAUÉS, R. H. Técnicas Corporais de cura espiritual: semelhanças, diferenças, significados - Revista Antropológicas, Recife, v. 15, v.1, p. 79-98, 2004.

MAY, R. A Psicologia e o Dilema Humano. Tradução de Carlos.S.N.Soares. Petrópolis: Vozes, 2000.

MCNEELY, D. O caso Joana: uma abordagem arquetípica. Manual de Cambridge para estudos Junguianos. YOUNG-EISENDRATH, P.; DAWSON, T. Tradução de Daniel Bento. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

MEDEIROS, B.T.F. – MAUÉS, H – Práticas populares de cura: pajés, benzedeiras e raizeiros – GT 17 – Religiões e percursos de saúde no Brasil de hoje: "as curas espirituais" Estudos Avançados, São Paulo, v. 19, n. 53, p. 259-274, 2005.

MEDEIROS, B.T.F. E CARVALHO J.P. – Relação entre magia e religião em rituais divinatórios. Anuário Antropológico, Rio de Janeiro: T. Brasileiro, p. 313-321, 2003.

MELLO, E.C.C.; DAMIÃO JR., M. A hermenêutica simbólica: uma reflexão sobre a epistemologia da clínica junguiana. Formação em Psicologia: processos clínicos. SANTOS, M.A. SIMON, I. MELO-SILVA, I.I. (orgs). São Paulo: Vetor, 2005.

MENDES, R., DIAS, E.C. Saúde dos trabalhadores. Epidemiologia e Saúde. ROUQUAYROL, M. Z. et al. Rio de Janeiro: MEDSI, 1995.

MEJIAS.N.P. O psicólogo, a saúde pública e o esforço preventivo. Revista Saúde Pública. São Paulo, v.18, n.2, abril 1984.

MESSIAS, T.S.C. Plantão Psicológico como possibilidade de facilitação à tendência atualizante: um estudo clínico. 2002. 220 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

MORATO, H.T.P. Experiências do Serviço de Aconselhamento Psicológico do IPUSP aprendizagem significativa em ação. Revista Boletim de Psicologia da Sociedade de Psicologia de São Paulo. São Paulo, v. 17, n. 106, p. 21-39, jan/jun.1997.

MOURA, I.F.C. et al. Plantão Psicológico Na Escola : O Aluno Como Centro. 2004. 258p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

MOREIRA, A. M. O Método Fenomenológico na Pesquisa. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

MOREIRA, E.N. Plantão psicológico em ambulatório de saúde mental: um estudo fenomenológico. 2004. 201p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

#### MUSEU IMAGENS DO INCONSCIENTE

NAGY, M. Questões filosóficas na obra de C.G.Jung. Tradução de Ana Mazur Spira. Petrópolis: Vozes, 2003.

NEME, C.M.B; RODRIGUES, O.M.P.R. Psicologia da Saúde. São Paulo: Rima Editora - ME, 2005.

NEWMANN, E. História da origem da consciência. Tradução de Margit Martincic. São Paulo: Cultrix, 1995.

NICOLAU, R. F. A demanda de cura na Renovação Carismáticas Católica – Anais da 25ª Reunião de Antropologia – GT17.

OLIVEIRA, J. M. O modelo de Atenção à Saúde – texto de utilização interna da disciplina de Saúde Pública da Faculdade de ciências Médicas da PUC-Campinas, 2004.

PADILHA, B.M. Nove personagens em busca de um autor: a apropriação da identidade profissional do psicólogo clínico e a Instituição de Saúde Mental. 2002.298p. Tese (Doutorado em Psicologia) Programa de Pós Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

PELUSO, E.T.P. Estudo da Produção de Mudança em Psicoterapia Breve Dinâmica de Grupo. 1999. 230p. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

PEREIRA, A.M.T.B. et al. Plantão Psicológico: uma experiência enriquecedora para o estagiário e válida para o usuário. Revista Psicologia em Estudo. Edição especial. Maringá, v.4, n. 1, 2002.

PEREIRA JR. A; GUERRINI, I.A. Unidade e Multiplicidade do tempo: uma abordagem transdisciplinar. Interface Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v.8,n.15, p. 247-246,mar/ago 2004.

PERES, R.S. et al. Perfil da clientela de um programa de pronto-atendimento psicológico a estudantes universitários. Revista Psicologia em Estudo. Maringá, v. 9, n.1, jan/abr 2004.

PESSOTTI, I. Dados para uma história da psicologia no Brasil. *Psicologia*. v.1, nº 15, p.1-14,1998.

PIERI, P.F. Dicionário junguiano. Tradução de Ivo Storniolo. São Paulo: Paulus, 2002.

PONTES, R.L. Psicoterapia de Grupo Breve Focal: atualidade e viabilidade de uma nova proposta terapêutica. 1998. 240p. Dissertação (mestrado em Psicologia), Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

PRANDI, R. Mitologia dos Orixás. São Paulo: Companhia das Letras, 2001

PREBIANCHI, H.B. Atenção Psicológica à criança: compreensão de supervisores e funcionários de Clínica-Escola. 2004. 290p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Programa de Pós Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

PSI JORNAL DA PSICOLOGIA CRP SP ABR/JUN ,2006

QUEIROZ, M.S. Saúde e Doença. Bauru: EDUSC, 2003.

QUINTANA, A.M.; CECIM, P.S.; HENN, C.G. O preparo para lidar com a morte na formação do profissional de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v.28, n.3, set/dez. 2002.

QUINTANA, A.M. A ciência da benzedura. Bauru: EDUSC, 1999.

QINTAES, M – Da tristeza à depressão: a clinica junguiana e a dor do existir – disponível em [www.rubedo.psc.br](http://www.rubedo.psc.br), aos 01.08.06

\_\_\_\_\_. Alquimia das Palavras – disponível em [www.symbolon.com.br](http://www.symbolon.com.br) aos 01.08.06

\_\_\_\_\_. Por uma psicologia com alma e beleza – disponível em [www.symbolon.com.br](http://www.symbolon.com.br), aos 01.08.06

ROCHA, E.F; MELLO, M.A.F. Os sentidos do corpo e as intervenções hospitalares. *Terapia ocupacional: reabilitação física em contextos hospitalares*. DECARLO, M.M.R.P. LUZO, M.C.M. São Paulo: Roca, 2004.

ROHDEN, H. Einstein, o enigma do Universo. São Paulo: Martin Claret, 2004.

ROGERS, C. R. Liberdade para aprender. Minas Gerais: Editora Inter Livros de Minas Gerais Ltda, 1969.

\_\_\_\_\_. Grupos de Encontro, Lisboa: Livraria Martins Fontes Editora, 1970.



\_\_\_\_\_. *Terapia Centrada no Paciente*. Lisboa: Livraria Martins Fontes Editora, 1974.

ROSA, M. D. *A escuta psicanalítica das vidas secas*. Revista de Psicanálise Textura. São Paulo, n.2, v., p., 2002.

ROOB, A. *Alquimia & Misticismo*. Lisboa: Taschen, 1997.

ROUQUAYROL, M.Z., ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde*. 5ª edição. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SALGADO A. C. S. – “A benção de Nossa Senhora de Nazaré”: reflexões sobre a manifestação da religiosidade no espaço hospitalar – *Anais da 25ª Reunião Brasileira de Antropologia – GT 17- 2005*.

SAMUELS, A. *A política no divã: cidadania e vida interior*. Tradução de Felipe Lindoso. São Paulo: Summus, 2002.

SANDNER, D. *Os navajos e o processo simbólico de cura*. São Paulo: Summus, 1999.

SANTOS, M.A. SIMON, I. MELO-SILVA, I.I. (orgs). *Formação em Psicologia: processos clínicos*. São Paulo: Vetor, 2005.

SAKAMOTO, C.K. *A utilização de indicadores criativos em psicoterapia breve*. Revista Psicologia: Teoria e Prática. São Paulo, v.3, n.1, jan/jun 2001.

SCHWAB, G. *As mais belas histórias da Antiguidade Clássica*. V. 2. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1996.

SCHWARTZ-SALANT, N. *Jung on Alchemy*. New York: Princeton University Press, 1995.

SEGATO, M.L. *Santos e daimones*. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1995.

SELESNICK, S.T. FRANZ A. *História da Psiquiatria*. São Paulo: IBRASA, 1966.

SERRA, A.M.M. *Caminhos de Reconciliação*. Diálogos Psicologia Ciência e Profissão. Brasília, v. 1, n.1, p. 24-28, 2004.

SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVEIRA, N. *Jung, vida e obra*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

\_\_\_\_\_. *O mundo das imagens*. Rio de Janeiro: Editora Ática, 1992.

\_\_\_\_\_. *Gatos: A emoção de lidar*. Rio de Janeiro: Leo Christiano Editorial, 1998.

\_\_\_\_\_. *Imagens do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Editorial Alhambra, 1987.

**SOUZA CAMPOS, G. W.** *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

**SOUZA, L.V. – SANTOS, M.A.** *Grupo, experiência e escuta: notas sobre o papel do psicoterapeuta*. Formação em Psicologia: processos clínicos - **SANTOS, M.A. SIMON, I. MELO-SILVA, I.I. (orgs)**– São Paulo: Vetor, 2005.

**STEIN, M.** *Jung, O mapa da Alma*. São Paulo: Cultrix, 2000.

\_\_\_\_\_. *Transferência e Contratransferência*. São Paulo: Cultrix, 2005.

**STERIAN, A.** *Emergências Psiquiátricas: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2000.

**SUZUKI, D.T. FROMM, E. MARTINO, R.** *Zen Budismo e Psicanálise*. Tradução de Otávio Mendes Cajado. São Paulo: Cultrix, 1960.

**TASSINARI, M.A.** *Plantão Psicológico centrado na Pessoa no contexto escolar e a promoção da Saúde*. 1999. 273p. *Dissertação (Mestrado em Psicologia) Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro*.

**TURATO, E.R.** *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2003.

**ULLANOVA, A.** *Jung e a Religião: o Si-Mesmo opositor*. Manual de Cambridge para estudos Junguianos. **YOUNG-EISENDRATH, P.; DAWSON, T.** Tradução de Daniel Bento. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

**UNICEF.** *Conferencia de Alma Ata*. Brasil, 1979.

**VAISBERG, T.M.A.** *A função social da psicologia clínica na contemporaneidade*. Conferência de abertura constante dos ANAIS do I Congresso de Psicologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, p. 93-98, 2001.

**VAISBERG, T.M.A., MACHADO, M.C.L.** *Diagnóstico estrutural da Personalidade em Psicopatologia Psicodinâmica*. Psicologia USP. São Paulo, v.11, n.1, São Paulo, 2000.

**VASCONCELOS, E.** *Podemos ser curadores, mas sempre... Também feridos!* Anais do II Congresso Latino-Americano de Psicologia Junguiana, São Paulo: Paulus, 2001.

**VILLACORTA, G.M.** *Pajelança Amazônica: “um portal de cura na Amazônia”*. Encantaria Brasileira: O livro dos mestres, caboclos e encantados. **Reginaldo Prandi. (Org.)**. Rio de Janeiro: Pallas, 2001, p. 11-58.

**VON FRANZ, M. L.** *Psicoterapia*. São Paulo: Paulus, 1999.

\_\_\_\_\_. Alquimia. São Paulo: Cultrix, 1993.

\_\_\_\_\_. A ciência e o Inconsciente. O homem e seus símbolos. JUNG, C.G. 17ª edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1964.

YEHIA, G.Y. Interlocuções entre Plantão Psicológico e o Psicodiagnóstico colaborativo. Revista Estudos de Psicologia. Campinas, v.21, n. 01, jan/abr 2004.

\_\_\_\_\_. O follow-up como instrumento de avaliação de um processo passado e de intervenção no momento presente visando perspectivas futuras. Revista Interações, estudos e pesquisas em Psicologia. São Paulo, v.4, n.7, jan/jun 1999.

YOSHIDA, E.M.P. Psicoterapia Breve e prevenção: eficácia adaptativa e dimensões da mudança. Revista Temas em Psicologia. Ribeirão Preto, v. 7 n.2, p. 119-129, 1999.

WENTH,R.C. Bricolleur, uma possível imagem para o trabalho da análise a dermatologia (de Levi-Strauss a James Hillman) – disponível em [www.symbolon.com.br](http://www.symbolon.com.br) aos 01.08.06

WHITMONT, E.C. A busca do símbolo. São Paulo: Cultrix, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION

YUDOFISKY, S.T. Neuropsiquiatria e neurociências hoje. Porto Alegre: Artmed-Bookman, 2005.

ZANIN, D.,SANTOS, M.A.,MESTRINER,S.M.M.E. Como o paciente assimila a interpretação do psicoterapeuta? Construindo pontes entre o pensar e o sentir IN Formação em Psicologia: processos clínicos SANTOS, M.A. SIMON, I. MELO-SILVA, I.I. (orgs)– São Paulo: Vetor, 2005

ZIEGELMANN, L. Psiquiatria Social Contemporânea. Petrópolis: Vozes, 2005.

ZINI, R. A experiência de usuários de uma Clínica Escola de Psicologia conveniada ao SUS. 2004. 213p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Programa de Pós Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.





## UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

Clinica de Psicologia Aplicada e Fonoaudiologia  
Rua Irmã Armanda 10-50 Tel (14)3235 7000 Bauru SP

### Termo de Livre Consentimento Esclarecido

O presente projeto intitula-se *Plantão Psicológico: uma contribuição da Clínica Junguiana à Atenção Psicológica na Área da Saúde* e tem por objetivo a análise da Atenção Psicológica disponibilizada aos usuários de uma Clínica-Escola Universitária por meio do Plantão Psicológico a partir das experiências de Plantonistas e Clientes. Seu desenvolvimento faz parte dos requisitos parciais para a obtenção do título de doutor em Psicologia Ciência e Profissão do Curso de Doutorado do Programa de Pós Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Será desenvolvido pela Profa Ms Regina Célia Paganini Lourenço Furigo, CPF 559 678 338 20, RG 6 048 895, CRP 06/3991, com telefones para contato na USC 14 – 3235 7000 e particulares 14 3223 3938 e 14 9792 3606 além do e-mail [psykhee@uol.com.br](mailto:psykhee@uol.com.br), supervisora responsável pelo Serviço de Plantão Psicológico da Clínica de Psicologia Aplicada e Fonoaudiologia, desta Universidade, situada à Rua Ir. Armanda 10-50, Bauru SP local onde será desenvolvida a pesquisa que será orientada pela Profa Dra Vera Engler Cury-PUC Campinas.

Eu, Regina Célia Paganini Lourenço Furigo acima qualificada, responsável por esse estudo, assumo a natureza, propósitos e possíveis riscos associados à participação do paciente nesta pesquisa, afirmo que respondi todas as questões que me foram feitas e testemunhei as assinaturas.

Eu, \_\_\_\_\_ entendo que, qualquer informação obtida sobre mim, será confidencial. Eu também entendo que meus registros de pesquisa estão disponíveis para revisão da pesquisadora. Esclareceram-me que minha identidade não será revelada em nenhuma publicação desta pesquisa, por conseguinte, consinto na sua publicação e utilização dos meus dados para propósitos científicos.

Eu entendo que estou livre para recusar minha participação nesse estudo ou para desistir a qualquer momento e que minha decisão não afetará adversamente meu tratamento CPAF ou causará perda de benefícios para os quais eu poderei ser indicado.

Eu certifico que li, ou foi-me lido o texto de consentimento e entendi seu conteúdo. Uma cópia deste formulário ser-me-á fornecida. Minha assinatura demonstra que aceitei o convite e concordei livremente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
(Paciente –nome)

\_\_\_\_\_  
(Paciente – assinatura)

RG do paciente \_\_\_\_\_

Bauru, \_\_\_\_/\_\_\_\_/05.



UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

Clinica de Psicologia Aplicada e Fonoaudiologia  
Rua Irmã Arminda 10-50 Tel (14)3235 7000 Bauru SP

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem como objetivo a Análise da Atenção Psicológica disponibilizada aos usuários de uma Clínica-Escola Universitária por meio do Plantão Psicológico, a partir das experiências dos Plantonistas e Clientes.

O referido estudo é parte dos requisitos exigidos para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia, Ciência e Profissão da professora psicóloga mestre Regina Célia Paganini Lourenço Furigo, CRP 06-3991/0, junto ao programa de Pós Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas SP.

Para a efetivação desta pesquisa será necessária a permanência do plantonista na Clínica de Psicologia Aplicada e Fonoaudiologia da Universidade do Sagrado Coração sita a Rua Irmã Arminda 10-50 Bauru – SP pelo menos uma vez por semana nos meses de agosto a dezembro de 2005, em horário previamente combinado com a Direção da Clínica e pesquisadora deste projeto, atendendo no Serviço de Plantão Psicológico de maneira regular, na qualidade de voluntário, sem vínculos empregatícios com a Instituição.

Dos atendimentos realizados deverão ser entregues relatórios digitados.

O plantonista deverá também participar de supervisões regulares, na periodicidade semanal, com agendamento prévio de horário, nas dependências da Clínica-Escola da Universidade,

Assim é necessário o consentimento do plantonista para que estas narrativas sejam divulgadas, sempre na condição de estudos, pesquisas ou publicações estritamente acadêmicas, sem o qual nada poderá ser realizado.

Será mantido total sigilo quanto à identidade dos plantonistas e pacientes atendidos.

Poderá recusar-se a participar do estudo bem como a retirar seu consentimento em qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa sem que isso implique em quaisquer prejuízos pessoais ou profissionais.

Profa Ms Regina Célia Paganini Lourenço Furigo  
(CRP06/3991-0)  
Doutoranda em Psicologia Ciência e Profissão

**Declaro ter sido informado em detalhes sobre a pesquisa intitulada Plantão Psicológico:** uma contribuição da clínica junguiana à Atenção Psicológica na área da Saúde **e ter aceito participar através de atendimentos clínicos, da entrega digitada dos relatórios dos atendimentos realizados e das supervisões, sendo esta participação inteiramente voluntária.**

Fui informado (a) de que o pesquisador manterá total sigilo sobre minha identidade e as pessoas atendidas, e de que o material de meu atendimento poderá parcial ou integralmente, ser usado para fins de pesquisa e publicação científica.

Declaro estar ciente de que poderei retirar meu consentimento em qualquer fase do desenvolvimento da pesquisa sem que isso implique quaisquer prejuízos em relação a minha prática profissional.

NOME

RG

Assinatura

Data

Finalmente, porém não menos importante:

A Deus, ao Universo e aos Deuses por terem me permitido  
chegar até aqui, assim tornando-me digna de participar  
desse enigma!

### O Outro

Como decifrar pictogramas de há dez mil anos  
Se nem sei decifrar  
Minha escrita interior?

Interrogo signos dúbios  
E suas variações caleidoscópicas  
A cada segundo de observação

A verdade essencial  
É o desconhecido que me habita  
E a cada amanhecer me dá um soco.

Por ele sou também observado  
Com ironia, desprezo, incompreensão  
E assim vivemos, se ao confronto se chama  
Viver,  
Acomodados, adversos,  
Roídos de infernal curiosidade

(Drummond, 1984).