

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

DIANA PANCINI DE SÁ ANTUNES RIBEIRO

**TRANSICIONALIDADE E USO DO PROCEDIMENTO
DE DESENHOS-ESTÓRIAS COM TEMA NAS
PRIMEIRAS ENTREVISTAS CLÍNICAS**

**CAMPINAS
2008**

DIANA PANCINI DE SÁ ANTUNES RIBEIRO

**TRANSICIONALIDADE E USO DO PROCEDIMENTO
DE DESENHOS-ESTÓRIAS COM TEMA NAS
PRIMEIRAS ENTREVISTAS CLÍNICAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Psicologia: área de concentração como Profissão e Ciência.

Orientadora: Prof^a Livre Docente Tânia
Maria José Aiello-Vaisberg

**PUC-CAMPINAS
2008**

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t155.4
R484t

Ribeiro, Diana Pancini de Sá Antunes.

Transicionalidade e uso do Procedimento de Desenhos-estórias
com Tema nas primeiras entrevistas clínicas / Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro. -
Campinas: PUC-Campinas, 2007.
146p.

Orientadora: Tânia Maria José Aiello-Vaisberg.

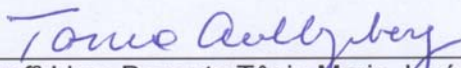
Tese (doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de
Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.

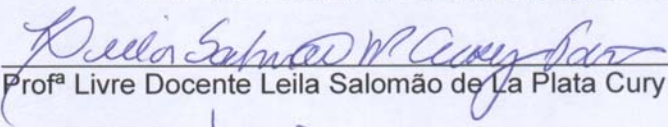
Inclui anexos e bibliografia.

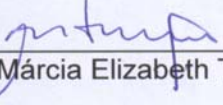
1. Psicologia infantil. 2. Psicologia infantil - Desenhos. 3. Psicologia clínica infantil.
4. Psicodiagnóstico. 5. Psicólogos - Formação. 6. Winnicott, D. W. (Donald Woods),
1896 - 1971. I. Vaisberg, Tânia Aiello. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.


22ed. CDD – t155.4

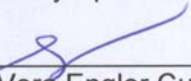
BANCA EXAMINADORA

Presidente e orientadora 
Profª Livre Docente Tânia Maria José Aiello-Vaisberg

Examinadora 
Profª Livre Docente Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Examinadora 
Profª Drª Márcia Elizabeth Torresi

Examinadora 
Profª Drª Marly Aparecida Fernandes

Examinadora 
Profª Drª Vera Engler Cury

Campinas, 11 de fevereiro de 2008.

A todos os alunos/estagiários que vêm compartilhando comigo sua emocionante e singular primeira experiência na clínica psicológica com crianças.

Ao Waldo, meu amor, companheiro que sempre me ofereceu afetuoso acolhimento.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Livre Docente Tânia Maria José Aiello-Vaisberg,
Manifesto reconhecimento e gratidão pela orientação criteriosa, pela sensibilidade com que me guiou no desenvolvimento deste trabalho e por ter aberto meus horizontes para Winnicott.

À Tereza,
Mãe 'suficientemente boa', mestra e amiga, cujo amor, força e saber me guiaram ao longo da vida. Devo a você o estímulo necessário para perseverar nos caminhos da pesquisa e da vida profissional.

Aos meus filhos, Ana e Diego,
Razão maior do meu viver, criativa continuidade de vida.

Aos meus irmãos, Nelson e Sérgio,
Com os quais compartilhei tantas brincadeiras nesta vida; que possamos 'brincar' juntos por muito tempo mais.

Às minhas amigas, Luiza Dias e Estelita Moro,
Pelo incentivo, apoio e carinho de tantos 'cafés' reconfortantes.

À Professora Doutora Dayse Maria Motta Borges e à Professora Dra. Valéria Barbieri,
pelas importantes contribuições por ocasião do Exame de Qualificação.

Aos colegas do curso de Pós-graduação da PUC-Campinas,
Com quem dividi momentos inspiradores para a realização deste trabalho.

Em especial a Miriam Tachibana e Marília Gonçalves,
Pela disponibilidade e paciência.

Aos colegas do Departamento de Psicologia da UNESP/ASSIS, especialmente à Soraia Hussein Gimenez Vieira, Jorge Luis Ferreira Abrão, Maria Luisa Louro de Castro Valente e Nelson Silva Filho,
Pelo apoio e por dividir as angústias do *fazer* universitário.

Ao Professor Doutor Carlos Eduardo Mendes de Moraes,
Pela ajuda na correção dos erros cometidos.

À Olga Liane Zanotto M. Jaschke e André Luís Jaschke,
Pela correção e formatação deste trabalho.

**UM ALUNO EM SUA PRIMEIRA ENTREVISTA NA
CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS***



* Desenho realizado por estagiária de Psicologia, em 2007, expressando o tema proposto.

RESUMO

RIBEIRO, D. P. S. A. *Transicionalidade e Uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema nas Primeiras Entrevistas Clínicas*. Campinas, 2007. Tese (Doutorado) - Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2007.

Este trabalho investiga o potencial clínico e formativo do uso transicional do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema em primeiras entrevistas realizadas por alunos de graduação e em reuniões de supervisão grupal, concebida como atividade que articula transmissão de conhecimento e *holding*. Insere-se, portanto, em um particular momento da formação do psicólogo, que se realiza por meio do atendimento clínico a crianças, no contexto do psicodiagnóstico. Pensada a partir do abandono de uma visão positivista e da adoção de um paradigma epistemológico, que privilegia a intersubjetividade, a pesquisa se estrutura segundo arquitetura complexa, na medida em que entende o atendimento clínico e a supervisão como práticas indissociáveis. Foram psicanaliticamente examinadas, em próxima interlocução com o pensamento winnicottiano, dezesseis narrativas do uso do Procedimento, elaboradas num período de dois meses letivos, ao longo dos quais dezesseis alunos realizaram vinte e quatro psicodiagnósticos completos. Duas narrativas são detalhadamente apresentadas na tese. O conjunto das análises permite afirmar que o uso transicional do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema revela-se heurísticamente valioso por favorecer comunicações emocionais significativas, entre todos os envolvidos, nos contextos do atendimento e da supervisão.

Palavras-chave: psicodiagnóstico interventivo, enquadres clínicos diferenciados, formação de psicólogos, D. W. Winnicott, Psicanálise.

ABSTRACT

RIBEIRO, D. P. S. A. *Transitionality and the Use of the Thematic Story-drawing Procedure in the First Clinical Interviews*. Campinas, 2007. Tese (Doutorado) - Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2007.

This research broaches the clinical and developing potential of the transitional use of the Thematic Story-drawing Procedure in early interviews held by undergraduate students in group supervision meetings, meant as activity which articulates knowledge transmission and holding. It is inserted, therefore, into a particular moment of the psychologist's academic development, which takes effect by means of the clinical care given to children, in the context of the psychodiagnosis. The research at issue, based on the discarding of the positivist view and the adoption of an epistemological paradigm which favors intersubjectivity, is structured according to a complex architecture, to the extent that clinical care and supervision are viewed as inseparable practices. 16 reports on the use of the Procedure, drawn up during a two-month period, along of which 16 undergraduates made twenty-four complete psychodiagnoses, were psychoanalytically evaluated, in close dialogue with the Winnicottian thought. Two of such reports are fully presented in the research. The analyses, on the whole, allow us to conclude that the transitional use of the Thematic Story-drawing Procedure seems to be heuristically important since it favors meaningful emotional communications among all the people involved in the interaction, in the contexts of the care provided for the children and the supervision provided for the students.

Keywords: interventive psychodiagnosis, differentiated clinical settings, psychologists' academic development, D. W. Winnicott, Psychoanalysis.

RÉSUMÉ

RIBEIRO, D. P. S. A. *Transitionnalité et Emploi des Procédés de Dessins-Histoires avec Thème dans les Premières Interviews Cliniques*. Campinas, 2007. Tese (Doutorado) - Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2007.

Ce travail examine le potentiel clinique et formatif de l'emploi transitionnel du Procédé de Dessins-Histoires avec Thème dans les premières interviews faites par les étudiants de la licence et dans des réunions de supervision groupale, vue comme une activité qui articule la transmission de la connaissance et le holding. Il s'insère, donc, dans un moment particulier de la formation du psychologue, celui de l'assistance clinique aux enfants dans le contexte psychodiagnostique. Conçue, à partir du refus d'une vision positiviste et de l'adoption d'un paradigme épistémologique qui privilégie l'intersubjectivité, cette recherche est structurée selon une architecture complexe, au fur et à mesure qu'elle comprend l'assistance clinique et la supervision comme des pratiques indissociables. On a examiné, psychanalytiquement, dans une interlocution proche de la pensée winnicottienne, seize récits de l'emploi du Procédé, pendant une période de deux mois scolaires au long desquels seize étudiants ont effectué vingt-quatre psychodiagnostic complets. Parmi ces récits, il y en a deux qui sont présentés de façon détaillée dans cette thèse. L'ensemble des analyses nous permet d'affirmer que l'emploi transitionnel du Procédé de Dessin-Histoire avec Thème se révèle précieux, heuristiquement, parce qu'il favorise les communications émotionnelles significatives parmi ceux qui sont concernés, soit dans le contexte de l'assistance soit dans celui de la supervision.

Mots-clés: psychodiagnostique d'intervention, cadres cliniques différenciés, formation de psychologues, D. W. Winnicott, Psychanalyse.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| PRÓLOGO | 11 |
| 1 ENTREVISTAS CLÍNICAS INICIAIS: PSICODIAGNÓSTICO E CONSULTAS TERAPÊUTICAS INDIVIDUAIS | 16 |
| 1.1 Contextualização Histórica da Prática do Psicodiagnóstico | 17 |
| 1.2 Psicodiagnóstico Interventivo e Consultas Terapêuticas Individuais | 22 |
| 2 BUSCA POR UM ENQUADRE DIFERENCIADO: SAÚDE PÚBLICA E FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA | 35 |
| 3 TRANSICIONALIDADE: RELAÇÃO COM A PRÁTICA E A SUPERVISÃO CLÍNICA | 44 |
| 3.1 A Supervisão Clínica Psicanalítica | 50 |
| 4 PROCEDIMENTO DE DESENHOS-ESTÓRIAS COM TEMA | 60 |
| 5 OBJETIVO | 66 |
| 6 ESTRATÉGIAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS | 68 |
| 6.1 O Paradigma Intersubjetivo | 69 |
| 6.2 Considerações sobre Ética nas Práticas Institucionais e Pesquisa Interventiva | 72 |
| 6.3 Cenário do Desenvolvimento da Pesquisa, Sujeitos e Procedimentos | 77 |
| 6.4 Narrativas Psicanalíticas | 80 |
| 6.5 A Escolha do Tema “Criança-Problema” | 82 |
| 6.6 Narrar desde o Começo: A Formação dos Grupos de Supervisão | 83 |
| 6.7 Narrando o Início dos Encontros de Supervisão | 86 |
| 7 CASOS CLÍNICOS: VIVÊNCIAS DOS ESTAGIÁRIOS COM O USO DO PROCEDIMENTO DE DESENHOS-ESTÓRIAS COM TEMA EM PRIMEIRAS ENTREVISTAS | 90 |
| 7.1 Caso I - A Experiência de Borboleta | 92 |

| | |
|---|-----|
| 7.2 Caso II - A Experiência de Estrela do Mar | 108 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 125 |
| REFERÊNCIAS | 135 |
| ANEXOS | 146 |

PRÓLOGO

O objetivo desta pesquisa está articulado em torno de duas questões que são, no meu entendimento, indissociáveis: o estudo acerca da potencialidade do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema como materialidade facilitadora de comunicações significativas entre terapeuta e cliente, na clínica, com crianças, e o potencial do uso deste Procedimento na formação clínica de alunos de Psicologia. A materialidade utilizada neste trabalho é abordada a partir da apropriação que alunos de graduação fazem deste recurso nas primeiras entrevistas clínicas com crianças e da narrativa deste uso em supervisão.

Esta pesquisa é fruto da evolução em minha prática como supervisora de estágio profissionalizante, pensada a partir do aluno em formação clínica e do paciente que por ele é atendido. Este caminho levou-me ao abandono de formas objetivantes de avaliar tanto o paciente que procura por ajuda psicológica, quanto o aluno que o acolhe. Ao longo de onze anos como docente em Universidade Pública pude estabelecer pequenas, mas profundas mudanças em minha prática como supervisora.

Tudo começou quando, ao iniciar meu trabalho como professora de Psicologia, foi-me dada a tarefa de supervisionar estágios profissionalizantes em psicologia clínica com crianças, além de ministrar aulas na disciplina “Técnicas de Exame e Aconselhamento Psicológico I”. Como nesta disciplina trabalhávamos, eu e uma colega, com introdução a psicodiagnósticos, logo pensei em organizar tal supervisão de modo a contemplar a afinidade existente entre ambas tarefas. Portanto, os atendimentos de meus alunos/estagiários sempre iniciavam com a realização de psicodiagnósticos embasados, nesta época, pela psicanálise kleiniana e que, em sua maioria, prosseguiam com psicoterapia individual de base analítica.

Não foi fácil para mim, pois trabalhava em um Ambulatório de Saúde Mental a partir dos anos 80, com tantos sonhos relacionados à desospitalização e voltados ao atendimento de uma população menos privilegiada economicamente, ver-me oferecendo supervisão aos atendimentos realizados em uma Clínica-Escola. Esta Clínica é bem conceituada na região, mas com atendimentos psicológicos voltados a uma pequena parcela da população que “disputava”- e disputa - as poucas vagas ofertadas pela instituição.

*Por este motivo, organizei junto à rede pública de saúde um projeto¹ que contempla o atendimento à população em contextos sociais menos favorecidos e que, também, possibilita a formação clínica de nossos alunos voltada a esta realidade de saúde pública. Esta prática procura aliar a formação clínica, o atendimento à população, e, a partir deste **fazer**, a construção de conhecimento científico que favoreça o surgimento de novas e criativas formas de trabalhar com psicanálise neste contexto.*

Privilegiar o primeiro encontro com a Psicologia, que se concretiza com a chamada primeira entrevista ou entrevista inicial, tem sido uma de minhas metas ao trabalhar com psicodiagnósticos com crianças. Considero este momento como determinante para o bom seguimento de outros possíveis encontros, tanto do ponto de vista do aluno, quanto do paciente que nos procura. Além do que, como postulou Winnicott (1965/1994b), a primeira entrevista pode, por si, constituir-se em uma consulta terapêutica significativa e suficiente à pessoa que nos procura.

Trabalho no primeiro capítulo desta pesquisa, a partir da importância que considero pertinente à primeira entrevista clínica, com Psicodiagnóstico e Consultas Terapêuticas Individuais. Recorrendo à contextualização histórica do surgimento da avaliação psicológica, discorro sobre a mudança paradigmática percorrida pela Psicologia e também sobre a Psicanálise, que procuro adotar atualmente. Privilegio ainda a adoção do psicodiagnóstico interventivo psicanalítico, a partir do paradigma intersubjetivo, e aponto sua afinidade com a fenomenologia. Autores já amplamente conhecidos no meio acadêmico, tais como Ocampo, Arzeno e Piccolo (1987), Trinca (1984), M. Ancona-Lopez (1995) são nossos interlocutores neste intento.

No segundo capítulo, procuro focar a formação acadêmica de nossos alunos e sua importância para as práticas clínicas psicológicas, necessárias em contextos de saúde pública. Os momentos teóricos ao longo do Curso são destacados e discuto criticamente acerca do início desta prática.

¹ Clínica psicanalítica com crianças: psicoterapia e enquadres diferenciados, em Anexo I.

A importância do espaço potencial e da sua estreita relação com a prática e com a supervisão clínica, tal como a sustento na atualidade, são apresentados no terceiro capítulo. Destaco os possíveis modos de ofertar supervisão psicanalítica de acordo com diferentes autores, e as similaridades entre um desses modos e a forma como penso fazer supervisão. Aqui enfatizo o trabalho de Zaslavsky, Nunes e Eizirik (2003), que realiza importante revisão sobre este tema; o trabalho de doutorado de Villela (2007), o qual encontrei já com esta pesquisa iniciada e com o qual penso guardar afinidades; e as contribuições de Aiello-Tsu (1984), Aguirre et al. (2000), Tardivo (2006), Trapé Trinca (2006) e Motta (2006).

Em busca de um enquadre diferenciado, seguindo paradigmaticamente o Jogo do Rabisco winnicottiano, adotei o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (AIELLO-VAISBERG, 1999), como mediador dialógico. Apresento este procedimento no quarto capítulo e discorro sobre a questão de seus possíveis usos na clínica winnicottiana, a partir das contribuições de Aiello-Vaisberg (1999, 2004) e Tachibana (2006), entre outros.

A partir do objetivo, no sexto capítulo, destaco as estratégias metodológicas que utilizei para dialogar com o tema do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, como mediador dialógico em primeiras entrevistas clínicas, realizadas por alunos de graduação. Enfatizo o paradigma intersubjetivo, o uso do tema “criança-problema” para me aproximar deste objetivo através do Procedimento e justifico também a adoção de narrativas psicanalíticas neste trabalho. Submeto à apreciação do leitor a formação de meus grupos de supervisão. Há ainda, neste capítulo, a apresentação dos contextos institucionais, cenários do desenvolvimento de meu trabalho, onde ocorrem estes encontros.

A escolha do Procedimento efetuado pelos estagiários e as narrativas subseqüentes são analisados na seqüência, no sétimo capítulo. Os alunos/estagiários, sujeitos desta pesquisa, usaram o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema da “criança-problema” em determinados momentos de suas primeiras entrevistas em procedimentos diagnósticos na clínica com crianças. Estes usos são narrados em supervisão clínica e, posteriormente, as

narrativas são entregues por escrito à supervisora/pesquisadora que realiza, então, uma leitura winnicottiana do acontecer clínico² vivenciado por cada sujeito.

Enfim estabeleço o capítulo final para finalizar este trabalho, que certamente permanecerá presente em minhas reflexões psicanalíticas e em minha prática clínica e docente.

² Aiello-Vaisberg (2004, p. 128) afirma que o acontecer clínico do psicanalista pode se concretizar a partir de suas intervenções verbais e gestuais – no sentido amplo da palavra gesto – e, também, a partir da “[...] atividade essencial do pesquisador psicanalítico, esteja este debruçado sobre o que aconteceu numa sessão ou estudando fenômenos humanos outros, que se dão na vida concreta de indivíduos e coletividades”.

**1 ENTREVISTAS CLÍNICAS INICIAIS: PSICODIAGNÓSTICO
E CONSULTAS TERAPÊUTICAS INDIVIDUAIS**

É possível avaliar?! A pergunta não esgota sua resposta simplesmente no campo do avaliador. Quando a avaliação produz uma pergunta, lá onde não encontramos a resposta, é por essa via, por esse vazio de saber que podemos ser levados ao encontro do outro, muito mais complexo e inapreensível do que se apresenta na cena de avaliação. (MORETZSOHN, 2005, p. 15).

1.1 Contextualização Histórica da Prática do Psicodiagnóstico

A concepção de diagnóstico psicológico tem passado, ao longo da história da Psicologia, por inúmeras controvérsias e mudanças. Vários são os teóricos desta ciência que questionam esta prática e sua utilidade enquanto método psicológico e, especialmente psicanalítico. A Psicologia possui teorias que definem de forma divergente seu objeto de estudo e o método utilizado, dificultando assim que uma única definição de procedimento psicodiagnóstico seja formulada.

Ancona-Lopez (1984) aponta claramente que as muitas definições e estruturações do diagnóstico psicológico são decorrentes das diferentes teorias psicológicas existentes. Para esta autora, o próprio uso do termo varia em função destas abordagens teóricas. Alguns psicólogos preferem utilizar os termos “psicodiagnóstico”, “diagnóstico da personalidade”, “estudo de caso” ou “avaliação psicológica”, por considerarem mais apropriados aos seus posicionamentos perante a Psicologia, neste caso, a Psicologia Clínica. Em nosso trabalho, adotamos a expressão “psicodiagnóstico infantil” com maior frequência, a partir de concepções psicanalíticas.

A importância e a atualidade deste tema podem ser dimensionadas a partir da apresentação dos editores da *Revista Ciência e Profissão – Diálogos*:

Ao mergulharmos no universo da avaliação psicológica, descobrimos a diversidade de compreensões, usos e expectativas, às vezes contraditórios, às vezes complementares, às vezes apenas diferentes. E isso dentro e fora da profissão! Dentro, há os grupos que pregam a avaliação psicológica sem testes, os que usam a psicométrica para explorar capacidades, os que investem na informatização de testes, os que questionam a banalização dos testes pelas revistas populares, os que investem na construção de novos testes, os que trabalham na validação dos já que já existem, os que trabalham a avaliação como prevenção primária, os que se debruçam na avaliação psicológica dos que já sofreram danos (neuropsicologia), para citar apenas alguns! Fora,

há uma expectativa social quanto à predição do comportamento social do sujeito, mas há também parte significativa da sociedade que questiona esse poder preditivo. (CONSELHO..., 2005, p. 5).

Historicamente, é sabido que a avaliação psicológica teve sua origem na necessidade prática de medir diferenças individuais entre pessoas, ou entre as reações da mesma pessoa em diferentes ocasiões, já no século XIX (ANASTASI, 1975) e início do século XX (CUNHA et al, 2000), época marcada pelo surgimento dos testes psicológicos e na qual a identidade do psicólogo como testólogo foi predominante.

Foi em 1896, de acordo com Ancona-Lopez (1984), que a expressão “Psicologia Clínica” foi utilizada pela primeira vez, ao referir-se a procedimentos diagnósticos utilizados junto à clínica médica. Neste momento, tornava-se imperioso identificar os intelectualmente deficientes e os doentes mentais, diferenciando-os.

Os modelos de psicodiagnóstico que inicialmente surgiram basearam-se no paradigma científico positivista, predominante na época, para o qual é “possível chegar-se ao conhecimento objetivo de um fenômeno, utilizando uma metodologia baseada em observação imparcial e experimentação” (ANCONA-LOPEZ, 1984, p. 4). De acordo com este paradigma, desenvolveram-se os processos psicodiagnósticos psicométricos, médicos e comportamentais.

A avaliação psicológica surgiu também em consonância com o nascimento dos testes psicológicos, contando com a contribuição de biólogos, médicos, matemáticos e psicólogos experimentais. O movimento histórico que culminou com o aparecimento dos testes de inteligência, “testes de QI”, depois os testes coletivos, de aptidões especiais e baterias de aptidões múltiplas observa, durante a década de 1920-1930, os primeiros movimentos contrários a estas técnicas, segundo Anastasi (1975). Sentimentos de ceticismo e hostilidade com relação a todos os testes surgiram em função de seu uso indiscriminado e pelo fato de não satisfazerem às expectativas em relação a este uso.

No entanto, paralelamente a estas discussões, já no início do século XX:

[...] alguns filósofos insurgiram-se contra a visão de ciência que considerava possível uma total separação entre o sujeito e o objeto de estudo. Para esses filósofos, todo o conhecimento é estabelecido pelo

homem, não se podendo negar a participação de sua subjetividade. Dessa forma, não é possível admitir como válida uma psicologia positivista, objetiva e experimental. O homem não pode ser estudado como um mero objeto, fazendo parte do mundo, pois o próprio mundo não passa de um objeto intencional para o sujeito que o pensa. (ANCONA-LOPEZ, 1984, p. 6).

Embasadas por este pensamento surgem na Psicologia escolas que afirmam o caráter holístico do homem e sua vida intencional, com possibilidade de autodeterminação. O psicodiagnóstico é então repensado por essas escolas, dentre as quais o Humanismo, a Psicologia Fenomenológico-existencial, a Psicanálise e as abordagens integracionistas, que surgem partindo deste novo paradigma científico que considera a subjetividade do homem.

A contribuição da Psicanálise, além de trazer à tona aspectos do inconsciente, permitiu que técnicas projetivas fossem organizadas para a utilização diagnóstica, incluindo-se os chamados testes de personalidade que foram pensados para medir aspectos não intelectuais do comportamento. No entanto, alguns psicólogos preferiram usar este termo num sentido mais amplo, referindo-se ao indivíduo total, com traços intelectuais e também não-intelectuais (ANASTASI, 1975). Essa autora considera que, na década de 70, são lentos os progressos nesta área, devido às dificuldades específicas para mensurar a personalidade. Percebe-se que ao falar deste aspecto do ser humano a expectativa é, ainda dentro de um paradigma de ciência positivista, medi-lo objetivamente.

Autores de diferentes perspectivas teóricas parecem concordar com o pensamento segundo o qual os testes psicológicos representam um dos grandes conjuntos de técnicas para o diagnóstico psicológico sem, entretanto, significarem o instrumento diagnóstico por excelência, não dispensando a observação e a entrevista (VAN KOLCK, 1974; ANCONA-LOPEZ, 1984). Neste sentido seu uso seria complementar a outros dados colhidos e existe a ênfase na relação psicólogo-cliente como instrumento sutil no estudo da personalidade.

A proposta de Ocampo, Arzeno e Piccolo (1987), além de sistematizar os passos do procedimento psicodiagnóstico, enfatiza aspectos psicanalíticos, notadamente aqueles relativos ao inconsciente do paciente e do terapeuta – a transferência e a contratransferência, bem como algumas facetas da relação bi-pessoal, que incluem a instituição na qual se dá o procedimento. A preocupação

com a inclusão do paciente no processo é clara, pela importância dada às entrevistas clínicas iniciais e devolutivas com o paciente, mesmo tratando-se de criança, adolescente ou adulto incapacitado. Entretanto, observamos que esta inclusão ainda não nos permite afirmar que há adoção do paradigma intersubjetivo nesta proposta.

Muito embora estas autoras tenham sistematizado com clareza os conceitos referentes ao psicodiagnóstico sob a ótica psicanalítica, e isto tenha também contribuído para sua divulgação em nosso meio, este modelo pode mobilizar intensa angústia no psicólogo, em função da necessidade de revelar amplo e profundo conhecimento de teorias e técnicas psicológicas (SANTIAGO, 1995). Ao abarcar o possível uso de testes psicométricos e/ou projetivos há, inclusive, a utilização de referenciais metodológicos diversos no mesmo procedimento diagnóstico.

Santiago (1995) afirma que ao tentar realizar psicodiagnóstico com a proposta de Ocampo, Arzeno e Piccolo (1987), o profissional pode oscilar entre a onipotência e a impotência, preocupando-se mais com a magnitude da tarefa do que com o seu paciente, e mais ainda se tiver pouca experiência clínica. Este distanciamento da pessoa do paciente, tão característico do paradigma da ciência positivista é, aparentemente, comum a abordagens psicológicas distintas, na atualidade.

Embora na primeira metade do século XX tenham predominado conceituações comportamentais e psicanalíticas e na segunda as cognitivas, nas últimas décadas foi tomando corpo a tendência para a integração: estratégias de avaliação específicas de conceituações psicológicas diferentes são utilizadas de forma mesclada por teóricos das mais diversas escolas psicológicas (CUNHA et al, 2000).

As abordagens integracionistas apregoam a necessidade da organização do conhecimento psicológico acerca da pessoa em processo psicodiagnóstico que digam respeito à sua vida intrapsíquica, biológica e social, sem a exclusão de nenhum destes aspectos (CUNHA et al, 2000). Entre nós, Trinca (1984) desenvolveu um modelo de diagnóstico psicológico denominado processo diagnóstico de tipo compreensivo que, semelhantemente à proposta de Ocampo, Arzeno e Piccolo (1987) inclui partes de um ou mais dos processos

diagnósticos denominados psicométrico, psicanalítico, médico, comportamental, estocástico e de escalas diagnósticas.

Este processo diagnóstico de tipo compreensivo propõe que a ênfase resida:

[...] no julgamento clínico, derivado do conhecimento amplo da personalidade do paciente e obtido pelos vários meios disponíveis: entrevistas, observações, testes psicológicos objetivos, testes psicológicos usados como formas de entrevistas, procedimentos intermediários entre testes psicológicos e entrevistas, exames complementares, etc. A anamnese e a exploração clínica da personalidade constituem as pedras angulares destes processos, com especial referência à comunicação direta e indireta do paciente e às relações paciente-psicólogo. (TRINCA, 1983, p. 17).

Considerando as dinâmicas intrapsíquicas, intrafamiliares e socioculturais este processo de diagnóstico psicológico assemelha-se à proposta de Ocampo, Arzeno e Piccolo (1987) no que pode significar para o profissional que pretende abarcar todos estes conceitos e instâncias psíquicas. Inseguranças e reações de onipotência ou impotência podem surgir principalmente no que tange ao psicólogo com pouca experiência clínica e também ao aluno de psicologia.

Trinca (1984) nos lembra que o psicodiagnóstico compreensivo designa:

[...] no diagnóstico psicológico, uma série de situações que inclui, entre outros aspectos, o de encontrar um sentido para o conjunto das informações disponíveis, tomar aquilo que é relevante e significativo na personalidade, entrar empaticamente em contato emocional e, também, conhecer os motivos profundos da vida emocional de alguém. (p. 15).

Portanto, o psicólogo ocupa um papel determinante neste modelo diagnóstico. Parece-nos que seja fundamental, então, que este profissional deva buscar uma formação pessoal obtida por meio de um auto-conhecimento que só a terapia pode fornecer, além da supervisão clínica.

Adotamos inicialmente em nosso projeto de estágio, o modelo de psicodiagnóstico compreensivo, com todos os seus fatores estruturantes³. Entretanto percebemos as dificuldades do aluno de psicologia ao se deparar com

³ Fatores estruturantes do diagnóstico compreensivo (TRINCA, 1984): objetivo de elucidar o significado de perturbações, ênfase na dinâmica emocional inconsciente, busca de compreensão psicológica globalizada do paciente, seleção de aspectos centrais, predomínio do julgamento clínico, subordinação do processo diagnóstico ao pensamento clínico, e prevalência do uso de métodos e técnicas de exame fundamentado na associação livre.

a importância e a enormidade desta tarefa em uma formação psicanalítica iniciante.

Pretendemos agora nos deter no modelo de diagnóstico denominado “psicodiagnóstico interventivo”, com o qual procuramos trabalhar atualmente, e nas consultas terapêuticas individuais propostas por Winnicott. O cuidado que ambas as práticas demonstram com a inclusão da pessoa que está sendo diagnosticada e com a pessoa do psicólogo nos indicam sua importância paradigmática.

1.2 Psicodiagnóstico Interventivo e Consultas Terapêuticas Individuais

Definido primordialmente por integrar o processo de diagnóstico psicológico com o processo terapêutico, este trabalho clínico psicológico vem romper a barreira existente entre estas atividades, aproximando terapeuta e paciente, a partir da observância de um paradigma intersubjetivo.

Trabalhos científicos relacionados a propostas de psicodiagnóstico interventivo contam com um maior interesse na atualidade, muito embora venham se articulando já há algum tempo no Brasil e, notadamente, em outros países latino-americanos (BARBIERI, 2005; TARDIVO, 2006). Podemos observar que desde o lançamento do Teste de Apercepção Temática (TAT), de Morgan e Murray (1935) já se esboçava o uso clínico terapêutico desta técnica em pessoas pouco comprometidas emocionalmente.

Bellak (1974) também sugeriu um uso interventivo com o TAT na psicoterapia, embora não utilizasse ainda a expressão psicodiagnóstico interventivo. Também na década de 70, Friedenthal (1976) discutiu a possibilidade da utilização de perguntas, comentários e assinalamentos quando da aplicação de técnicas projetivas, especialmente o Teste de Relações Objetivas de H. Philipson. Para este autor, a distinção entre processo diagnóstico e terapêutico é apenas teórica, não possível na clínica, para a qual tornar consciente o inconsciente, independentemente do processo, é considerado

terapêutico. Podemos notar a pertinência e atualidade desta reflexão nos questionamentos acerca do uso de psicodiagnóstico.

O posicionamento teórico-prático sustentado por Ocampo, Arzeno e Piccolo (1987), e largamente difundido em nosso meio universitário, em muito colaborou para a tendência de que estes processos clínicos não devessem se misturar. Para estas autoras, o objetivo do psicodiagnóstico, de buscar uma compreensão a mais profunda e completa do paciente, deve ser obtido em um tempo limitado, breve, não permitindo ao profissional o uso de interpretações, faltas, atrasos, silêncios freqüentes... O paciente deve ser colaborador nas tarefas propostas pelo psicólogo para que, no final, em uma entrevista devolutiva, este conclua acerca da dinâmica de sua problemática.

Este entendimento da devolutiva como conclusão de um processo de avaliação psicológica é objeto de resolução do Conselho Regional de Psicologia, descrita como se segue:

A devolutiva, em sua maioria é resultante de um processo de avaliação psicológica sendo entendida como processo técnico-científico de coleta de dados, estudos e interpretação de informações a respeito dos fenômenos psicológicos, que são resultantes da relação do indivíduo com a sociedade, utilizando-se, para tanto de estratégias psicológicas: métodos, técnicas e instrumentos. Os resultados dessas avaliações, ou devolutivas, devem considerar e analisar os condicionamentos históricos e sociais e seus efeitos no psiquismo, com a finalidade de servirem como instrumentos para atuar não somente sobre o indivíduo, mas na modificação desses condicionantes que operam desde a formulação da demanda até a conclusão do processo, segundo a resolução 07/2003 do CFP. (CONSELHO..., 2006, p. 14).

Devolutiva, portanto, no processo psicodiagnóstico não interventivo, seria uma análise conclusiva que deve atuar no sentido de promover modificações sobre o indivíduo e os condicionantes histórico-sociais que o levaram a esta avaliação. O sujeito avaliado é informado, ao final do processo, como deverá proceder e qual caminho tomar para atuar em sua vida.

Esta forma de trabalhar o psicodiagnóstico praticamente exclui a pessoa do paciente como partícipe de sua própria vida: ele assume o papel de informante que deve depositar totalmente nas mãos do profissional a responsabilidade pelo trabalho. O psicólogo, por sua vez, ao assumir esta tarefa pode, inconscientemente, se comprometer mais com ela do que com o seu paciente (SANTIAGO, 1995), principalmente, a nosso ver, se se tratar de

profissional iniciante ou aluno em formação. A quantidade de informações que o psicólogo deve coletar nesta prática acaba por impor ao paciente o papel de informante, mesmo que involuntariamente.

Santiago (1995) questiona esta forma de conduta psicodiagnóstica e ressalta que ao procurar auxílio psicológico o paciente está em um momento de sua vida em que não consegue mais, sozinho, dar conta da situação. Provavelmente ações já foram tentadas neste sentido e, não sendo efetivas, criaram a condição para procurar ajuda psicológica. A importância do psicodiagnóstico é, pois, fundamental, visando não somente à conclusão diagnóstica, mas ao “modo de o psicólogo acolher o paciente, relacionar-se com ele, dimensionar com justeza suas dificuldades sem torná-las o objeto único de suas investigações” (p. 11).

Partilhamos deste pensamento e reiteramos a necessidade da inclusão do paciente em todo e qualquer procedimento psicológico, notadamente o psicodiagnóstico por, em geral, ser o primeiro, mas de uma forma humana, considerando-o como potencialmente participante da condução de sua própria vida.

Consideramos a atitude do psicólogo, desde os primeiros encontros com a pessoa que vem procurá-lo, sempre indicativa do tipo de diálogo que este pretende estabelecer e, sendo esta verdadeira e humana, pode permitir à dupla analítica – terapeuta e paciente – encontros significativos e plenos de possibilidades transformadoras.

Barbieri e Jacquemin (2004) apresentam a intervenção no psicodiagnóstico como um método que utiliza “assinalamentos e interpretações desde a primeira entrevista com o paciente e durante a aplicação de técnicas projetivas” (p. 153). O material obtido com a utilização desta prática em todos os momentos do psicodiagnóstico seria mais produtivo para o paciente e o psicólogo, na medida em que, em um tempo restrito, etapas variadas do desenvolvimento pessoal do paciente e os conflitos associados a este desenvolvimento, podem ser revividos e reconhecidos como parte de uma evolução afetiva (BARBIERI; JACQUEMIN, 2004). Para o psicólogo, o reconhecimento que seu paciente pode proporcionar ao longo do processo a respeito de seus assinalamentos e intervenções permite uma maior segurança diagnóstica, podendo então verificar com maior precisão a profundidade e o impacto destas na personalidade do paciente.

Além do mais, a chance de analisar quais pacientes podem se beneficiar com a aplicação de testes psicológicos no psicodiagnóstico interventivo e em quais há contra-indicações para este procedimento, é uma das vantagens adicionais deste tipo de procedimento psicológico (BARBIERI; JACQUEMIN, 2004).

Reflexões sobre as mudanças atuais em psicodiagnóstico, com proposta que inclui a possibilidade de intervenção desde o início do processo foram efetuadas por Paulo (2006). Este autor propõe a utilização de testes projetivos como mediadores terapêuticos, além da vertente diagnóstica.

S. Ancona-Lopez (1995), ao problematizar sobre como pode se dar a intervenção no âmbito do psicodiagnóstico interventivo, discorre primeiramente sobre a necessidade de o cliente fazer um pedido de ajuda e, também, se predispor para iniciar movimento no sentido de mudança. O psicólogo, por sua vez, deve:

[...] se abrir para a co-participação do cliente e acreditar que este último pode compartilhar os conhecimentos que se forem configurando durante o processo. É uma atuação que se caracteriza pelo fato de o psicólogo partilhar suas impressões sobre (e com) o cliente, levando-o a participar do processo e a abandonar a postura passiva de "sujeito" a ser conhecido. A partir daí o psicólogo manterá sua escuta voltada para as possibilidades de intervenção. (p. 33).

A intervenção, entendida como os apontamentos efetuados pelo psicólogo ao paciente, não será postergada para outro momento diagnóstico ou terapêutico, mas efetivar-se-á sempre que naturalmente ocorrerem ao psicólogo, compartilhando-se com o paciente não somente a intervenção, mas também as reflexões advindas dela. Os apontamentos serão considerados interventivos quando causarem estranheza no relacionamento, confrontando o paciente com uma ruptura no seu modo de atuar no mundo (ANCONA-LOPEZ, S., 1995).

A partir da psicologia fenomenológica, esta autora discorre sobre a necessidade de a atitude do psicólogo possibilitar ao paciente a expressão de sua singularidade no momento do encontro diagnóstico, à medida que este mostra ao paciente o que pensa, através do que o próprio paciente traz. Trata-se de apresentar à pessoa que o procura uma situação de modo novo e iluminado pelo momento do encontro da dupla no psicodiagnóstico. Esta apresentação pode ser

desconfortável, pois desestrutura momentaneamente a identidade do paciente, mas é plena de possibilidades transformadoras, na medida em que, ao abalar o modo usual de o paciente agir, dando um sentido ao que pode estar encoberto, este necessitará de uma reorganização.

Em sua pesquisa de doutoramento, Barbieri (2002) desenvolveu uma proposta de Psicodiagnóstico Interventivo com fundamentação teórica winnicottiana do desenvolvimento emocional e nas concepções de Milner sobre a função da imagem no mundo mental, especialmente as referentes ao uso das fantasias como meios para se compreender intuitivamente a si mesmo. Foi organizado um método de Psicodiagnóstico Interventivo com crianças com tendência anti-social, incluindo a avaliação dos pais em procedimento projetivo clássico. O Teste de Rorschach foi utilizado com este objetivo, a partir da observação de que vários teóricos, em concordância, destacavam a importância da qualidade do ambiente familiar nos benefícios alcançados pela criança em procedimentos psicodiagnósticos interventivos e consultas terapêuticas. Esta pesquisa demonstra a eficácia terapêutica do psicodiagnóstico interventivo obtida pela maioria das crianças, e reafirmada pelos pais em entrevista de *follow-up* na qual relataram ausência do sintoma inicial em seus filhos.

Donatelli (2005) destaca que a tarefa do psicólogo, no psicodiagnóstico interventivo fenomenológico-existencial, de identificar a experiência do outro e seu significado é uma tarefa

[...] que exige, de alguma maneira, que o psicólogo se reconheça nesse outro. Portanto, é preciso que haja um envolvimento existencial, é preciso mergulhar no mundo do cliente, compartilhar seus códigos, deixar-se enredar por sua trama de sentidos e, ao mesmo tempo, conseguir uma distância suficiente que permita refletir sobre a situação. (p. 26).

Este envolvimento é possível pela adoção do paradigma intersubjetivo, o qual não nega a presença humana do terapeuta no contexto diagnóstico. Pelo contrário, há inclusão de todos implicados neste procedimento, pais, cliente e psicólogo. Como postula M. Ancona-Lopez (1995), na medida em que todos se engajam no processo de criação de sentidos, é diminuída a assimetria na relação e o conhecimento profissional é apenas uma forma possível de significação. Parece-nos que, desta forma, pais e criança não deixam de assumir sua

responsabilidade para com o processo diagnóstico e podem se comprometer mais com possíveis mudanças dele advindas.

A implicação da família com a queixa referente à criança, no caso de psicodiagnóstico infantil, faz com que os pais procurem o psicólogo e este fato já é revelador do seu envolvimento com esta questão. Como poderiam ser excluídos do processo, ou simplesmente serem considerados meros informantes?! A ansiedade aguda presente na situação também remete aos pais, embora reflita notadamente na criança.

A intensa ansiedade presente na primeira entrevista clínica, independentemente das razões que trouxeram a pessoa a este momento, pede, por si, que haja um acolhimento cuidadoso deste ser humano que busca auxílio psicológico. O cuidado neste primeiro encontro nos remete ao artigo de Winnicott (1965/1994b) no qual já ressalta a importância da primeira entrevista em psicanálise. Ele nos diz que uma análise nem sempre é melhor para o paciente que uma entrevista psicoterapêutica, segundo suas palavras:

A fim de obter o máximo de uma primeira entrevista, o terapeuta precisa ter cuidado em não complicar a situação. Precisam ser ditas e feitas toda a sorte de coisas que simplesmente pertencem ao fato de o terapeuta ser humano não sem se dar conta da importância profissional e estar, apesar disso, ciente da “sacralidade” da ocasião. Isto se aplica independentemente da idade do paciente. (p. 246).

Neste ponto, Winnicott afirma que um *setting*⁴ humano é essencial para o paciente se apresentar imediatamente. Esta “apresentação” é a possibilidade de comunicação verdadeira, a emergência do *self*. Para Winnicott (1954/2000) só se não interferir com o padrão da entrevista que o terapeuta pode proporcionar este *setting*. Isto significa que, apesar de livre para ser ele mesmo, não deve deixar que sua ansiedade ou culpa, ou mesmo a necessidade de acertar, para fazer sucesso, alterem o curso de uma entrevista. “O piquenique é do paciente, e até mesmo o tempo que faz é do paciente” (WINNICOTT, 1965/1994b, p. 247). O terapeuta deve, portanto, cuidar para que tudo corra bem, no tempo do seu paciente.

⁴ M. Khan (1969/1984) define o *setting* como a ambiência física que o analista proporciona. O *setting* proporciona o enquadre para o processo clínico e o resultado experiencial deste *setting* para o paciente é o *holding*.

Para se “comportar bem” o terapeuta deve buscar oferecer os cuidados de que o paciente necessita, respeitando, inclusive sua hesitação inicial no encontro. Este princípio, básico na clínica winnicottiana, encontra-se delineado no texto “A Observação de Bebês numa Situação Padronizada” (1941/2000), no qual Winnicott descreve o *Jogo da Espátula*. Khan (2000) relata que, neste artigo, Winnicott apresenta sua experiência no *Paddington Green Children’s Hospital* e no *Queen’s Hospital for Children*, onde atendeu bebês, crianças, mães, pais e avós ao longo de quatro décadas e observou um certo padrão de comportamento infantil em relação à espátula no contexto da consulta solicitada pela mãe .

Winnicott descreveu como as crianças se comportavam nesta situação e suas observações sobre este fenômeno são extremamente importantes para pensarmos sobre o ritmo que a criança estabelece, ela própria, a esta nova experiência com o, também novo, objeto-espátula. Com o bebê em seus joelhos, a mãe sentava-se à frente de Winnicott e, sobre a mesa, estava uma espátula “reluzente”. Vale a pena, pela sua importância na clínica winnicottiana, descrevermos a seqüência normal que se passava:

Primeiro estágio: O bebê avança sua mão para a espátula, mas nesse momento descobre, inesperadamente, que a situação exige uma consideração maior. Ele está num dilema. Ou ele poussa sua mão sobre a espátula e, com olhos bem abertos, olha para mim e para sua mãe, observa e espera, ou então, em certos casos, retira completamente o seu interesse e enterra a cara na blusa da mãe. Normalmente é possível administrar a situação de modo a evitar que qualquer reassseguramento ativo seja dado, e é muito interessante observar como ressurgue, gradual e espontaneamente, o interesse do bebê pela espátula.

Segundo estágio: Ao longo de todo este tempo, que eu chamo de ‘período de hesitação’, o bebê não move o seu corpo, ainda que não haja rigidez. Gradualmente ele se torna corajoso a ponto de permitir que seus sentimentos aflorem, e então a situação muda rapidamente. O momento em que essa primeira fase é substituída pela segunda é evidente, pois a aceitação, pela criança, da realidade de seu desejo pela espátula é anunciada por uma mudança que ocorre no interior de sua boca, que se torna flácida, enquanto a língua parece grossa e macia, e a saliva flui copiosamente. Não se passa muito tempo até ele pôr a espátula na boca e começar a mastigá-la com suas gengivas, ou dar a impressão de estar imitando o pai, fumando um cachimbo. A mudança no comportamento do bebê é marcante. Em vez de expectativa e quietude, agora há autoconfiança e movimentos livres com o corpo, relacionados com a manipulação da espátula.

Fiz várias vezes a tentativa de levar a espátula à boca do bebê durante o estágio de hesitação. Se a hesitação corresponde ao que eu considero normal, ou difere disto em qualidade e grau, o fato é que cheguei à conclusão de que é impossível, durante este estágio, fazer com que a espátula entre na boca do bebê sem a utilização de força bruta. Em certos casos em que a hesitação é aguda, qualquer esforço de minha

parte que resulte num movimento da espátula em direção ao bebê provoca gritos, angústia ou mesmo cólica.

O bebê agora parece sentir que a espátula está em sua posse, talvez em seu poder, e certamente disponível para propósitos de auto-expressão.

Ele bate com ela sobre o tampo da mesa, ou sobre a tigela de metal que se encontra perto dele, fazendo tanto barulho quanto lhe é possível. Ou então ele a leva em direção à minha boca e à boca de sua mãe, e fica muito contente quando *vingimos* ser alimentados por ela. Definitivamente, ele deseja que *brinquemos* de ser alimentados, e se mostra perturbado se formos estúpidos a ponto de realmente levarmos a coisa para dentro da boca, estragando a brincadeira enquanto brincadeira.

Devo assinalar, neste contexto, que jamais tive qualquer evidência de que um bebê ficasse desapontado pelo fato de a espátula não ser nem comida nem utensílio contendo comida.

Estágio 3: Há um terceiro estágio. Neste, o bebê em primeiro lugar deixa a espátula cair como que por acaso. Se ela lhe é devolvida ele fica contente, brinca com ela novamente e a deixa cair mais uma vez, agora menos 'por acaso'. Quando ela lhe é devolvida de novo, ele a joga proposadamente, e fica entusiasmadíssimo por conseguir livrar-se dela dessa forma agressiva, além de mostrar um contentamento todo especial com o barulho metálico do seu contato com o chão.

O final desta terceira fase ocorre quando o bebê ou pede para descer e brincar com a espátula no chão, onde ele recomeça a mordiscá-la, ou quando ele perde o interesse por ela e parte em direção a algum outro objeto que esteja à mão. (WINNICOTT, 1941/2000, p. 114-115).

Khan (2000) salienta o que Winnicott chama de “período de hesitação”. Ele enfatiza que é essencial o modo como Winnicott cria o espaço transicional nas suas consultas, no qual o “período de hesitação” está presente e é, inclusive, estimulado para desabrochar no gesto criativo. No caso da proposta winnicottiana do Jogo do Rabisco, o próprio rabisco é o gesto criativo. Podemos também reconhecer em nosso paciente o “período de hesitação”, no qual este está “tateando em busca de uma espécie de intimidade na situação analítica, onde ele irá aos poucos fazer a sua primeira contribuição verbal ou gestual” (KHAN, 2000, p. 19).

Não se trata novamente de uma ‘técnica’ de entrevista clínica, mas sim uma forma respeitosa de deixar que o ritmo e o tempo da comunicação do paciente sejam, de fato, dele. Desta forma, ele pode viver o desenvolvimento de uma experiência completa, com o mínimo possível de interrupção e sua manifestação no *setting* pode ocorrer espontaneamente.

De fato, Winnicott (1965/1994b) nos diz que sua esperança é de que o único aspecto estabelecido como técnica nas primeiras entrevistas venha a ser a liberdade de sua parte em utilizar conhecimentos e experiência para atender à necessidade do paciente específico, ou seja, aquele que é atendido naquele

momento. Esta “técnica” não exclui a observação de que, caso a entrevista psicoterapêutica mostre-se insatisfatória:

[...] mesmo quando se pergunta ‘Qual o mínimo que precisamos fazer neste caso?’, então um mecanismo mais complexo pode ser colocado em ação. O caso pode tornar-se um daqueles que necessitam de todo o sistema de administração psiquiátrica infantil. (p. 247).

Winnicott (1965/1994b), portanto, assinalou a possibilidade de realizar um pequeno tratamento psicanalítico na primeira entrevista de avaliação, afirmando que nela podem surgir elementos que o paciente faz emergir para serem interpretados. Lescovar (2004) afirma que referências à prática de consultas terapêuticas surgem ao longo de toda obra winnicottiana, localizando no prefácio de *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (WINNICOTT, 1971/1984), explicitamente os anos vinte como o início destas atividades.

A consulta terapêutica de Winnicott representa, de acordo com Lescovar (2004):

[...] uma nova possibilidade de avaliação, intervenção e ajuda psicológica, em que o encontro analítico se respalda basicamente numa comunicação significativa entre os membros do encontro. Tal possibilidade surge exatamente pelo caráter peculiar que marca o momento de pedido de ajuda do paciente, que espera encontrar, na comunicação com o psicoterapeuta, o objeto necessitado para a superação de sua dificuldade e, conseqüentemente, a retomada de seu processo de amadurecimento. (p. 45).

A expressão ‘consulta’ terapêutica foi cunhada por Winnicott, segundo Aiello-Vaisberg (2004), para diferenciá-la da psicoterapia e da psicanálise, enfatizando a possibilidade de efeito terapêutico, mesmo em uma única consulta. Esta mesma autora acrescenta que a convicção dele quanto ao potencial inerente para o crescimento pessoal presente em todo ser humano, possibilita que ao ofertar-se ao paciente uma escuta verdadeira, favoreça a superação de bloqueios emocionais, na maioria dos casos.

Especificamente nos encontros terapêuticos com crianças, Winnicott se perguntava como poderia ajudá-las, considerando seus conhecimentos psicanalíticos e sua disponibilidade de “ser ele mesmo e se comportar bem” no encontro com elas. Neste sentido apresenta em 1971, na publicação *Consultas*

Terapêuticas em psiquiatria infantil o squiggle game, o jogo do rabisco, procedimento clínico que valorizava o encontro terapêutico através da liberdade de participação também do terapeuta. Esta possibilidade de jogar livremente com a criança na consulta terapêutica define seu caráter não técnico, muito menos imposto ao paciente.

Lescovar (2004) afirma que a consulta terapêutica não pode ser definida a partir de procedimentos técnicos estanques, embora diga que, quando da emergência da comunicação significativa entre terapeuta e criança, em geral apresentada por meio da fala, das brincadeiras ou de desenhos comuns à dupla terapêutica, o psicoterapeuta conclui um psicodiagnóstico compreensivo psicanalítico.

O jogo do rabisco é considerado por Aiello-Vaisberg (2004) bem mais sofisticado do que uma avaliação técnica ou testagem por permitir, pela sua simplicidade, que questionamentos acerca de pressupostos positivistas fossem efetivados. Eis suas palavras sobre esta questão

O jogo do rabisco não corresponde, de modo algum, ao exame de um objeto por um perito, mas a uma estratégia sofisticada de estabelecimento de comunicação emocional não-verbal. Tem, portanto, como pressuposto a assunção de que a clínica psicológica transcorre em campo vincular, de modo tal que seu rigor não é, de modo algum, análogo àquele que se pode buscar nas ciências físicas e biológicas. Epistemologicamente, o conhecimento que esta clínica requer se constrói de modo peculiar, isto é, evitando decididamente que sua teorização se afaste do acontecer humano, tal como se dá na vida em geral e na clínica em particular. Abstrações e formalizações são, assim, decididamente evitadas. (p. 165).

Winnicott concebeu e usou o jogo do rabisco como um trabalho lúdico com o intuito de “oferecer ao paciente a oportunidade de expressar-se e conseguir desta forma uma ajuda para o conflito que vivencia” (SAFRA, 2005, p. 20). O caráter flexível deste jogo também é enfatizado, sendo a boa comunicação terapeuta-paciente determinada pelo respeito às possibilidades de expressão do paciente. Este procedimento foi assim descrito por Winnicott:

Em um momento adequado após a chegada do paciente, geralmente após pedir ao genitor que o acompanha para ir para a sala de espera, digo à criança: “Vamos jogar alguma coisa. Sei o que gostaria de jogar e vou lhe mostrar”. Há uma mesa entre a criança e eu, com papel e dois lápis. Primeiro apanho um pouco de papel e rasgo as folhas ao meio, dando a impressão de que o que estamos fazendo não é freneticamente

importante, e então começo a explicar. Digo:” Este jogo que gosto de jogar não tem regras. Pego apenas meu lápis e faço assim...” e provavelmente aperto os olhos e faço um rabisco às cegas. Prossigo com a explicação e digo: “Mostre-me se se parece com alguma coisa a você ou se pode transformá-lo em algo; depois, faça o mesmo comigo e verei se posso fazer algo com o seu rabisco”. Isto é tudo o que existe a título de técnica e tem-se que enfatizar que sou totalmente flexível mesmo neste estágio muito inicial, de maneira que se a criança quer desenhar, ou conversar, ou brincar com brinquedos, ou fazer música ou traquinagens, fico livre para adaptar-me aos desejos dela. (1968/1999, p. 232).

Ressalte-se o caráter mediador do Jogo para que se estabeleça uma comunicação significativa com a criança. O procedimento serve a esta possibilidade dialógica e não é valorizado por si mesmo (AIELLO-VAISBERG, 2004). Ou, conforme Winnicott afirma: “O jogo dos rabiscos é simplesmente um meio de se conseguir entrar em contato com a criança. O que acontece no jogo e em toda a entrevista depende da utilização feita da experiência pela criança, incluindo o material que se apresenta” (1971/1984, p. 11). Lescovar (2004) diz que a fundamentação das consultas terapêuticas reside na própria busca de auxílio pela criança e ao fato desta estar ansiosa, nas primeiras entrevistas, por informar ao terapeuta sobre suas dificuldades ou sofrimento.

A flexibilidade presentificada no encontro analítico nas consultas terapêuticas permite que tenham sempre um colorido único, dependendo das características do terapeuta e de seu paciente, além das possibilidades concretas deste encontro. Ao assim proceder, o terapeuta permite-se considerar a pessoa que o procura como primordial, e não a técnica que domina. E isto muda toda a possibilidade de um verdadeiro encontro significativo e humanamente constituído.

A importância reside, portanto, no objetivo clínico do encontro, no favorecimento de comunicação emocional significativa e não na técnica específica. Neste sentido, a busca por enquadres diferenciados na clínica psicanalítica se constitui como legítima e inserida no acontecer humano. Aiello-Vaisberg (2004) estabelece uma analogia ao propor que cada psicólogo pode criar seu estilo próprio de jogo do rabisco, à medida que busca um encontro com a criança que repouse na expressão única de seu ser, naquele momento próprio de sua vida e no encontro desta dupla analítica.

O estabelecimento do espaço potencial/transicional, conceito que Winnicott (1971/1975a) define como a terceira área, hipotética, que inaugura o

primeiro lugar de separação entre a mãe e o bebê, e sobre o qual melhor discutiremos no capítulo 3, é fundamental como parte dos procedimentos necessários para uma intervenção terapêutica. A mediação dialógica na consulta terapêutica deve ser propiciada por facilitadores do estabelecimento do espaço transicional, como por exemplo, o jogo do rabisco ou outro procedimento que faça sentido para aquela dupla naquele momento do encontro terapêutico.

O trabalho de Winnicott nas *Consultas Terapêuticas em psiquiatria infantil* (1971/1984), através do jogo do rabisco, juntamente com as possibilidades terapêuticas presentes no Psicodiagnóstico Interventivo fundamentado na psicanálise nos forneceram a inspiração e os conceitos necessários para o desenvolvimento do presente estudo.

Falamos aqui em inspiração, devido à constatação de que o uso das Consultas Terapêuticas Individuais, tal como propostas por Winnicott, parece muito simples, mas na verdade exige uma formação psicanalítica sólida e, fundamentalmente, experiência clínica que não podemos exigir de psicólogos em formação. Entretanto, podemos observar a importância da proposição paradigmática desta grande contribuição winnicottiana. Justificamos, assim, a busca por enquadres clínicos diferenciados facilitadores, para que psicólogos iniciantes na prática clínica possam favorecer comunicações emocionais significativas desde as primeiras entrevistas.

Neste sentido, utilizamos também como fonte de inspiração os trabalhos do *Ser e Fazer: Oficinas Psicoterapêuticas de Criação*, serviço oferecido através do *Ser e Fazer: Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social*, do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo. Este Laboratório tem desenvolvido pesquisas de

[...] práticas clínicas diferenciadas, potencialmente capazes de abordar o sofrimento humano, de cujos benefícios não fiquem excluídas, forçosamente, as parcelas majoritárias da população, que vive em condições concretas absolutamente desfavorecidas. (AIELLO-VAISBERG; AMBRÓSIO, 2002, p. 4).

A *Ser e Fazer* busca enquadres que procuram ligar paradigmaticamente o Jogo do Rabisco com outros mediadores que facilitam, como o Rabisco, a comunicação emocional num contexto inter-humano.

Realizamos esta pesquisa na busca por um enquadre diferenciado que proporcione possibilidades de encontros verdadeiros na clínica com crianças desde as primeiras entrevistas realizadas por psicólogos em formação, contemplando a inserção da psicologia em Unidades Básicas de Saúde sob uma perspectiva winnicottiana. O enquadramento clínico utilizado é o do Psicodiagnóstico Interventivo, embasado pela Psicanálise sob leitura winnicottiana. Priorizamos no Psicodiagnóstico Interventivo as primeiras entrevistas clínicas, observando as considerações de Winnicott.

**2 BUSCA POR UM ENQUADRE DIFERENCIADO: SAÚDE
PÚBLICA E FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Só um sujeito situado no seu tempo histórico e em relação aos determinantes culturais, políticos e econômicos que condicionam seu modo de estar no mundo poderá transformar, desejar e ousar mudanças, sair do conformismo, reverter a lógica que sustenta o imobilismo, isto é, comprometer-se, ser um ser da práxis. (DIMENSTEIN, 2001, p. 59).

Consideramos a realidade de saúde pública de extrema importância e objetivamos repensá-la em aspectos que considerem legítimos o desenvolvimento de caminhos para o cuidado com a continuidade do ser, respeitando a dramática do viver, na qual se insere o sofrimento humano. A partir desta perspectiva, consideramos o papel desempenhado pela psicologia, neste espaço público, como fundamental e fecundo para contribuições à clínica, especialmente a infantil, em função de suas possibilidades psicoprofiláticas. Valorizamos ainda este espaço como vital para a formação de nossos alunos, contribuindo desta forma para uma aproximação do conhecimento teórico com a prática psicanalítica em contextos outros que não somente o do consultório particular e das Clínicas-escolas das Faculdades de Psicologia.

Observamos na atualidade a existência de preocupações e debates acerca da formação do psicólogo no Brasil. Concordamos com Noronha (2003), quando diz que desde sua oficialização como profissão, a formação em Psicologia

[...] tem sido uma fonte inesgotável de debates e discussões. Atualmente, com aproximadamente quarenta anos de existência como profissão, a formação em Psicologia necessita de uma ampla revisão em suas características básicas, de modo a fazê-la responder melhor às demandas mais atuais da sociedade brasileira. (p. 169).

Andrade e Morato (2004) afirmam que a demanda crescente por psicólogos em serviços públicos de saúde, refletem a maior inserção do profissional de Psicologia na rede pública, na atualidade. A constatação deste fato nos leva à observação de que:

[...] a partir da década de 80, os psicólogos passaram a atuar junto a uma população de baixo nível socioeconômico, que apresenta uma realidade psicossocial muito diferente daquela apresentada pelas classes média e alta, alvo dos trabalhos da Psicologia até então. (p. 345).

A Psicologia enfatizava, sobretudo os aspectos técnicos e científicos, sendo as questões políticas relegadas a um plano inferior às práticas e discursos psicológicos. A formação de psicólogos espelhava esta situação, com a transmissão de conhecimento alienada do processo histórico e político do contexto no qual estava inserida (ANDRADE; MORATO, 2004).

Ao comentar a trajetória histórica da psicologia, Dimenstein (2001) nos diz que o modelo assistencialista e curativo consolidou-se no meio dos psicólogos voltado para serviços privados de atendimentos e tornou-se o paradigma hegemônico desta categoria profissional. Conseqüências da adoção deste paradigma se fizeram presentes também nos cursos de graduação:

Em outras palavras, a formação profissional veio direcionando o psicólogo para modelos de atuação bastante limitados para o setor da saúde. Modelos responsáveis, em parte, pelas dificuldades do profissional em lidar com a demanda da clientela e das instituições de saúde, e até de adaptar-se às dinâmicas condições de perfil profissional exigidas pelo SUS. (DIMENSTEIN, 2001, p. 59).

A prevalência do distanciamento entre a formação de psicólogos na Universidade e a realidade de saúde pública de saúde foi também destacada por Sousa (2006). Este autor, entretanto, ressalva que a PUC-Campinas possui uma das experiências pioneiras na formação de psicólogos na atenção básica, para atuação no Sistema Único de Saúde, datada de 1986.

Consideramos, portanto, no âmbito desta questão formativa, de extrema importância o trabalho de Furigo (2006) que contribuiu para a discussão sobre plantão psicológico na atenção psicológica na área da saúde, sob perspectiva junguiana. Embora efetivado para atendimento de usuários de uma Clínica-Escola Universitária, este trabalho realizou-se por meio de convênio entre Universidade e SUS.

O I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública, ocorrido em outubro de 2006, em Brasília, aponta a existência de

[...] um extenso campo para a atuação do psicólogo no Sistema Único de Saúde. Mas também se confirmou a suspeita de que para que a profissão possa contribuir na promoção à saúde do usuário do SUS, é preciso qualificar essa prestação de serviço a partir da formação dos psicólogos. (CONSELHO..., 2007, p. 8).

Andrade e Morato (2004) acrescentam que o envolvimento cada vez maior do psicólogo com populações excluídas vem gerando, além dos desafios peculiares a formação profissional inadequada a esta prática, muita “[...] angústia para os psicólogos compromissados com uma transformação social” (p. 346). Estas autoras afirmam a falta de sustentação da cientificidade neutra do psicólogo e a busca pela efetivação de outras práticas, consoantes com esta nova concepção das relações sociais e do homem inserido em contextos diversos.

Sousa (2006) afirma a responsabilidade social das instituições de ensino superior no sentido de capacitar profissionais para atuar adequadamente na realidade da sociedade brasileira.

No início de nossa atuação como psicóloga clínica, em um Ambulatório de Saúde Mental, no final da década de 80, pudemos observar e viver as dificuldades de atuação profissional na saúde pública. Também nos angustiamos no encontro com população excluída social e economicamente e com as dificuldades da prática psicológica neste quadro.

Na medida em que a demanda por participação de psicólogos no SUS cresce, também aumenta a necessidade para avançar na prática dentro da saúde pública, não só no que diz respeito à formação oferecida em cursos de Psicologia, mas também na educação para profissionais já formados (SILVEIRA, 2007).

Consideramos a formação, a atualização e a regulamentação para atuar no SUS de suma importância para profissionais de Psicologia, e enfatizamos que a prática clínica psicológica deva sempre avançar na busca por conhecimento científico que reconheça os questionamentos advindos do confronto entre a formação oferecida e a realidade atual de saúde pública.

Adams (2007) contribui com esta questão ao afirmar que “[...] boa parte das instituições de ensino superior ainda está dessintonizada com o processo de transformação pela qual passa a sociedade e o papel da Psicologia neste novo cenário” (p. 8). Precisamos, pois, atualizarmo-nos e posicionarmo-nos perante a formação atual de nossos alunos.

Ao discorrer sobre a formação profissional do psicólogo no Brasil, Pinheiro (2006) aponta que uma das maneiras de melhorar a profissão é através dos estágios. Esta autora acrescenta ainda que “As relações entre universidade e serviços de saúde em territórios bem definidos parecem ocorrer com maior facilidade principalmente em municípios menores” (p. 18).

Nossa prática de estágio baseia-se na reflexão sobre a atuação do psicólogo clínico na saúde pública e na busca por recursos que favoreçam a expressão emocional de grupos diversos em contextos sociais distintos. O aprimoramento da prática clínica é forjado junto ao meio no qual surge a demanda para esta nova clínica, que vem de uma realidade psicossocial diferente daquela com a qual o psicólogo se familiarizara, conforme referido anteriormente.

Nosso projeto de estágio foi viabilizado em virtude do perfil definido pelo Curso de Psicologia de Assis a partir do estabelecimento da atual estrutura curricular, de acordo com a Resolução UNESP 50 de 22/09/86 alterada pela Resolução UNESP 63 de 17/11/98. Apresentamos no Anexo II a síntese desta estrutura curricular, presente no capítulo 11 do Manual do Aluno de Psicologia 2007. Muito embora já estejamos à véspera da inauguração de um novo currículo, é sob a proposta anterior que nossos sujeitos de pesquisa se formarão.

De acordo com o Manual do Aluno de Psicologia 2007, foi a partir de discussões e debates no curso e de constante interlocução com os Conselhos Federal e Regional de Psicologia que se definiu o “perfil do profissional a ser formado”, em 1992:

- 1) “O profissional deve ser possuidor de uma consciência política de cidadania, da qual resulte um *compromisso com a realidade social* no sentido de promover qualidade de vida” (*);
- 2) “O profissional deve possuir capacidade de iniciativa e de autonomia para *produzir novos conhecimentos e novas práticas*, através de atitudes críticas, investigativas e criativas” (*);
- 3) “A ação profissional cotidiana deve basear-se em princípios éticos, contemplar a interdisciplinaridade e ser marcada por uma concepção de homem onde este seja compreendido em sua integralidade e na dinâmica de suas condições concretas de existência” [grifos nossos] (p. 62).

Neste Manual, há a observação de que tanto o “perfil” quanto o Projeto Pedagógico do Curso devem ser elementos dinâmicos e colocados em permanente avaliação e discussão. Considera-se ainda que todas as atividades deste Curso de Psicologia

Devam convergir para que os psicólogos aqui formados sejam profissionais competentes cuja capacidade crítico-reflexiva os permita *elaborar o conhecimento já construído*; cuja criatividade e curiosidade intelectual os permitam *produzir eticamente novos conhecimentos*; cujas práticas os *comprometam socialmente com os problemas de seu tempo*, fazendo valer – através de sua cidadania – o direito à qualidade de vida e à cidadania de seus contemporâneos [grifos nossos]. (p. 62).

Nossos grifos procuram destacar os elementos neste perfil que pretendemos abarcar em nosso projeto de estágio e, especificamente, em nossa pesquisa. Nossa prática procura formar psicólogos que possam elaborar os *conhecimentos teóricos* adquiridos ao longo do curso e confrontá-los com a *realidade concreta de existência* de seus pacientes, inseridos em um *contexto social* cuja dinâmica os leva a buscar, necessariamente, *produzir novos conhecimentos* que possibilitem melhor qualidade de vida para seus pacientes, usuários do SUS.

Acompanhamos a atuação de docentes deste Curso e notamos que estes têm participado ativamente das transformações pelas quais tem passado a saúde pública no Brasil. Alguns destes, inclusive, já atuaram em instituições públicas de saúde mental e se engajaram em projetos de estágio profissionalizante e/ou de extensão universitária junto à população menos favorecida social e economicamente. Observamos ainda o oferecimento de disciplinas optativas que procuram responder às lacunas na grade curricular, no que diz respeito à saúde pública, entre outras, há a disciplina “Atenção Psicossocial na Saúde Coletiva” (vide Anexo II).

No entanto, constatamos que o contato de nossos alunos com a prática clínica psicológica em instituições de saúde pública, e mesmo na Clínica-escola, ainda lhes causa intensa angústia. Podemos perceber que uma das prováveis causas deste desconforto seja o excesso de disciplinas teóricas e o fato de a prática ser postergada para o final do curso, sendo efetivada no quarto ou quinto ano.

Consideramos como legítimo e fundamental o ensino do conhecimento teórico em psicologia. Entretanto, devemos também objetivar que nosso aluno se aproxime cada vez mais ao longo do curso de seu objeto de estudo que, afinal, é o ser humano e, notadamente na clínica, o ser humano que sofre. Deixar que o encontro inter-humanos ocorra concretamente nos últimos anos do curso pode intensificar a ansiedade presente neste aluno.

Silva (1999) realizou, no Curso de Psicologia da UNESP de Assis, um trabalho de Iniciação Científica financiado pela FAPESP com o objetivo principal de identificar os problemas que os alunos enfrentam na atividade de estágio, especialmente na área clínica. Esta autora entrevistou alunos do quarto ano do Curso que já haviam iniciado a prática clínica, tanto na Clínica-escola, como na saúde mental pública. Entre os problemas relatados pelos alunos, destacam-se o

fato de o Curso ser integral, com excessiva carga horária; o currículo não capacitar para a prática, tanto por repetição, quanto por carência de conteúdos; o início tardio e limitado da prática clínica; e dificuldades na relação aluno-supervisor, por questões relativas à falta de acolhimento das demandas, inclusive emocionais, dos alunos. Destacamos a seguinte frase desta autora, escrita a título de conclusão:

A antecipação do estágio é algo que deve ser seriamente considerado, mas isto por si só não nos parece suficiente para superar as dificuldades existentes, principalmente a cisão que envolve o aspecto teórico e prático; são necessárias outras ações no contexto do curso, que devem envolver uma transformação na atitude dos professores que compõem o curso e dos supervisores que efetivam a supervisão. (p. 35).

Questões relativas à insegurança, vivenciadas pelos alunos na prática clínica, são consideradas pela autora como de provável causa pessoal, remetidas ao fato da própria estrutura emocional dos alunos determinar a forma como estabelecerão o contato com seus pacientes. Também levamos em conta o aspecto pessoal de cada estagiário, mas esta questão parece transcender a estrutura de personalidade de cada um e remeter a questões de como se aproxima a teoria da prática clínica. Este encontro teoria/prática é efetivado no estágio, no contato real com o sofrimento humano.

Aiello-Vaisberg e Machado (1996) já problematizavam esta questão ao discorrer sobre o ensino de psicopatologia na universidade

[...] entendemos que as aulas práticas de psicopatologia devem possibilitar ao aluno a sistematização de alguns conhecimentos teóricos básicos em psicanálise a partir do material clínico. No entanto, tratando-se basicamente de propiciar o contato com experiências humanas carregadas de significado emocional, os obstáculos à aprendizagem são, desta feita, de ordem emocional, e não, como em outras áreas do conhecimento, de índole cognitivo-conceitual ou oriundos da falta de informação. (p. 241).

A sugestão destas autoras é de que as aulas práticas de psicopatologia devam possibilitar o resgate da espontaneidade do aluno

[...] a partir do qual a percepção do outro se faz, o que, psicanaliticamente falando, implica num abandono progressivo de defesas psíquicas destinadas a manter um contato intelectualizado e distante com o sofrimento psíquico. (p. 241-242).

A intelectualização presente no encontro de nossos alunos no início de sua prática clínica também pode ser resultante de defesas psíquicas para afastá-los do sofrimento advindo do contato, tanto com outro ser humano que padece psicologicamente, quanto com as demandas da saúde pública, com a qual não se familiariza ao longo do curso.

Parece-nos que o conceito winnicottiano de “transicionalidade”⁵ pode contribuir para o estabelecimento de um ambiente psíquico adequado ao início do atendimento clínico, à semelhança da proposta de Aiello-Vaisberg e Machado (1996) para a aprendizagem inicial de Psicopatologia. De acordo com estas autoras, a transicionalidade pode facilitar a apreensão de conceitos teóricos e também a elaboração reflexiva das vivências dos estudantes com o material clínico. Ao aplicar as idéias de Winnicott ao ensino desta disciplina, sugerem que o contato dos alunos com pacientes, seja na clínica-escola, seja em instituições de saúde mental, deva “[...] ser precedido por uma ‘prática transicional’ que inicialmente ‘protege’ o aluno das angústias despertadas pelo exercício profissional” (p. 244).

Muito embora não tenhamos realizado pesquisa referente à existência de “práticas transicionais” no ensino de graduação de nossos alunos, a observação ao longo de anos, como supervisora de estágio, permite-nos supor que estes não elaboraram suficientemente, de forma transformadora, suas vivências relativas às questões relacionadas com a saúde mental. Informações teóricas parecem se sobrepor às aproximações com a realidade do sofrimento psíquico.

Concordamos com Aiello-Vaisberg e Machado (1996) que

Por outro lado, dado às características do trabalho clínico, só a vivência e elaboração dos próprios conflitos emocionais mediante uma análise pessoal pode oferecer condições para um desempenho profissional “suficientemente bom”, na medida em que o auto-conhecimento é imprescindível para a preservação da espontaneidade e autenticidade. (p. 245).

A este propósito as referidas autoras apontam que Winnicott já reafirmava a necessidade do terapeuta “olhar” seu paciente de forma semelhante à que uma mãe olha para seu bebê “[...] propiciando que o primeiro veja-se

⁵ O conceito de transicionalidade é trabalhado no capítulo 3.

refletido neste olhar e, por seu intermédio, descubra-se a si próprio e tome contato com suas potencialidades criativas” (p. 245).

Formar o aluno de psicologia, de modo que este possa estar verdadeiramente com seu paciente, sem que necessite defender-se deste encontro inter-humanos, é uma meta a ser alcançada ao longo do curso de psicologia. Entretanto, ao recebermos nossos estagiários temos que, criativamente, aproximá-los de uma prática clínica que se efetive na ativa interação entre terapeuta e paciente.

As questões que nos fazemos neste lugar de formação é: qual recurso utilizar para proporcionar tanto um início de atendimento clínico aos nossos estagiários que seja menos angustiante, quanto um acolhimento adequado ao paciente que por ele é recebido no âmbito da saúde mental pública? Que importância o espaço transicional ocupa na prática clínica psicanalítica e na experiência de supervisão desta prática? Iniciaremos a busca por respostas a partir da definição de espaço transicional e sua relação com a prática e com a supervisão psicanaliticamente orientada.

3 TRANSICIONALIDADE: RELAÇÃO COM A PRÁTICA E A SUPERVISÃO CLÍNICA

O espaço potencial entre o bebê e a mãe, entre a criança e a família, entre o indivíduo e a sociedade ou o mundo, depende da experiência que conduz à confiança. Pode ser visto como sagrado para o indivíduo, porque é aí que este experimenta o viver criativo (WINNICOTT, 1967/1975a, p. 142).

Winnicott (1951/2000) conceitua o espaço potencial e descreve sua participação na constituição da personalidade como a terceira área da vida do indivíduo, a área intermediária da experiência, entre a realidade subjetiva e a realidade compartilhada.

Ao reivindicar a existência deste estado intermediário nos primórdios da vida do bebê, entre a sua incapacidade em reconhecer e aceitar a realidade e sua crescente capacidade em fazê-lo, passa a nos falar da ilusão onipotente, Aiello-Vaisberg (2004) nos diz que se trata,

[...] de uma área de ilusão compartilhada, que é justamente o fundamento de toda a cultura humana, uma vez que nada há que seja objetivamente percebido sem que antes tenha sido subjetivamente concebido [...] a realidade humana é o universo compartilhado da cultura [...] (p. 106-107).

Abram (2000) afirma que remonta à década de 50 a utilização, por Winnicott, do termo “suficientemente boa”. Este diz respeito ao papel da mãe que permite ao seu bebê a primeira experiência da ilusão ao se adaptar as necessidades deste de forma completa como essencial para que os fundamentos da criatividade possam se desenvolver.

A mãe, desde a gravidez, adapta-se ao seu bebê, prepara-se para seu nascimento e torna-se sensível as suas necessidades. A partir de então a concentração da mãe em seu bebê, denominada por Winnicott (1956/2000) preocupação materna primária, permite que ela reconheça as suas necessidades e se adapte a elas ativamente. Safra (2005) nos diz que:

Esta adaptação completa permite ao bebê a ilusão de que cria a mãe e que ela faz parte dele. Desta maneira a mãe caminha em direção à onipotência da criança e, por meio dela, o bebê crê na realidade externa, que parece se comportar de maneira mágica. Passa então a viver a ilusão do controle onipotente, a partir de sua criatividade primária. Sem este tipo de experiência não é possível ao bebê desenvolver a capacidade para uma relação criativa com a realidade externa [...] (p. 30).

Posteriormente, a mãe suficientemente boa diminui sua adaptação ao bebê, possibilita que ele tolere frustrações aos poucos e, então, permite que perceba os objetos de forma real, odiados e amados.

O espaço potencial/transicional é fundamentado pela experiência de confiança vivida por período suficientemente longo pelo bebê e, a partir desta experiência, surgirá a possibilidade de se criar significados pessoais para se estabelecer um eu autônomo, singular e que se soma à experiência cultural (AVELLAR, 2004).

Aiello-Vaisberg e Machado (1996) referem que o bebê bem assistido desenvolve a área intermediária na qual repousam estas experiências compartilhadas com a mãe. Denominada por Winnicott de “espaço transicional”, segundo estas autoras, esta área:

[...] é preservada pelo ser humano adulto como uma “área de repouso”, à qual pode recorrer sempre que a realidade se apresente demasiadamente penosa para ser enfrentada. O acesso a esta área propicia a elaboração das dificuldades encontradas, redundando no fortalecimento da capacidade de tolerar frustrações e, conseqüentemente, um contato mais criativo com a realidade. (p. 243).

A emergência de fenômenos transicionais ocorre sempre no domínio da ilusão. Por meio dela, o bebê elegerá sua primeira possessão: o objeto transicional. Safra (2005) aponta que o desinvestimento do objeto transicional faz com que a capacidade de viver fenômenos transicionais:

[...] se irradia para todo o campo cultural, originando-se dessa forma o espaço potencial, área que possibilitará o brincar da criança, a arte, a religião, ou seja, a capacidade de usar os objetos culturais e a própria imaginação como meio de elaborar as questões fundamentais do existir humano. (p. 30).

Safra (2005) localiza entre a experiência de ilusão e o uso de objetos culturais, a palavra transicionalidade.

O conceito ‘uso de objeto’ foi desenvolvido por Winnicott (1969/1971b) como uma vinculação do indivíduo com um objeto real, que faz parte da realidade compartilhada, e não como um feixe de projeções. No conceito de relação de objeto, Winnicott “[...] aponta para um processo intrapsíquico, de cunho eminentemente narcísico” (AIELLO-VAISBERG, 2004, p. 202). Para Winnicott

(1969/1971b, p. 125) “Entre o relacionamento e o uso existe a colocação, pelo sujeito, do objeto fora de seu controle onipotente, isto é, a percepção, pelo sujeito, do objeto como fenômeno externo, não como entidade projetiva”.

A passagem da ‘relação de objeto’ para o ‘uso do objeto’⁶ corresponde a um amadurecimento do indivíduo, no sentido do discernimento entre *me* e *not me*.

A adaptação inicial do bebê ao mundo exterior pode não contar com a mãe suficientemente boa e este então, para sobreviver, não consegue desenvolver um contato verdadeiro e produtivo com a realidade, visto não estar protegido por vivências ilusórias. Necessita submeter-se ao meio ambiente, entrar precocemente em contato com a realidade, perdendo a oportunidade de saber-se criador e capaz de transformar o mundo externo.

As conseqüências deste contato precoce com o real pode ser o estabelecimento de mecanismos de defesa rígidos que estruturam uma personalidade psicótica, ou através de uma submissão excessiva à realidade, o estabelecimento de um falso *self*, com a perda da espontaneidade, autenticidade e, conseqüentemente, da criatividade (AIELLO-VAISBERG; MACHADO, 1996). Ou seja, no caso da falha materna na adaptação ao seu bebê, o resultado é uma invasão do ambiente, que provoca a defesa do bebê com a perda do sentido do *self*⁷, o gesto espontâneo não é possível e, conforme Safra (2005): “A alternativa a ser ou existir depende do reagir – e o reagir interrompe o ser e o existir” (p. 31).

Avellar (2004) acrescenta que

Para que a saúde mental se estabeleça, é preciso que o nascimento do ser ocorra na presença de um outro, que reconheça o humano no recém-nascido e o introduza no mundo. Para que a subjetividade seja constituída, é necessária a presença do outro. Em cada ser humano há a presença de muitos com a história da cultura e da humanidade. (p. 80).

A subjetividade é, portanto resultante da interação do indivíduo com o meio e vai se constituir a partir das relações estabelecidas “[...] com o outro, do jogo de forças antagônicas que levam a mudanças de posições e crescimento” (VILLELA, 2007, p. 76). Na presença do outro vivemos experiências subjetivas e

⁶ Neste trabalho utilizamos a palavra ‘uso’ no sentido winnicottiano exposto.

⁷ “Entendemos *self* como um potencial criativo e uma organização dinâmica presente em todo ser humano, que se expressa basicamente por meio do gesto espontâneo e que possibilita que cada indivíduo seja a pessoa singular que é. O *self* é a própria pessoa, inseparável de sua auto-percepção e articulação simbólica, mas nunca mera estruturação endopsíquica.” (AIELLO-VAISBERG, 2004, p. 49).

concretas às quais temos que nos reorganizar. A adaptação envolve cada um dos participantes deste encontro que pode ser visto como ameaçador, dependendo das vivências anteriores de cada um dos atores desta trama de vida. Villela (2007) nos diz, entretanto, que se o novo puder ser integrado ao sistema de pensamentos preexistentes, o encontro pode ser criativo e propiciador de transformações.

Aiello-Vaisberg e Machado (1996) ao discorrerem sobre a possibilidade, e necessidade, de uma “prática transicional” no ensino da disciplina de psicopatologia para a proteção de alunos das angústias despertadas pelo exercício profissional, afirmam que o contato de alunos com pacientes advindos de clínica-escola ou instituições de saúde mental, especialmente os psicóticos, é angustiante por estarem aprisionados em criações imaginárias deste coletivo e por suas vivências remeterem às próprias angústias primitivas adormecidas. A apresentação precipitada desta realidade pode mobilizar defesas psíquicas que, ainda segundo elas, levariam à inflação de um falso *self*, com o surgimento de uma identidade profissional intelectualizada, impedindo o estabelecimento de vínculos verdadeiros com seus pacientes.

A relação analista-analisando também tem sido objeto de estudos de psicanalistas por meio da relação mãe-bebê proposta por Winnicott, segundo nos aponta Safra (2005). O enquadre terapêutico e a relação entre a dupla analítica têm sido comparados às características do contato mãe-filho, no que diz respeito ao cuidado com a adaptação gradativa às necessidades que o paciente possui, para possibilitar uma comunicação significativa:

[...] característica do espaço potencial, na qual o analisando poderá receber a intervenção necessitada sem se sentir invadido por ela e, portanto, sem ter que reagir a ela. Cabe aqui ressaltar que adaptação às necessidades do paciente não significa a satisfação de desejos. Necessidade precisa ser satisfeita; desejo, interpretado ou manejado. (SAFRA, 2005, p. 32).

Aqui nos deteremos para, comparativamente, focalizarmos os atendimentos efetuados por nossos alunos/estagiários de Psicologia Clínica em Unidades Básicas de Saúde. A formação acadêmica de nossos alunos é predominantemente psicanalítica, com aulas de psicopatologia, psicoterapias infantis, psicodiagnóstico infantil, entre outras. O uso de mediadores transicionais

no ensino destas disciplinas, tais como filmes e oficinas de massa de modelagem para discussão de textos, não parece ser suficiente para amenizar a angústia de nossos alunos ao encontrar pacientes na clínica psicológica. Recebemos estes estagiários, depois de concorrida seleção de estágio, “iludidos” com a clientela que deverão acolher e até com o estilo de supervisão no qual poderão compartilhar suas vivências clínicas.

Trabalhamos no Núcleo de Psicodiagnóstico do Departamento de Psicologia Clínica do Curso de Psicologia da UNESP de Assis e nosso projeto de estágio ocorre com a clínica infantil. O sofrimento psíquico de crianças parece estar no imaginário da maioria de nossos estagiários bastante distante do acontecer humano. Observamos o olhar intelectualizado e defendido no uso que estes estagiários fazem de teorias e técnicas recém conhecidas.

Furigo (2002) também aponta entre os temas que perspassam a formação clínica de graduandos de Psicologia, a angústia e apreensão ao iniciarem os seus atendimentos clínicos, notadamente por meio da dificuldade em articular ciência e prática.

Parece-nos, portanto, que em concordância com Aiello-Vaisberg e Machado (1996), apesar de o momento acadêmico impelir nossos alunos a uma prática clínica, esta deva ser cuidadosa, não precipitada, mediada por recursos que possibilitem um verdadeiro encontro significativo, no sentido de permitir a atividade criativa a partir deste encontro.

A extrema delicadeza da tarefa de conduzir nossos alunos às primeiras discriminações clínicas, mesmo antes de iniciar suas atividades de atendimento efetivo, deve ser precedida do uso de mediadores que os levem a transpor suas experiências de ilusão até o encontro terapêutico com o outro (AIELLO-VAISBERG; MACHADO, 1996).

A “tarefa” do supervisor clínico torna-se especialmente difícil, caso o aprendizado de seus estagiários não tenha sido mediado adequadamente antes de sua chegada à prática clínica. Entretanto, consideramos que mesmo diante desta situação, este profissional possa usar recursos mediadores que permitam uma formação clínica psicanaliticamente orientada. Como nos apontam as autoras citadas:

Ora, formar o aluno de Psicologia, tornando-o capacitado a “estar” efetivamente com seu paciente e a ser criativo o suficiente para trabalhar num campo transferencial relaxado e propício à prática psicanalítica, exige uma visão da psicanálise como uma ciência fundada na observação do “acontecer” psicológico na qual o sujeito e objeto do conhecimento, ao invés de constituírem categorias estanques e separadas, interagem ativamente. (1996, p. 246).

Não podemos negar a real importância de o aluno entrar em contato pessoal com crianças, através de clínicas-escolas ou instituições de saúde pública. Winnicott (1971/1984) já colocava esta questão na introdução de seu livro *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil*. A teoria é essencial, mas o trabalho clínico em si: “[...] não pode ser copiado porque o terapeuta é envolvido em cada caso como pessoa, razão porque não há sequer duas entrevistas que sejam semelhantes quando podem ser realizadas por dois psiquiatras” (WINNICOTT, 1971/1984, p. 17).

Há que se instrumentalizar o início da prática clínica de nossos estagiários de tal forma que não necessitem defender-se do encontro clínico, muito pelo contrário, que facilitem a transicionalidade na comunicação com o(s) paciente(s) que recebem, especialmente na saúde pública. A pergunta que aqui nos fazemos é: Como conduzir a supervisão clínica de modo a favorecer um encontro verdadeiro entre alunos iniciantes na clínica com crianças e seus pacientes, pais e crianças?

3.1 A Supervisão Clínica Psicanalítica

A supervisão clínica aludida ao longo deste trabalho refere-se à proposta de supervisão psicanalítica, no nosso caso embasada pelas contribuições de Winnicott aos atendimentos na clínica com crianças.

A formação psicanalítica está alicerçada, segundo Zaslavsky, Nunes e Eizirik (2003) sobre três fatores básicos: a análise didática, os seminários teóricos e a supervisão clínica. Em se tratando do aluno de graduação em Psicologia, o ponto de vista tradicionalmente aceito é de que a formação clínica se dê também sobre três pilares: na psicoterapia pessoal, nos conhecimentos teóricos e técnicos

acerca da Psicologia, e nos estágios que se realizam sob orientação de um supervisor (AIELLO-TSU, 1984).

Estamos de acordo com Aguirre et al. (2000) que consideram que estes três fatores estão intimamente relacionados,

[...] uma vez que os conhecimentos teóricos só podem ser internalizados e processados em uma psicoterapia pessoal que torne possível o conhecimento do mundo interno e a utilização dos recursos pessoais na investigação e compreensão dos processos psíquicos. A supervisão, por sua vez, busca facilitar a integração destes dois aspectos na tarefa clínica: o conhecimento teórico e o autoconhecimento. (p. 53).

Aiello-Tsu (1984) considera fundamental, e básico para a adequada consecução da tarefa clínica, certo grau de autoconhecimento para que se possa, ao menos, discernir “[...] entre aquilo que vem do cliente e aquilo que emana das próprias dificuldades emocionais” (p. 49). A psicoterapia pessoal para aqueles que praticam atendimentos clínicos, torna-se, ainda de acordo com a autora, imperativo ético, inclusive para alunos de graduação.

Motta (2006) também defende a idéia de que análise pessoal, a supervisão e o conhecimento teórico sejam “[...] fundamentais e encontram-se intrinsecamente interligados, para que o contato e comunicação com o inconsciente venham a tornar-se possíveis e acessíveis ao trabalho com pacientes” (p. 411).

Freud (1937/1972) já apontava a análise pessoal como a primeira condição para a formação de um analista, pois dizia que este é um ser humano como qualquer outro e pode, inconscientemente, deixar que sua atividade clínica seja influenciada por seus afetos e conflitos internos.

Considerando que o conhecimento teórico e técnico em Psicologia seja possibilitado pela graduação ao formar psicólogos e os habilitar a exercer a profissão, qual o papel da supervisão clínica nesta formação? Qual o objetivo desta prática e em que medida esta é, de fato, facilitadora da integração do conhecimento teórico e do autoconhecimento na tarefa clínica?

Para Tardivo (2006) a supervisão tem a função de docência, mas também a de “[...]favorecer o pensar e o se aproximar do paciente e sua realidade, sem nunca substituir o que é único e singular: o encontro do psicólogo (no caso, e, formação) e seu (s) paciente (s)” (p. 365).

Zaslavsky, Nunes e Eizirik (2003) realizaram ampla revisão da literatura sobre supervisão psicanalítica e concluem que há escassez de bibliografia específica, principalmente focalizada no estudo dos fatores que influenciam o ensino e o aprendizado da técnica.

A atividade de supervisão não tem sido privilegiada em termos de pesquisa científica, sendo que no caso da literatura psicanalítica, em geral, focalizam os processos de formação de futuros psicanalistas em suas respectivas instituições (TRAPÉ TRINCA, 2006).

Podemos recorrer a Laplanche e Pontalis (1983) para definir supervisão. Estes autores procuram distinguir intervenção psicanalítica e intervenções de outras formas de psicoterapia. Neste sentido, a supervisão psicanalítica parte do relato que o analista em formação faz a um analista experimentado, que o auxilia na direção do tratamento de seu paciente e o ajuda a tomar consciência da contratransferência, diferenciando esta forma de intervenção de outras ações psicoterapêuticas, tais como aconselhamento, esclarecimentos, entre outras.

Zaslavsky, Nunes e Eizirik (2003) acrescentam que o terapeuta menos experiente, o supervisionando, apresenta um material colhido de sua prática clínica ao supervisor, considerado o terapeuta mais experiente. Este material deve ser relatado da forma mais próxima possível do que ocorreu na sessão psicanalítica ou psicoterápica. Pressupõe que o supervisionando se “habilite” como terapeuta e, neste sentido

[...] a atitude do supervisor deve estimular, no supervisionando, o desenvolvimento de suas próprias habilidades. Uma das principais funções da supervisão é a de desenvolver no supervisionando a capacidade de perceber suas próprias dificuldades. Essa seria a forma de conquistar a independência, seguindo sozinho, através de sua autocrítica, o processo de aprendizagem. (p. 298).

Aguirre *et al.* (2000) nos dizem que num enfoque psicanalítico o próprio psicólogo é seu principal instrumento de trabalho, com sua subjetividade e toda complexidade que isto implica para o desenvolvimento da atitude clínica que assume na relação terapêutica. Estas autoras entendem que a atitude clínica seja uma experiência subjetiva, objetivada na relação com o cliente, e esta experiência perspassa a compreensão e a apropriação que o psicólogo desenvolve de seu papel, implicado na construção da identidade profissional. Segundo as autoras:

Esta identidade envolve um complexo conjunto de experiências internalizadas, abrangendo desde a concepção de mundo e a adoção de uma escala de valores, até sua possível exteriorização em escolhas e comportamentos. Está, portanto associada aos parâmetros que caracterizam o papel do psicólogo: seus objetivos, suas estratégias, sua filosofia de trabalho e outros. São estes parâmetros que constituem o enquadramento de trabalho, instrumento indispensável para o exercício deste papel, pois é o referencial que permite a objetividade necessária para dar sentido aos aspectos subjetivos essenciais ao trabalho clínico [...] (2000, p. 54).

Ao falarmos de alunos de graduação em psicologia parece-nos que a possibilidade do estabelecimento de parâmetros para a definição de enquadramentos na clínica psicanalítica está, permeada pela relação de ensino-aprendizagem implicada na supervisão, no próprio estilo de supervisão determinado pelo supervisor responsável.

A supervisão psicanalítica, realizada na instituição de graduação em psicologia para a qual trabalhamos, acolhe alunos em formação clínica, sem nenhuma experiência anterior com atendimentos de qualquer ordem, a não ser aqueles realizados em situação de ensino de técnicas psicológicas, tais como aplicação de testes psicométricos e/ou projetivos e realização de entrevistas com pessoas, fora de situação que constitua atendimento clínico efetivo. Não realizam entrevistas de triagem, de anamnese, ou aplicação de outras técnicas em contextos que definam atendimento em uma clínica real, apenas “usam” sujeitos para que sirvam como agentes para seus treinamentos técnicos. Obviamente estas pessoas são informadas desta condição e aceitam participar dela de forma totalmente voluntária, mas há, desta forma um distanciamento do sofrimento humano que é presentificado em uma clínica viva, real.

Desta maneira, recebemos alunos/estagiários que efetivarão seu primeiro contato de fato com pessoas que buscam auxílio psicológico em instituição de saúde pública. Muito embora estejam, em sua maioria, em psicoterapia eles próprios, chegam nesta situação como alunos que buscam ensinamentos para aprender a ser terapeutas e com uma bagagem teórica que anseiam transpor para a prática.

O enquadramento da situação clínica que nossos alunos vivenciarão é, *a priori*, definido pelo supervisor. No caso de nossa proposta de estágio, priorizamos o enquadramento do psicodiagnóstico interventivo, com suas características já mencionadas em capítulo anterior. Neste sentido, configuramos

um campo de atuação para nossos alunos, com estabelecimento de regras básicas que configuram este enquadramento: horário de atendimento, local, objetivos, definição de papéis e, principalmente, enfoque psicanalítico winnicottiano. Concordamos, portanto, com Aguirre *et al.* (2000) que é “[...] tarefa do supervisor ensinar ao aluno a compreender e utilizar o enquadramento como instrumento indispensável (inerente) à prática clínica [...]” (p. 55).

A analogia possível entre o enquadramento no contexto de atendimento clínico psicológico e no de supervisão também é abordada por estas autoras. A supervisão requer, por si, um enquadramento que estabeleça, por intermédio de um contrato feito entre supervisor e supervisionado, horários, local, objetivos, tarefas, papel de cada parte e duração. A atitude do supervisor em relação ao enquadramento definirá a condução e as possibilidades formadoras da supervisão.

Zaslavsky, Nunes e Eizirik (2003) destacam a polarização existente entre duas atitudes na supervisão, uma chamada didática, na qual o supervisor age como um professor que explica, corrige, sugere, e que se torna modelo de identificação, e outra denominada experiencial, na qual a função do supervisor é facilitar o crescimento pessoal do supervisionando. Na primeira atitude, as situações afetivas são trabalhadas na análise pessoal do supervisionando e, na segunda, com o próprio supervisor. Ainda segundo esta revisão as reações transferenciais com os pacientes e com o supervisor são trabalhadas na própria supervisão, no modelo experiencial.

Embora inicialmente demonstrem duas atitudes na supervisão, os autores descrevem a partir delas três modelos metodológicos de supervisão, levantados a partir das contribuições de Fleming e Benedeck⁸, Ekstein e Wallerstein⁹, Mabilde¹⁰ e Vollmer Filho¹¹, a saber:

⁸ FLEMING, J.; BENEDECK, T. The psychoanalytic supervision. New York: Grune & Stratton, 1966.

⁹ EKSTEIN, R; WALLERSTEIN, R. S. The teaching and learning of psychotherapy. New York: Basic Books, 1958.

¹⁰ MABILDE, L. C. Ensino em Psicoterapia: Escuta em Supervisão. Trabalho apresentado na IX Jornada Sul-riograndense de Psiquiatria Dinâmica, nov. 1998.

¹¹ VOLLMER FILHO, G. Linhas teóricas e ideologia de formação. Recife, 1995. Trabalho apresentado no XV Congresso Brasileiro de Psicanálise.

- Modelo clássico ou demonstrativo – centrado no paciente; o papel do supervisionando é de apresentação do material e o do supervisor de transmissor de conhecimentos;
- Modelo corretivo ou comunicativo – centrado no supervisionando, este apresenta o material detalhadamente, valoriza aspectos inconscientes e o supervisor faz correções, também valoriza o inconsciente, mas o supervisionando leva esta questão para a análise pessoal;
- Modelo compreensivo, relacional ou experiencial – centrado na interação da dupla em nível empático; há observação da relação bi-pessoal como forma de entender o paciente, as questões transferenciais e contratransferenciais são abordadas diretamente na supervisão, sendo que o supervisor sugere o que o supervisionando deve levar para a análise pessoal.

Embora na prática os três modelos sejam complementares, os referidos autores observam que há uma tendência de predomínio do modelo experiencial na atualidade e creditam este fato à crescente influência de valorização dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais que ocorrem no campo psicanalítico. Ou seja, os aspectos interacionais do par analítico têm sido mais valorizados.

Situamos nossa experiência de onze anos em supervisão clínica, embasada teoricamente na psicanálise, no modelo compreensivo/experiencial, na medida em que levamos em conta a relação bi-pessoal com todas as implicações deste encontro. Apesar de não assumirmos a postura materna nesta situação acadêmica, admitimos as vicissitudes que o encontro inter-humanos oferece e procuramos trabalhar de forma a considerá-los na nossa prática clínica. Como recém chegados ao grupo/mundo da supervisão e experiência clínica, nossos alunos devem ser gradativamente colocados em contato com a realidade do sofrimento psíquico infantil, de forma a permitir atitudes criativas em si próprios e em seus pacientes, dentro de uma visão winnicottiana de trabalho terapêutico, à semelhança do que uma mãe faz com seu bebê recém chegado ao mundo.

Trapé Trinca (2006) ao comentar o foco da supervisão em aspectos relacionais enfatiza que tal concepção permite que esta situação vá muito além da interação da dupla supervisor-supervisionando, estendendo-se para o próprio

processo de atendimento terapêutico e estabelecendo um contexto de infinitas possibilidades para a dupla terapeuta - paciente. Segundo suas palavras,

Estão aí inseridos fatos os mais variados que ditam as leis do relacionamento da dupla. São fatos atuais e passados, cognitivos e emocionais, de ordem técnica e conceitual, que se manifestam como forças e conjunto de forças em ação, impulsionando ou dificultando o processo. Eles são originários tanto do paciente quanto do terapeuta e, às vezes, se cruzam e se misturam [...]. A supervisão se faz plena de sentido se leva em conta esse contexto. (p. 389).

Os objetivos da supervisão neste cenário relacional devem ser estabelecidos de forma a contemplar a transmissão de ensinamentos básicos, segundo Távora (2002), mas ir além e também permitir que “[...] cada estagiário olhe para dentro de si, para a relação que estabelece com seu cliente e para o vínculo que estabelece com seu supervisor” (p. 121). O objetivo assim inserirá o terapeuta iniciante em um mundo real, de relações que se estabelecem na clínica, mas através da qual pode se encontrar consigo mesmo e com o outro, em uma dinâmica inter-humanos, própria de um paradigma psicológico intersubjetivo. Villela (2007) corrobora tal tese, ao afirmar que a supervisão deve ajudar na compreensão de um caso, mas principalmente deve possibilitar que se compreenda a relação que se estabelece entre a dupla analítica.

Concordamos com Motta (2006) quando acrescenta um quarto elemento ao tripé básico da formação psicanalítica, significativo na formação do psicoterapeuta: o tipo de clientela e o número de pacientes atendidos, além das muitas possibilidades de aplicação dos conhecimentos psicanalíticos em cada vivência na clínica. O aumento gradativo de contato com pacientes, e a supervisão subsequente dos atendimentos, proporcionará uma formação subsidiada para que haja a construção do que esta autora denomina de “raciocínio clínico”. Segundo suas palavras,

O “raciocínio clínico” englobaria noções diagnósticas construídas através do contato com o paciente, sintomas ou queixas manifestadas, e as possíveis intervenções psicoterápicas condizentes com as condições do paciente, sua família, características de seu ambiente, etc. (p. 397).

Neste contexto, aponta as Consultas Terapêuticas de Winnicott, especificamente o uso do Jogo de Rabiscos, como uma modalidade clínica que

possibilita experiências inovadoras em psicanálise. Ao levar em conta as possibilidades comunicacionais do paciente, Winnicott não apresenta uma forma de contato através de técnicas estanques, mas sim busca uma forma de facilitar a comunicação de inconsciente para inconsciente, conforme nos afirma Motta (2006).

Vale a pena recorrer à definição de psicoterapia feita por Winnicott (1967/1975b):

Psicoterapia não é fazer interpretações argutas e apropriadas; em geral trata-se de devolver ao paciente, a longo prazo, aquilo que o paciente traz. É um derivado complexo do rosto que reflete o que há para ser visto. Essa é a forma pela qual me apraz pensar em meu trabalho, tendo em mente que, se o fizer suficientemente bem, o paciente descobrirá seu próprio eu (*self*) e será capaz de existir e sentir-se real. Sentir-se real é mais do que existir; é descobrir um modo de existir como si mesmo, relacionar-se aos objetos como si mesmo e ter um eu (*self*) para o qual retirar-se, para relaxamento. (p. 161).

Para Winnicott, portanto, o objetivo maior da psicoterapia é o de resgatar a espontaneidade do paciente, sua capacidade de agir como verdadeiro *self*, ou seja, possibilitar a emergência do gesto espontâneo (ABRAM, 2000).

A espontaneidade, a criatividade e a pessoalidade do terapeuta também foram consideradas por Winnicott como seu principal arsenal terapêutico (VILLELA, 2007).

Eis o que diz Winnicott aos terapeutas

Quando existe um brincar mútuo, então a interpretação, segundo os princípios psicanalíticos aceitos, pode levar adiante o trabalho terapêutico. Esse brincar tem de ser espontâneo, e não submisso ou aquiescente, se é que se quer fazer uma psicoterapia. [...] Brincar, essencialmente satisfaz. (1971/1975c, p. 76-77).

Parece-nos que, ao falar sobre um terapeuta que possa brincar, Winnicott esteja se referindo àquele que consiga ser ele próprio no *setting* analítico, criativo e espontâneo. Voltamos a questionar: Como pode o supervisor facilitar a possibilidade da emergência da espontaneidade entre a dupla analítica?

Novamente recorremos a Winnicott, que nos oferece a noção de *holding*¹², de sustentação, no caso, o *holding* materno que, transposto ao *setting* analítico, permite que este se configure em um ambiente confiável à dupla terapeuta-paciente e, conseqüentemente, facilitador da emergência de gestos espontâneos. A experiência terapêutica é possibilitada pela delimitação do enquadramento do *setting*, com a definição do tempo e do espaço onde emerge a confiança.

Villela (2007) oferece um olhar sobre a supervisão e o grupo de supervisão aproximada ao *holding*, no qual a oferta de acolhimento por parte do supervisor aos estagiários permite que se cumpra o papel no auxílio da aquisição da capacidade criativa por parte do terapeuta/aluno.

Ao receber alunos no grupo de supervisão recorremos a um enquadramento que o deixe seguro quanto ao que possa esperar de constante neste grupo e em seu supervisor, oferece-se algo mais: a possibilidade do estabelecimento de uma relação de confiança que pode facilitar a emergência da espontaneidade dos estagiários também nesta situação. Com este acolhimento, ofertado na supervisão, que pensamos na viabilidade de um mediador dialógico facilitador de comunicação transicional entre a dupla supervisor - supervisionando. Pensamos que este mediador devesse ter características que facilitassem seu uso em situações terapêuticas para que o estagiário pudesse perceber concretamente a sua potencialidade transicional.

Para tanto, o uso de mediadores no processo psicodiagnóstico, especialmente nas primeiras entrevistas clínicas, e deste mesmo mediador na supervisão, poderia favorecer verdadeiros e significativos encontros. No momento em que refletíamos sobre qual mediador dialógico utilizar nestas situações, deparamo-nos com o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema em nosso grupo de pesquisa. Através de relatos da utilização deste Procedimento em investigações científicas sobre imaginários sociais e também na clínica, efetivados por colegas (FERREIRA-TEIXEIRA, 2006; TEIXEIRA, 2006; TACHIBANA, 2006; BARRETO, 2006; MARTINS, 2007), pensamos na possibilidade de seu uso na situação clínica vivenciada por nossos estagiários de

¹² *Holding*: conceito winnicottiano que aparece no decorrer de toda a sua obra e se refere, sucintamente, à sustentação física e psicológica oferecida pela mãe do recém-nascido, que estabelece as condições básicas para que os processos de integração se desenvolvam (GRANATO, 2004, p. 27).

forma a facilitar a comunicação da dupla estagiário/terapeuta – cliente. Além do mais, consideramos que este uso poderia facilitar ainda a comunicação de aspectos transicionais presentes no próprio grupo de supervisão, ao analisarmos psicanaliticamente as narrativas dos estagiários sobre o uso deste Procedimento em suas primeiras experiências na clínica com crianças.

Anterior à definição de nosso objetivo de pesquisa consideramos pertinente a apresentação do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (AIELLO-VAISBERG, 1995, 1997, 1999), suas origens e sua potencialidade na investigação psicanaliticamente orientada.

4 PROCEDIMENTO DE DESENHOS-ESTÓRIAS COM TEMA

Chegamos ao Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, que auxilia na identificação do imaginário. [...] Repensado à luz da transicionalidade, a adaptação proposta por Aiello-Vaisberg revela-se capaz de favorecer a expressão emocional de forma lúdica, relaxada, não defendida [...]. (AIELLO-VAISBERG; AMBROSIO, 2006, p. 5).

Walter Trinca apresentou, em 1972, o Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E) e, posteriormente, o Procedimento de Desenhos de Família com Estórias (DF-E) como métodos de investigação clínica da personalidade, amplamente estudados por pesquisadores e utilizados no diagnóstico psicológico e na psicoterapia (TRINCA, 1997). No início desta década, já havia referências ao uso de D-E em mais de 100 trabalhos publicados, sendo mais de 30 teses de doutorado e dissertações de mestrado com o seu emprego ou a seu respeito (TRINCA; TARDIVO, 2000). Podemos destacar como exemplo, a Dissertação de Mestrado de Tardivo (1985), que trabalhou com amostra de 80 crianças para o estabelecimento de normas para o Procedimento de Desenhos-Estórias de Trinca (1972).

Como técnicas de investigação clínica da personalidade, no diagnóstico psicológico, D-E:

[...] são conhecidas como técnicas que não se prendem à fidedignidade, à sensibilidade e à padronização própria dos testes psicológicos, mas geralmente possuem a capacidade de conduzir uma exploração ampla da personalidade e de pôr em relevo a dinâmica emocional dos processos inconscientes. (TRINCA, 1997, p. 11).

Estes procedimentos surgiram em uma época na qual a pessoa do psicólogo começava a ser valorizada como capacitada para captar e compreender movimentos emocionais complexos, atualizando-se através de uma abordagem que privilegiava a relação humana (TRAPÉ TRINCA, 1997). A relação bi-pessoal passa a ser considerada e amparada pelos conhecimentos de fenômenos psicanalíticos, tais como a transferência e contratransferência e a comunicação não-verbal.

O Procedimento de Desenhos-Estórias encontra terreno fértil para desenvolver-se, na medida em que se apresenta como um instrumento auxiliar na captação de emoções e conflitos básicos dos pacientes, não se limitando às configurações avaliativas fornecidas aprioristicamente (TRAPÉ TRINCA, 1997).

Importante, acreditamos, em acordo com Trinca e Tardivo (2000), é salientar que esta técnica veio se inserir no processo psicodiagnóstico de tipo compreensivo que “[...] trouxe uma abordagem clínica renovadora e uma visão humanística integradora dos propósitos do diagnóstico psicológico” (p. 428).

A fundamentação do Procedimento de Desenhos-Estórias é baseada nas teorias e práticas da Psicanálise, das Técnicas Projetivas e da entrevista clínica, segundo seu autor (1997). A sustentação para essa fundamentação baseia-se, essencialmente, na associação livre, na técnica de apresentação de situações incompletas e sem estruturação, na liberdade de expressão do paciente através da apresentação de um *setting* adequado, na proposição de que os desenhos e as fantasias aperceptivas são modos preferenciais de comunicação da criança e do adolescente (TRINCA, 1997). Posteriormente sua aplicação foi estendida a todas as faixas etárias.

Aiello-Vaisberg (1997) demonstra que a perspectiva psicodinâmica adotada por Trinca:

[...] se constitui através de um olhar informado pelo método psicanalítico, o qual, por seu turno, possibilita, em termos técnicos, a existência da psicologia projetiva, enquanto campo de criação e inventividade de procedimentos investigativos tanto no que se refere à pesquisa psicodiagnóstica (TRINCA, 1984) como à pesquisa acadêmica de todo tipo. Ou seja, o método funda a perspectiva e harmonicamente, possibilita a concepção de procedimentos coerentes. (p. 259).

O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema é criado por Aiello-Vaisberg (1995; 1997; 1999) a partir do Procedimento de Desenhos-Estórias de Trinca e, também como esse, envolve arte e técnica fundamentadas no método psicanalítico, sendo extremamente produtivo em pesquisas sobre o imaginário coletivo.

O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema consiste, conforme palavras de sua idealizadora:

[...] na solicitação de um desenho especificado em termos temáticos: desenhe uma pessoa gorda, um hospital, um menino de rua, uma criança-problema, uma escola, o fórum etc. Em seguida, pede-se à pessoa que vire a página e, em seu verso, invente uma história sobre o que desenhou. Crianças, adolescentes e adultos dispõem-se bastante facilmente a fazer uso deste instrumento, em aplicações individuais ou coletivas. Quando o grupo é grande, usualmente cada indivíduo cria um desenho-história. Em grupos pequenos, cinco ou até seis pessoas

podem desenhar e imaginar a história em conjunto. De todo modo, as produções podem ser a seguir utilizadas pelo grupo no sentido de elaborar suas experiências. (AIELLO-VAISBERG, 2004, p. 242-243).

A concepção deste Procedimento guarda algumas vantagens sobre outros métodos projetivos, de acordo com sua autora, a saber:

- a facilidade com que se pode treinar um pesquisador em sua aplicação;
- a possibilidade de o material ser interpretado por outro pesquisador que não o que aplicou o procedimento;
- a particularidade, semelhante ao Desenho-Estória de Trinca (1972) que o originou, de poder ser aplicado em sujeitos de qualquer faixa etária, em diferentes condições psicopatológicas, com variados níveis intelectuais, em diferentes idiomas, inclusive diferente do pesquisador;
- a possibilidade de aplicação coletiva ou individual.

Devemos enfatizar aqui o fato de a autora conceber o Procedimento referido como apresentativo-expressivo e não como projetivo, tendo em vista a perspectiva transicional com a qual trabalha. Analisando criteriosamente o termo projeção, observa que este tem sentido psicanalítico metapsicológico ao situar-se como mecanismo de defesa, através do qual o indivíduo transfere conteúdos psíquicos para o outro, mesmo que apenas em termos representacionais (AIELLO-VAISBERG, 2004). Utilizado como mediador dialógico, a partir de uma perspectiva intersubjetiva, não podemos falar em projeção como uma maneira de fazer inconsciente, mas sim enquanto fenômeno, como condutas de um ponto de vista blegeriano no qual “acontecem sem que o indivíduo conheça uma motivação que é evidente desde um outro ponto de vista” (AIELLO-VAISBERG, 2004, p. 118). Pelo fato de ser proposto pelo terapeuta, acrescenta que devemos falar em apresentação do Procedimento e também devido ao fato de o paciente expressar a singularidade de seu ser, naquele momento e situação, designa este acontecer como apresentativo-expressivo.

A utilização deste Procedimento foi objeto de pesquisa psicanalítica realizada por Borges (1998) que, embasada nas contribuições teóricas de Winnicott, principalmente o conceito de espaço potencial, conclui que a técnica

empregada facilita a aliança terapêutica pela expressão subjetiva, verbal e emocional entre a criança e seus pais. O procedimento adotado mostrou-se útil na investigação e elaboração diagnóstica, na facilitação da comunicação com a terapeuta e na elaboração psíquica.

O interesse pelo uso do Procedimento como mediador dialógico, facilitador de comunicação verdadeira, no sentido winnicottiano, entre estagiários de psicologia e seus pequenos pacientes remete ao conceito de transicionalidade elaborado por Winnicott, e já trabalhado no capítulo 3.

O uso deste Procedimento é apenas sugerido aos nossos estagiários e não uma obrigatoriedade nos psicodiagnósticos que realizam. O enquadramento das atividades clínicas que realizam é o do psicodiagnóstico interventivo, embasado na psicanálise proposta por Winnicott. Neste sentido não há como estabelecer a “brincadeira” antes de conhecer a criança com a qual “brincaremos”. Em cada encontro há uma possibilidade de comunicação, com um colorido único desta vivência.

Aiello-Vaisberg e Ambrósio (2006) afirmam que o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, repensado à luz da transicionalidade

[...] revela-se capaz de favorecer a expressão emocional de forma lúdica, relaxada, não-defendida, prestando-se à ampla utilização em pesquisas que abarcam diferentes grupos e figuras sociais: psiquiatrizados, obesos, adotados, entre muitos outros. Com o aumento da experiência, chegamos finalmente a compreender que este Procedimento é um recurso mediador, quando usado nas nossas Consultas Terapêuticas Individuais e Coletivas, um de nossos enquadres diferenciados transicionais, equivale ao rabisco winnicottiano. (p. 5).

Em nossa concepção de pesquisa também aceitamos, em conformidade com o que fazem Aiello-Vaisberg e Ambrósio (2006), o convite feito por Winnicott de *sermos psicanalistas fazendo uma outra coisa*. No caso, sermos supervisor e pesquisador com uma proposta metodológica de pesquisa psicanaliticamente orientada e caracterizada pelo uso de estratégia apresentativo-expressiva – o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema – no psicodiagnóstico interventivo, pelo uso do *holding* como proposta de supervisão e de atendimento clínico.

Nossa questão primordial é a de que este enquadre revele-se como potencialmente capaz de possibilitar a expressão de comunicação verdadeira e

propiciadora de, conforme as palavras inspiradoras de Aiello-Vaisberg e Ambrósio (2006), “[...] criação/ transformação da realidade, permitindo a assunção de novas e diferentes posturas de vida, a busca por novos sentidos de existência” (p. 6).

Utilizamos o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema em psicodiagnósticos realizados por estagiários de psicologia em Unidades Básicas de Saúde a partir desta possibilidade mediadora, como um recurso dialógico, passível de ser usado pelo aluno de graduação, mas não como técnica que faculta a apreensão dos determinantes inconscientes da personalidade de cada paciente.

Nosso intuito é obter conhecimento do imaginário social que podem motivar condutas inconscientes de pais e crianças encaminhadas à saúde mental pública e estabelecer um diálogo verdadeiro com estas pessoas.

Neste sentido, nosso trabalho se insere no Projeto Integrado da Professora Livre Docente Tânia Maria José Aiello Vaisberg: *Sufrimento Humano e Exclusão Social: Pesquisa de Enquadres Diferenciados para Abordagem Psicanalítica Preventiva de Condutas Preconceituosas*, haja vista o uso de enquadre clínico diferenciado, com o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, no contexto da Instituição de Saúde Pública.

O presente trabalho tem como objetivo verificar, a partir de uma perspectiva psicanalítica, o potencial clínico do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, concebido como recurso dialógico facilitador de comunicações emocionais significativas, em primeiras entrevistas realizadas por alunos de graduação em psicologia.

Definimos comunicações emocionais significativas como aquelas possibilitadoras, no encontro aluno-paciente em um espaço transicional, de um contato mais verdadeiro e criativo com a realidade, capaz inclusive de transformá-la.

É importante destacar que, sobre a configuração deste enquadre clínico, articulam-se duas questões, a nosso ver indissociáveis, que são: a potencialidade do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema em termos heurísticos e sua potencialidade para a formação clínica do aluno de psicologia.

Inscreve-se, pois, este trabalho como pesquisa clínica de enquadre diferenciado em primeiras entrevistas no psicodiagnóstico interventivo. Enquadre diferenciado entendido como uso do método psicanalítico voltado a propiciar um manejo de *setting*, no caso com utilização de mediador dialógico, capaz de facilitar a comunicação emocional de modo transicional e, eventualmente, transformador.

6 ESTRATÉGIAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS

É no brincar, e talvez apenas no brincar, que a criança ou o adulto fruem sua liberdade de criação. (WINNICOTT, 1971/1975d, p. 79).

Hoje não se trata tanto de sobreviver como de saber viver. Para isso é necessária uma outra forma de conhecimento, um conhecimento compreensivo e íntimo que não nos separe e antes nos una pessoalmente ao que estudamos. (SANTOS, 1987, p. 53).

6.1 O Paradigma Intersubjetivo

Concebemos a pesquisa psicanalítica como essencialmente inserida em um paradigma intersubjetivo de ciência, portanto qualitativo, tanto no sentido oposto ao paradigma quantitativo/positivista, quanto ao fato do olhar investigativo deter-se no sentido humano das pessoas.

Para Herrmann (2004), a forma peculiar de ver a psicanálise define seu método. Nossa prática clínica psicanalítica repousa no reconhecimento de que a psicanálise, enquanto método consiste, fundamentalmente na busca dos determinantes lógico-emocionais que estruturam as condutas humanas (HERMANN, 1979). As condutas humanas, conforme definição de Bleger (1963), devem ser consideradas como objeto de estudo da ciência psicológica e entendidas como toda e qualquer manifestação do ser humano. Este autor utiliza o conceito de conduta humana que se atualiza e pode se expressar em três diferentes áreas: a do corpo, a da mente e a da atuação no mundo, sem, contudo, desvincularem-se, sendo unitárias em sua essência, porém podendo manifestar-se com o predomínio de uma sobre a outra – ou outras.

Aiello-Vaisberg e Machado (2000) afirmam que esta admissão do conceito de conduta por Bleger o faz adotar

[...] posição epistemológica que supera o dualismo corpo-mente e estabelece uma relação dialética entre ambos. Simultaneamente, ao definir tais manifestações como essencialmente vinculares, torna inviável a desconsideração das condições concretas da existência humana, firmando, deste modo, uma visão do homem como ser essencialmente social [...]. Bleger vai, contudo, enfatizar que o drama humano é necessariamente forjado, desde tenra idade, na relação com outrem, de modo que seu significado íntimo só é susceptível de ser desvendado com base nas experiências vitais do sujeito em questão (p. 31-32).

A Psicanálise nos ensina, entretanto, que o significado e o sentido das condutas do homem podem permanecer inconscientes “[...] o que requererá a aplicação do método psicanalítico ao estudo psicológico da conduta” (AIELLO-VAISBERG; MACHADO, 2000, p. 31). Tais autoras acrescentam ainda que o método psicanalítico pode ser concretizado pelo uso de diferentes técnicas, dependendo dos objetivos pelos quais se realiza a investigação/intervenção psicanalítica, processos que consideram indissociáveis neste campo do saber. As técnicas, por sua vez, no caso de psicodiagnósticos, concretizam-se, por exemplo, pela utilização de procedimentos projetivos e/ou apresentativos/expressivos¹³.

No entanto observam-se, no âmbito da produção acadêmica psicanalítica, pesquisas que evidenciam formas variadas de articulação entre investigação científica e psicanálise (PINTO; AIELLO-VAISBERG, 2001). Há uma ambigüidade também presente no seio da psicanálise que se reflete em duas possíveis metodologias de pesquisa: uma baseada na teorização metapsicológica freudiana, próxima do paradigma da ciência moderna, e outra que faz uso da metodologia psicanalítica em consonância com um paradigma intersubjetivo.

Aiello-Vaisberg (2004) afirma que existem duas abordagens do homem sendo consideradas como psicanálise: por um lado, temos a atividade clínica, facilitadora de transformações existenciais a partir do encontro inter-humano, por outro temos uma teorização biologizante.

Entendemos ser imprescindível, pois, definirmos claramente a que método nos referimos em nossos procedimentos de pesquisa.

Silva (1993) considera útil que, para definirmos uma ciência, apresentemos seu objeto e seu método de investigação. Define como objeto da psicanálise o inconsciente que, organizado a partir de nossos desejos, manifesta-se à consciência e daí no ambiente.

O método da psicanálise apresenta-se, ainda de acordo com Silva:

[...] com uma dupla face: de um lado, a associação-livre – a oferta do material sem crítica ou intenção determinada; e, de outro, a atenção flutuante – captação de material sem crítica ou intenção pré-determinada [...] o método da psicanálise caracteriza-se por abertura, construção e participação. (1993, p. 20).

¹³ O termo apresentativo/expressivo é usado por Aiello-Vaisberg (2004) no lugar do vocábulo projetivo em virtude da perspectiva transicional com a qual trabalha, conforme já apresentamos em capítulo anterior.

O método interpretativo da psicanálise não se restringe, por certo, aos tratamentos de consultório. Antes pode, e deve ser estendido ao sentido psíquico do mundo, à clínica extensa e ao estudo da psique cultural, segundo Herrmann (2004). Para este psicanalista a chave da pesquisa em psicanálise é o método psicanalítico, que une a clínica e a pesquisa, separadas por suas respectivas técnicas.

A visão de Aiello-Vaisberg (2004), baseada na proposta blegeriana, segundo a qual “[...] a psicanálise estuda o mesmo fenômeno das demais ciências humanas, o ser humano, em seu acontecer concreto e inevitavelmente situado” (p. 124), inclusive no sentido emocional, parece-nos coerente com a psicanálise que pretendemos tomar enquanto método. Esta abordagem psicanalítica, neste sentido, está atenta ao campo experiencial humano, em suas dimensões consciente e inconsciente (AIELLO-VAISBERG, 2004).

A conduta humana pode ser abordada, para Aiello-Vaisberg (2004), no espaço individual ou coletivo, pela adoção das concepções de Bleger (1963) sobre os campos da conduta. Considerando a indicação dos três campos propostos por este autor, temos: o campo ambiental, visto a partir de uma perspectiva externa à pessoa concreta; o campo psicológico, de caráter vivencial; e o campo da consciência, que é uma diferenciação do campo psicológico. O campo psicológico, portanto, pode ser definido como o campo vivencial não consciente que, sendo relativo a fenômenos individuais e coletivos, pode ser concebido, segundo Aiello-Vaisberg (2004), como campo psicológico relativo.

Aiello-Vaisberg (2004) conclui que “[...] A abordagem psicanalítica do fenômeno humano consiste, pois, na transformação de campos psicológicos não conscientes, se nos mantivermos fiéis à proposta blegeriana” (p. 125). A conduta refere-se, portanto, ao acontecer humano, concebido como experiência dramática dotada de múltiplos sentidos, muitos deles desconhecidos, inconscientes (AIELLO-VAISBERG; MACHADO, 2004).

Lembremos que o método psicanalítico, criado por Freud para atender pacientes neuróticos individualmente, constitui-se classicamente em dois processos: a livre-associação e a atenção flutuante ou equiflutuante. As definições destes processos indicam que ambos incidem sobre o discurso verbal, no qual Aiello-Vaisberg e Machado apontam que as crianças também “dizem enquanto brincam” (2004, p. 6).

Estas autoras consideram o pensamento e o discurso como pertencentes a um conjunto maior, o das condutas que expressam a personalidade, e podem ser pensadas, baseando-nos em Bleger (1963) como linguagens expressivas. Daí concluem:

Então, a regra fundamental é aquela que busca a expressão pessoal enquanto expressão da dramática existencial. Pode acontecer em registro verbal discursivo ou não. Por outro lado a atenção equiflutuante é a nossa ver uma atitude fenomenológica de suspensão de juízos e conhecimentos prévios e de abertura e acolhimento à expressão. (AIELLO-VAISBERG; MACHADO, 2004, p. 6).

Neste sentido, a atenção flutuante é uma atitude que inclui nossos valores e crenças, intelecto e afeto, “[...] porque estou diante de um outro que expressa dramáticas do viver humano, algo que me afeta, que me implica” (AIELLO-VAISBERG; MACHADO, 2004, p. 6).

Quando pensamos a pesquisa acadêmica psicanaliticamente, esta dimensão do investigador também pode e deve ser considerada, visto o abandono que propomos do empirismo ingênuo, considerando a impossibilidade da separação sujeito e objeto de pesquisa.

Nossa proposta de pesquisa psicanalítica, portanto, repousa no paradigma intersubjetivo ao considerar e incluir o próprio pesquisador como implicado na investigação que realiza com toda sua personalidade. Além disso, inclui o estagiário de psicologia clínica como sujeito de pesquisa, implicado também com seus valores, crenças, intelecto e afetos nas experiências clínicas e de supervisão psicanalítica, pelas quais passa em sua formação.

6.2 Considerações sobre Ética nas Práticas Institucionais e Pesquisa Interventiva

Ao observarmos as práticas institucionais que os psicólogos desenvolvem na atualidade, faz-se necessário pensarmos na postura ética que este profissional deve assumir. A mudança paradigmática, com a adoção da intersubjetividade nas relações psicólogo-paciente, que também declaramos

acatar em nossos procedimentos de pesquisa, torna imperioso que observemos o que Andrade e Morato (2004) denominam *deslocamento do saber*, um posicionamento ético no qual há uma construção conjunta de sentidos e não uma verdade a ser transmitida. Eis o que dizem a respeito

Nas práticas psicológicas faz-se necessário, pois, que o psicólogo se despoje do lugar de especialista, portador de um saber a ser transmitido e passe a funcionar como um mediador, um entre, que acolhe a produção emergente nos diversos encontros. (p. 347).

Estas autoras ainda observam as formas como os psicólogos que trabalham em instituições procuram intervir na atualidade. Alguns tendem a reproduzir os modelos tradicionais de atendimento psicológico, entretanto “travestem” estas intervenções em técnicas e/ou métodos alternativos, tais como trabalhos com grupos ou trabalhos coletivos. Andrade e Morato (2004) criticam, neste caso, o fato deste profissional permanecer como um especialista centrado nos “problemas psicológicos” da população, reproduzindo os valores e as crenças dominantes que ditam que somente os fatores psicológicos são responsáveis pelo sofrimento destas pessoas.

O oposto a esta postura seria aquela na qual o psicólogo assume o trabalho assistencialista, partindo do pressuposto de que a população, sendo deficiente nos aspectos socioeconômico e cultural necessita ser ajudada e conscientizada desta “deficiência”, inclusive para reivindicar melhorias, politicamente. Trata-se, ainda de acordo com as autoras acima citadas, de um profissional que age como se as pessoas por ele atendidas permanecessem em um lugar de passividade enquanto outro agiria em seu favor. Esta postura mantém o estranhamento entre a dupla psicólogo-população atendida, na medida em que este profissional permanece como detentor de um saber.

Em ambas as posições expostas, os profissionais

[...] permanecem na crença e postura de quem sustenta um saber sobre o que é melhor, mais saudável, ou mais transformador para aquele grupo. Permanece uma dimensão moral que pressupõe verdades universais sobre relacionamentos psicossociais. A dimensão ética de acolhimento emergente no encontro, no grupo, está completamente ausente nesta postura ditatorial de a priori. (ANDRADE; MORATO, 2004, p. 347).

Postulamos, portanto, um trabalho que seja construído no *entre*, na *transicionalidade* winnicottiana, que signifique uma construção conjunta com a população atendida nas UBS, que leve em consideração o conhecimento, as ações e a implicação que a população já possui sobre seus problemas, de qualquer ordem que estes sejam. Um trabalho desta magnitude pressupõe a adoção de um paradigma de ciência e vida que sempre busque contemplar o que existe de concreto no sofrimento e história de vida dos sujeitos implicados neste encontro, de maneira conjunta.

Por certo não se trata de desconsiderar o saber psicológico, mas sim tomá-lo *juntamente* com as dimensões políticas e éticas do grupo acolhido pelo psicólogo em sua prática.

As reflexões sobre as demandas sociais requerem, portanto, uma busca por um *fazer* psicológico que redimensione as práticas psicológicas institucionais. Neste sentido, a formação profissional deve também ser revisitada, de modo a contemplar esta nova realidade que se impõe ao psicólogo, conforme já discutimos em capítulo anterior. A necessidade de repensar tanto a ação quanto a formação profissional de psicólogos que atuam na área da saúde leva também a se pensar na necessidade de problematizar a questão do sofrimento humano em diversas situações, entre elas a das instituições de saúde e a clínica de consultório, conforme Andrade e Morato (2004). Estas autoras afirmam que

É essa dimensão da ética que demanda repensar a própria clínica, redirecionando-lhe o sentido de modo a contemplar o espectro da experiência do ser humano, plural e singular ao mesmo tempo, atendendo a todas as formas de manifestações e expressões pessoais, além da tradição cultural. Diz respeito à crença no ato transformador que, para além da culpa assistencialista, dispõe-se a cuidar de quem sofre, aceitando o desafio de confronto com o estranhamente diferente, esperando que o assombro com o estranho, com acontecimentos inesperados, propiciados por esta abertura para o mundo, possibilite a criação de outras dimensões à compreensibilidade da humanidade do homem. (p. 351).

A sugestão destas autoras para que se abram possibilidades de práticas clínicas e pedagógicas transformadoras no contexto contemporâneo é de que se ofereçam subsídios teóricos para atender às novas demandas por serviços a partir da formação de profissionais. Baseiam esta formação em projetos de

extensão universitária e em pesquisas interventivas, sugestão com a qual concordamos.

Nosso trabalho de estágio, pautado pela extensão universitária, contempla atendimentos psicológicos realizados por alunos em formação clínica. Há uma clara intencionalidade formativa e de pesquisa interventiva no trabalho que postulamos. Neste sentido, consideramos a indissociabilidade entre a formação no contexto de saúde pública, a pesquisa produtora de conhecimento científico neste lugar e a formação psicanaliticamente orientada em supervisão.

A pesquisa intervenção e a prática psicológica em instituições também são objeto de reflexão de Szymanski e Cury (2004), que afirmam

A condição dupla de serviço psicológico e investigação científica obriga o pesquisador a uma sujeição tanto às normas da ética da pesquisa com seres humanos como às da prática psicológica. Exige conhecimentos teóricos e metodológicos tanto da prática da pesquisa como da profissional e, principalmente, a consideração dos usuários/participantes como pessoas que são focos de cuidado, co-constructores do significado e não “objetos” ou “sujeitos” de uma pesquisa. (p. 11).

Ao continuar suas considerações, afirmam que esta modalidade de pesquisa preenche os princípios da epistemologia qualitativa tal como propostos por Rey¹⁴ que aponta que “[...] o processo de produção de conhecimento tem um caráter interativo e a significação da singularidade pode ser considerada como nível legítimo da produção de conhecimento” (SZYMANSKI; CURY, 2004, p. 11).

Entretanto, sabemos da complexidade da situação de pesquisa em instituições de saúde mental e compartilhamos do pensamento das autoras quanto à necessidade de rigor quanto à “[...] caracterização das condições das mesmas e dos diversos cenários onde a atenção psicológica será traduzida sob a forma de serviços de saúde mental” (p. 11).

Na busca por critérios de pesquisa os mais rigorosos possíveis no cenário da saúde mental pública e na formação clínica de alunos de psicologia, também concordamos com as vertentes para definição de critérios para situações de implantação de plantão psicológico assinalados por Szymanski e Cury (2004), a partir das propostas de Mahfoud¹⁵:

¹⁴ REY, F. G. *La investigación cualitativa en Psicología*. São Paulo: EDUC, 2000.

¹⁵ MAHFOUD, M. *Plantão psicológico: novos horizontes*. São Paulo: Companhia Ilimitada, 1999.

- 1 - a vertente da instituição, que é responsável pela sistematização do serviço;
- 2 - a vertente do profissional, que no nosso caso é o estagiário/aluno que deverá conviver com a possibilidade da emergência do não-planejado;
- 3 - a vertente do cliente, que deverá ser acolhido pelo profissional, na instituição, em suas necessidades e/ou sofrimento;
- 4 - a última vertente sugerida pelas autoras citadas, é a do pesquisador, que no nosso trabalho é o supervisor de estágio realizado na instituição de saúde mental pública. Este deverá manter-se fiel à atitude científica, observando apurado cuidado metodológico, sem, contudo, deixar de considerar as outras vertentes que se apresentam em igual ordem de importância em seu trabalho.

O pesquisador é, em última instância, o responsável pela observância de uma ética profissional e pessoal, para além das demandas institucionais e formativas, ao se implicar com pesquisas com esta estrutura complexa, que se efetivam em instituições de saúde mental envolvendo seres humanos.

Szymanski e Cury (2004) concluem que a pesquisa intervenção, caracterizada como qualitativa, demonstrou ser uma possibilidade de formação de profissionais, pesquisadores e de oferecimento de serviços psicológicos para uma população carente de bons serviços públicos. Acrescentam ainda que esta modalidade de pesquisa possibilita tanto que procedimentos de pesquisa se convertam em novas práticas, quanto que novas práticas se tornem procedimentos de pesquisa, contribuindo desta feita com o conhecimento teórico em psicologia.

Reafirmamos, pois, nossa intenção de, por meio deste trabalho de pesquisa interventiva, investigar práticas clínicas em instituições de saúde pública, as quais demandam

[...] processo de criação e adequação de uma metodologia de pesquisa apropriada aos fenômenos estudados em seus contextos naturais. Respeitados o rigor dos procedimentos, o compromisso de construção do conhecimento científico, a ética da prática profissional e a responsabilidade social de oferecimento de serviços de qualidade para a população. (SZYMANKI; CURY, 2004, p. 2).

Adotamos o método psicanalítico, conforme já exposto, e procuramos trabalhar num campo intersubjetivo. Entretanto, também nos preocupamos em

observar rigorosamente o direcionamento proposto pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da PUC-Campinas. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido dos “Sujeitos” foram previamente assinados, assim como a Carta de Autorização da Instituição, sede da pesquisa, o Termo de Consentimento dirigido aos pais das crianças em processo psicodiagnóstico, e o Termo de Responsabilidade do pesquisador, todos com modelos Anexos III, IV, V, e VI, respectivamente.

6.3 Cenário do Desenvolvimento da Pesquisa, Sujeitos e Procedimentos

Nossos procedimentos de pesquisa compreendem mais de um cenário, mas focalizamos principalmente o momento do encontro clínico de nossos estagiários com seus pacientes em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Assis, no interior paulista. Houve a participação de dezesseis estagiários distribuídos em seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em um Programa de Saúde da Família (PSF), embora tenhamos focado, neste trabalho, somente os encontros efetuados nas UBS.

Outro cenário também importante para nós refere-se aos encontros de supervisão, realizados em uma pequena sala do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista (UNESP), para o qual trabalhamos. Trata-se de sala composta por uma mesa com cadeiras onde nos reunimos semanalmente para discussões teórico-clínicas acerca dos atendimentos realizados pelos alunos. A mesa é pequena e foi “estendida” com a utilização de uma escrivaninha, as cadeiras são desiguais e ainda há armários e uma pequena mesa para o telefone. Este é constantemente utilizado para nos comunicarmos com as UBS.

As UBS são constituídas por equipe mínima de médicos, em geral pediatra, ginecologista e um clínico geral, um ou dois psicólogos, além da coordenação, que é da enfermagem, auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos e de limpeza. O município possui sete Unidades Básicas de

Saúde. Entretanto, não nos foi possibilitado trabalhar em uma delas, por dificuldades organizacionais no início do ano. Devido ao fato do estágio começar em fevereiro, os alunos não poderiam esperar até que a UBS disponibilizasse meios para o desenvolvimento do estágio, após este mês.

Este estágio tem seu início na primeira semana de fevereiro, com uma reunião para organização das duas turmas de supervisão, que ocorre as quintas e sextas-feiras, semanalmente. Os grupos são formados por alunos do quarto ano, ingressantes, e do quinto, já pertencentes ao Núcleo de Estágio. São oito estagiários na quinta e oito na sexta.

A rigor, realizamos psicodiagnósticos interventivos com crianças nestas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a partir da clínica psicanalítica próxima do sofrimento humano presentificado diariamente nestas instituições de saúde pública. Nestes psicodiagnósticos, que normalmente ocorrem, propusemos que os estagiários utilizassem o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema da “criança-problema”, utilizado com os pais das crianças em processo diagnóstico e também com elas, durante as primeiras entrevistas clínicas que realizaram a partir do mês de março e abril de 2007.

Estes estagiários foram orientados a usar este Procedimento somente em caso de se sentirem dispostos e confortáveis em fazê-lo, naquela situação específica e se a criança e seus pais aceitassem realizá-la. Semelhantemente à técnica que já utilizavam com testes projetivos. Vale dizer que os alunos já conheciam o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema e alguns, os veteranos no Núcleo, já o haviam utilizado na prática clínica. Quando nos deparamos com o Procedimento em nosso Grupo de Pesquisa da PUC-Campinas, já iniciamos reflexões sobre seus possíveis usos na clínica psicológica efetivada em instituições de Saúde Pública. No entanto, solicitamos a todos nossos alunos com estágio curricular obrigatório sua participação como sujeitos desta pesquisa, tornando-os cientes da não obrigatoriedade desta e, aos que aceitaram participar, pedimos que lessem e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cujo modelo se encontra Anexo III.

Assim sendo, nossos sujeitos de pesquisa foram, na verdade, todos nossos estagiários curriculares, sendo sua atuação clínica nosso objeto de reflexão psicanalítica, muito embora tenhamos nos focado especificamente em duas práticas.

Os psicodiagnósticos são rotineiramente realizados nestas UBS, tornando-se nosso procedimento clínico, o qual é de nossa inteira responsabilidade, conforme apresentação de Termo de Responsabilidade, em Anexo IV.

Nossos procedimentos de pesquisa propriamente ditos consistiram em:

- informar sobre o objetivo da pesquisa e pedir que os estagiários lessem com cuidado e assinassem os termos de consentimento;
- solicitar que os estagiários fizessem uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema da “criança-problema”, eticamente comprometida, nas primeiras entrevistas clínicas referentes ao processo psicodiagnóstico que efetuassem com seus pacientes nas UBS, caso julgassem pertinente no momento destas entrevistas;
- solicitar que, após este uso, os estagiários escrevessem narrativas psicanalíticas, individualmente, e levassem para a supervisão clínica, que é realizada semanalmente;
- analisar, durante a supervisão clínica, psicanaliticamente, todos os procedimentos utilizados e narrados verbalmente pelos estagiários na supervisão;
- utilizar para análise de pesquisa os primeiros procedimentos apresentados pelos estagiários, no total de dois procedimentos;
- confeccionar, a própria pesquisadora, uma narrativa sobre a formação do grupo de supervisão, a utilização do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema “criança-problema” feita pelos estagiários e suas respectivas narrativas.

Nossa preocupação não foi normatizar excessivamente os procedimentos de pesquisa, em função do paradigma que adotamos, que assume a possibilidade de acolhimento do não planejado, porém consideramos um recorte para efetuarmos nosso estudo com fenômenos da clínica como mediador dialógico. Inicialmente, inclusive, havíamos planejado utilizar para análise mais de duas narrativas dos estagiários, mas percebemos que não seria necessário, em virtude de dois casos já serem suficientes para nossa reflexão e objetivo de tese.

Podemos considerar que temos dois sujeitos e que a análise somente do material trazido por eles tenha sido nosso objeto de pesquisa, mas sabemos

da participação de todos do grupo na discussão deste material. Não conseguiríamos dimensionar a influência de cada um na formação do outro. Procuramos narrar o acontecer clínico destes dois casos e buscar sua compreensão a partir da vivência em supervisão e do uso da teoria psicanalítica, pautados pela observância da ética nos estudos com seres humanos. A observação do sigilo e do respeito às pessoas que realizaram os Procedimentos foi mantida em todas as etapas do processo clínico e de pesquisa.

6.4 Narrativas Psicanalíticas

Optamos pelo uso de narrativas psicanalíticas como estratégia de investigação por considerá-las uma forma de comunicação fiel ao método psicanalítico. Ao cultivar a atenção flutuante no acontecer clínico, os próprios terapeutas, no caso alunos/estagiários e também o supervisor, tornam-se os narradores ao fazer uso da associação-livre, a partir da comunicação estabelecida com o paciente.

Benjamim (1936/1992) destaca que as narrativas não possuem objetivo descritivo ou informativo e não há tentativa de transmissão de informação pura do fenômeno. Neste sentido, há um envolvimento emocional do narrador com sua personalidade. O narrador é a pessoa que se coloca, com sua capacidade de sentir o encontro e o descreve através de seu olhar.

Em um contexto de pesquisa psicanalítica embasada teoricamente em preceitos winnicottianos, podemos afirmar que ao narrar um acontecer clínico, nós permitimos um devir, para que novos movimentos narrativos ocorram. Granato e Aiello-Vaisberg (2004) pensaram o trabalho do psicanalista-pesquisador relacionado metaforicamente com o narrador-artesão, segundo construção de Benjamim (1936). Comentam que o artesão, o narrador e o psicanalista recebem do passado o material para seu trabalho,

[...] observe-se que esse passado não é morto, porque é da ordem do vivido e a questão temporal não impera sobre a questão do sentido, já que nosso enfoque é o acontecer humano que, atravessando eras, ligamos uns aos outros numa trama em que a conduta humana é

reconhecida como tal [...] ao receber do outro a matéria-prima do viver, tem início o trabalho artesanal, onde histórias são tecidas por mãos que preservam a habilidade de lidar com seus objetos de maneira criativa e delicada, confeccionando o novo a partir do antigo, nesse esforço paradoxal de conservar e transformar a natureza daquilo que lhe foi dado, segundo o si mesmo. Dessa artesanaria pode surgir um vaso, um entalhe, uma colcha, uma escultura, uma história, uma narrativa psicanalítica. (p. 269)

As autoras dizem que, ao expor o fruto de seus trabalhos, tanto o artesão, quanto o psicanalista, mostra “[...] ao outro para que dele se aproprie, fazendo-o vivo nas mãos do futuro, mãos que trabalham no sentido de sua continuidade enquanto objeto humanizado” (p. 269).

Especificamente, nossa proposta metodológica de investigação pedirá a confecção de narrativas pelos estagiários após o uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, que permitirão novas narrativas em grupo de supervisão que também serão analisadas psicanaliticamente pelo investigador, sempre implicado com sua personalidade em todos os movimentos de pesquisa. Segundo Aiello-Vaisberg e Machado:

A narrativa faz sentido num contexto epistemológico que não considera a presença do observador como um ruído inevitável, que distorce o verdadeiro e o real. Ao contrário, pensamos que a presença, a personalidade do pesquisador é a via de acesso pela qual podemos chegar a produzir conhecimento psicológico sobre a dramática existencial humana. Deste modo, é importante frisar que o processo de elaboração da narrativa parte da idéia de que a personalidade do pesquisador é parte constitutiva do acontecer clínico. (2005, p. 8).

Nossos procedimentos de pesquisa tiveram, portanto, um espaço em supervisão clínica semanal. Após a confecção das narrativas pelos estagiários a partir do uso do Procedimento citado, estes apresentavam ao grupo de supervisão suas produções, numa interlocução possível entre os autores, o supervisor e os colegas estagiários deste grupo.

Confeccionamos, assumindo nosso papel de psicanalista/pesquisador, um texto reflexivo que constitui, nesta pesquisa, nossa própria narrativa. A formação clínica de nosso aluno, evidenciada pelo procedimento de pesquisa exposto, é focalizada por meio do campo transicional no qual estudamos o uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema.

6.5 A Escolha do Tema “Criança-Problema”

O tema da “criança-problema” começou a ser delineado a partir do início de 2006, quando pensamos em utilizar o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema objetivando investigar o imaginário de pais de crianças que passavam por psicodiagnóstico em Unidades Básicas de Saúde. Nosso intuito então era verificar o que havia motivado a procura destes pais por ajuda psicológica para seus filhos.

Neste período, estávamos sendo apresentados ao Procedimento referido em nosso grupo de pesquisa da PUC-Campinas e líamos alguns livros e textos referentes a esta temática. Entre os livros que consultamos estava o de Walter Trinca, *Formas de Investigação Clínica em Psicologia*, de 1997, no qual há um capítulo de Tânia Maria José Aiello-Vaisberg, intitulado “Investigação de representações sociais”. A leitura deste texto foi determinante para a escolha do tema que procurávamos com aquele objetivo. Especificamente, ao discorrer sobre vantagens práticas do uso do Procedimento, a autora refere

De fato, consiste a aplicação no pedido de um desenho temático: desenhe um doente mental, um deficiente físico, uma pessoa gorda, um menino com dificuldade de aprender, um menino que faz xixi na cama, um gênio, um velho, uma **criança-problema**, um hospital psiquiátrico, uma escola, férias felizes etc. (1997, p. 272). (grifo nosso).

Imediatamente, este tema nos chamou a atenção, visto tratar-se de uma fala recorrente entre os pais e/ou responsáveis pelas crianças que já atendíamos nas UBS: “a criança dá problema na escola”, “dá problema em casa, é muito briguenta,...”, “não vai bem na escola, é um problema”, etc. Podemos dizer que criamos/encontramos o tema para trabalharmos nesta época e, posteriormente, investigarmos a sua potencialidade transicional.

Optamos por manter este tema na pesquisa pelo fato de o mesmo já ser conhecido por alguns dos estagiários, que já haviam usado o Procedimento com este tema durante procedimentos diagnósticos que realizaram no ano de 2006, e também devido ao fato deste ser, aparentemente, de fácil compreensão pelos pais/participantes destes psicodiagnósticos.

Houve, inclusive, utilização do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema da “criança-problema” em 2006, que foi por nós considerada surpreendente e transicional para a dupla terapeuta-cliente. A partir deste uso, percebemos a necessidade e a importância de investigarmos a potencialidade transicional do uso do Procedimento como mediador dialógico, e também como facilitador da inserção do aluno de Psicologia na prática clínica psicanalítica de forma mais relaxada e, portanto, menos defendida.

6.6 Narrar desde o Começo: a Formação dos Grupos de Supervisão

Todo ano organizo novos grupos de supervisão que iniciam estágio em fevereiro do ano seguinte. Mal me despeço dos alunos que se formam e já tenho, obrigatoriamente, que criar/encontrar novos alunos para dar continuidade ao trabalho desenvolvido tanto na rede pública, quanto na Clínica-Escola, denominada na UNESP/ASSIS de Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada (CPPA). Meus estagiários atuam predominantemente na rede pública. Entretanto, mantive ao menos um atendimento psicoterápico na Clínica-Escola, para que meus alunos/estagiários tenham a possibilidade de viver ambas as experiências institucionais e, inclusive, possam analisá-las criticamente.

A seleção de estágio ocorre, em geral, no mês de outubro. Cada supervisor organiza e apresenta, nos meses que antecedem à seleção, seu projeto de estágio (em Anexo I, o projeto curricular que coordeno), tanto de forma escrita quanto verbal, visto haver uma apresentação conjunta dos docentes de cada Departamento - que também respondem às questões dos alunos interessados. A partir desta divulgação os alunos optam pelo estágio e participam do processo seletivo.

No meu caso, realizo uma pequena prova escrita e, após, entrevista individual com todos os alunos que optaram por minha supervisão. Desta forma, todos discorreram livremente sobre a seguinte questão: Qual a importância da primeira entrevista na clínica psicanalítica com crianças?

Na entrevista individual estes alunos foram consultados sobre o interesse específico pelo trabalho com crianças na rede pública de saúde e sobre possíveis contatos anteriores com a abordagem psicanalítica ao longo do curso, especialmente na clínica com crianças.

Nesta seleção, privilegio os alunos que já entraram em contato com a teoria psicanalítica, especialmente aqueles que tenham realizado curso de extensão sobre Psicanálise e tenham respondido adequadamente à questão proposta. Infelizmente ainda não dispomos em nosso currículo de curso específico que apresente a Psicanálise tal como proposta por Winnicott.

Nos textos referentes à primeira questão, pude observar uma grande preocupação dos alunos em teorizar acerca da primeira entrevista, o que me pareceu natural, afinal ainda não haviam vivenciado tal experiência. No entanto, percebi que a grande maioria se colocou na posição do psicólogo que deve dominar a técnica para conduzir o paciente e seus pais a uma terapia, de forma que este “domina o saber” e o ‘outro’, aqui representado pelos pais e criança, são meros informantes.

Neste trecho do texto de um aluno, que foi selecionado para o estágio, pude observar esta posição:

“A primeira entrevista faz parte do psicodiagnóstico e é muito importante na clínica infantil psicanalítica, porque o primeiro contato do paciente e os pais é de cunho essencial para saber da queixa da família e do histórico da vida do paciente. Nessa primeira entrevista acontece a anamnese [...] Essas informações são muito relevantes porque através delas o profissional poderá formular hipóteses sobre os ‘problemas’ daquele paciente e poderá se orientar no momento de escolher um teste para avaliar algum aspecto, por exemplo”.

Logo percebi que o contato inter-humanos fica relegado a segundo plano nesta primeira entrevista. Este discurso parece refletir o que foi assimilado nas disciplinas que trabalham o diagnóstico psicológico e entrevistas. O psicólogo já assume a postura teorizante e avaliadora, possivelmente utilizada como defesa

por nossos alunos perante a ambivalência do desejo e o medo de viver a primeira experiência clínica. Pude notar que a angústia é predominante no imaginário de nossos alunos na vivência do primeiro encontro na clínica com crianças. Entretanto, também observei possibilidades de um olhar mais humano e próximo do outro neste primeiro encontro:

“A primeira entrevista é aquela com a qual o psicólogo tem o primeiro contato com a criança. Esse primeiro contato é um momento muito importante, pois é nessa hora que a criança ‘escolhe’ o psicólogo [...] O mesmo acontece com o psicólogo”.

“Conhecer o caso, conhecer o que os pais da criança e o que ela própria vem nos dizer é essencial não só para nós psicólogos entendermos o que está acontecendo, mas também para a própria criança, e para as pessoas com quem convive, sejam seus pais ou não, escutarem o que elas próprias estão vindo nos dizer, e o que nós temos a dizer à elas”.

“Durante a primeira entrevista na clínica infantil psicanalítica o psicólogo deve privilegiar os seguintes aspectos: o acolhimento e a escuta. Isso porque, neste momento, a família que procura os serviços de um psicólogo tem algo que julga problemático com seus filhos e, portanto, precisa de auxílio. Dessa forma, acolher a família e escutar a sua queixa são os pontos principais que dão importância à primeira entrevista”.

A partir destas possibilidades, de um contato mais significativo e real entre as pessoas envolvidas na primeira entrevista clínica, que busquei iniciar as discussões para os encontros que meus alunos, efetivamente, realizam na rede pública de saúde.

Foram assim selecionados dez alunos do quarto ano do Curso de Psicologia que não haviam tido nenhum contato com a clínica psicológica e que se juntaram a seis outros, já participantes de nosso projeto de estágio.

Como considero muito difícil trabalhar com um grupo desta proporção em supervisão clínica, todo ano divido este grupo em dois subgrupos utilizando o critério de mesclar alunos “novos” com alunos “veteranos”. Assim penso proporcionar que a vivência dos estagiários que já iniciaram na clínica com crianças seja facilitadora aos que ainda não o fizeram. Os alunos podem, desta maneira, compartilhar suas angústias, vivências e superações, permitindo assim que estes encontros sejam possibilitadores de criação de novas formas de pensar/viver a clínica com crianças.

Foram organizados dois grupos que se encontram em supervisão na quinta e na sexta-feira, semanalmente, com início as 08h30min, mas sem horário pré-determinado para o encerramento. Em geral, duram, em média, cinco horas, pois todos querem dividir suas experiências e ansiedades e partilhar as dos colegas.

6.7 Narrando o Início dos Encontros de Supervisão

Após a divulgação do resultado do processo seletivo, sempre agendo um encontro com os novos estagiários para discorrer sobre o início das supervisões, sobre um pequeno curso de triagem oferecido pelo Grupo de Estudos e Assistência à Infância (GEAI)¹⁶ e sobre o estágio propriamente dito para o ano seguinte. Este foi um momento menos tenso onde havia certa confraternização e os alunos, já aqui chamados de estagiários, começam a formar um grupo.

Neste ano há três homens e sete mulheres do quarto ano, junto com mais dois homens e quatro mulheres do quinto ano, que permanecem no Núcleo de Estágio. Somos, portanto um grupo constituído por cinco homens e doze mulheres, contando comigo. A grande maioria de mulheres é constante em meu trabalho de estágio e parece refletir ainda a maior procura feminina pela psicologia.

¹⁶ G.E.A.I. – Em 1997, foi criado o Núcleo de Estudos e Assistência à Infância – NEAI, atualmente Grupo de Estudos e Assistência à Infância – GEAI. O objetivo do GEAI é articular os estágios profissionalizantes e os projetos de extensão para melhor atender a comunidade acadêmica e a comunidade externa à universidade. A equipe que compõe o GEAI conta com professores do Departamento de Psicologia Clínica e psicólogos do Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada – CCPPA, ambos da UNESP/Assis.

Não senti necessidade de apresentações, todos nos conhecemos visto terem sido meus alunos no segundo ano do curso. A faixa etária deste grupo é de 21-23 anos. Parece um reencontro, na verdade.

Neste primeiro encontro não pude contar com a participação dos alunos “veteranos”, pois não havia tempo disponível nas agendas de todos. Conversei então com os “novos” estagiários informando a bibliografia básica (Anexo VII) e sugeri que resgassem os textos sobre entrevistas, psicodiagnóstico e desenvolvimento infantil, que já conheceram ao longo do curso. Demonstraram grande interesse por conhecer a psicanálise proposta por Winnicott, alguns informam que já leram alguns textos. Percebo que, além do interesse por saúde pública, também querem conhecer sobre este autor e a forma como trabalhamos sob esta perspectiva na rede pública de saúde. Reforço que serão apresentados à teoria aos poucos, pois o mais importante no momento é que se disponham a estar com pessoas que sofrem e procuram auxílio nas Unidades Básicas de Saúde. No entanto, digo que podem realizar as leituras que julgarem pertinentes acerca da bibliografia sugerida, pois iremos trabalhar sobre a teoria no mês de fevereiro de 2007.

Percebo que uma aluna está com o livro da Professora Tânia Maria Aiello Vaisberg, me diz que leu o primeiro capítulo e achou interessante. Aqui imagino que esta aluna queira de fato ser incluída no grupo, todos sabem que a professora Tânia é minha orientadora e que utilizo seu referencial em meus trabalhos.

Marcamos o primeiro contato de 2007 para o dia 05/02 com o seguinte compromisso:

- 1. Organizar quem participará da supervisão de quinta ou de sexta-feira, semanalmente;*
- 2. Agendar visitas às sete UBS, após definição de quem irá a qual destas instituições. Estabelecemos que somente os “novos” estagiários irão às UBS; os “veteranos” irão ao Programa de Saúde da Família, incluído no Projeto de Estágio. Os critérios para escolha das UBS são estabelecidos por mim, no momento em que tento privilegiar a definição de acordo com a proximidade da residência de cada aluno com a UBS, ou a facilidade de locomoção de cada um;*

3. *Iniciar a introdução à psicanálise proposta por Winnicott, a partir de um referencial que facilite a compreensão das principais contribuições deste autor, notadamente sobre o desenvolvimento humano e consultas terapêuticas;*
4. *Resgatar teoricamente o que foi apreendido sobre psicodiagnóstico e apresentar o psicodiagnóstico interventivo embasado na psicanálise;*
5. *Apresentar questões burocráticas das instituições onde trabalharão, cada uma com suas especificidades e preenchimento de papéis (Fichas de encaminhamento, Ficha de Atendimento Ambulatorial-FAA, preenchimento de prontuários, entre outros);*
6. *Estabelecer o dia do Curso oferecido pelo GEAI sobre triagem com crianças na Clínica Escola e na Saúde Pública, de comparecimento obrigatório para todos estagiários que trabalharão com crianças, independentemente da abordagem teórica. Este curso discorre ainda sobre questões éticas, escolas psicanalíticas (inglesa, francesa, americana e brasileira) e sobre entrevistas de triagem. Este último tema é apresentado por mim.*

*Nota-se, portanto que tivemos muito trabalho no início do ano de 2007. Os estagiários não estão habituados a voltar para Assis em fevereiro e demonstram que estranharam as férias “curtas”. Rimos sobre isto, falo que agora estão se transformando em profissionais e os compromissos serão muitos e de muita responsabilidade, visto que atendemos pessoas e temos que ser sérios e éticos neste **fazer**.*

Todo o mês de fevereiro, e início de março, contando já com a participação dos estagiários “veteranos”, foi ocupado pela organização da supervisão e distribuição dos estagiários por UBS, além de explicações tanto sobre o enquadramento do psicodiagnóstico, quanto da própria dinâmica da supervisão. Os “veteranos” auxiliaram na explicação sobre as características de cada UBS e acerca do trabalho que lá poderia ser desenvolvido. Como os estagiários ingressantes não conheciam nenhuma UBS, eu me encarreguei de levá-los pessoalmente e proceder às apresentações para os responsáveis.

Apesar de priorizar o psicodiagnóstico interventivo, as etapas do psicodiagnóstico propostas aos estagiários seguiram aquelas do conhecimento teórico deles: primeira entrevista, anamnese, hora de jogo diagnóstica e caso

necessário, uso de técnicas projetivas e/ou expressivas, mas de forma fenomenologicamente orientada. Contudo, explico o que é, teoricamente, psicodiagnóstico interventivo, mas somente sugiro sua utilização, para não ser intrusiva neste primeiro momento, e discorro sobre suas possibilidades quando já estão atendendo a alguma criança e sua família. Acredito que, desta forma, sentem-se apresentados à outra maneira de trabalhar com psicodiagnóstico de forma gradual e, portanto, assimilada sem “sustos” ou atuações defensivas.

Concomitantemente, foram introduzidos alguns dos principais conceitos winnicottianos, conforme se pode observar no cronograma do ANEXO VIII. Outros conceitos foram apresentados aos estagiários conforme se tornaram importantes nas sessões que realizaram, seja em consultas terapêuticas, psicodiagnósticos ou psicoterapia. Um exemplo foi a necessidade de supervisão teórica para discorrer sobre o tema da intervenção/interpretação sob o ponto de vista winnicottiano, a partir da demanda dos alunos, em função tanto do que surgia nos atendimentos clínicos, quanto dos conceitos sobre interpretação psicanalítica que já trouxeram para o estágio.

Logo no início dos encontros de supervisão, também comentei sobre minha pesquisa e sobre o objetivo de trabalhar com eles – estagiários – recorrendo ao uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema. Falei da não obrigatoriedade da participação de cada aluno, do Termo de Consentimento e da não obrigatoriedade da aplicação do Procedimento em todos os atendimentos que realizam, ficando a critério próprio a aplicação ou não. Pareceram à vontade neste momento, inclusive com certo orgulho a respeito da participação em meu trabalho.

**7 CASOS CLÍNICOS: VIVÊNCIAS DOS ESTAGIÁRIOS COM
O USO DO PROCEDIMENTO DE DESENHOS-ESTÓRIAS
COM TEMA EM PRIMEIRAS ENTREVISTAS CLÍNICAS**

O impulso criativo é algo que pode ser considerado como uma coisa em si, algo naturalmente necessário a um artista na produção de uma obra de arte, mas também algo que se faz presente quando qualquer pessoa – bebê, criança, adolescente, adulto ou velho – se inclina de maneira saudável para algo ou realiza deliberadamente alguma coisa. (WINNICOTT, 1969/1975a, p. 100).

O objetivo deste capítulo é apresentar as situações clínicas vivenciadas pelos estagiários em suas primeiras entrevistas na clínica com crianças efetivadas em Unidades Básicas de Saúde e narradas em supervisão. As narrativas apresentadas pelos alunos, posteriormente à apresentação em supervisão, serão discutidas à luz da teoria winnicottiana.

Durante o período correspondente aos dois primeiros meses de estágio, 16 estagiários realizaram 24 psicodiagnósticos e, nestes usaram o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema “criança-problema” em 16 primeiras entrevistas clínicas. Os dois casos aqui apresentados foram selecionados por serem representativos para o tema deste trabalho, que é refletir sobre a transicionalidade por meio da utilização do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema e por terem sido os primeiros a usar o Procedimento com o tema proposto. O enfoque no conceito de transicionalidade é trabalhado a partir do uso que os estagiários fazem do Procedimento em suas primeiras entrevistas clínicas e da reflexão que eu faço das narrativas verbais em supervisão acerca das experiências dos alunos.

No primeiro caso clínico, apresento a experiência de Borboleta¹⁷ que foi a primeira dos estagiários a utilizar o Procedimento de Desenho-Estória com Tema “criança-problema”, conforme eu havia sugerido aos dois grupos de supervisão fazê-lo, desde que houvesse sentido no momento da entrevista para usá-lo e que o paciente e/ou seus pais aceitassem realizá-lo. Discuto como este uso permitiu que eu refletisse com ambos os grupos de supervisão - de quinta-feira e de sexta-feira – sobre o conceito de transicionalidade de Winnicott e sobre formas possíveis de utilização do Procedimento nas entrevistas.

O segundo caso clínico é apresentado por Estrela do Mar¹⁶ e permitiu aos grupos refletir sobre o uso do Procedimento com todo grupo familiar, além de representar de forma clara a intersubjetividade presente nas entrevistas. Discuto

¹⁷ Os nomes dos estagiários e seus pacientes foram substituídos por nomes de animais, a fim de que suas identidades fossem preservadas. Os próprios estagiários escolheram os nomes.

sobre a possibilidade do uso clínico do Procedimento para comunicações emocionais significativas e discorro sobre o uso que Estrela do Mar fez do Procedimento em entrevistas posteriores que realizou com o pai da criança que estava sendo avaliada.

De um modo geral, os alunos/estagiários sentiram-se a princípio apenas colaborando com a minha pesquisa, não entendendo o objetivo de se utilizar o Procedimento nas primeiras entrevistas. Após o relato da experiência de Borboleta e do uso que fiz da vivência dela com os dois grupos de supervisão, perceberam que podiam ser eles mesmos no momento da primeira entrevista e, assim, efetuar um uso mais relaxado e significativo do Procedimento. Desta forma foram aos poucos se desprendendo do uso sugerido e percebendo por si a significância do tema proposto.



7.1 Caso I - A Experiência de Borboleta

Borboleta apresentou a narrativa abaixo após já ter realizado duas entrevistas com a mãe de Beija-Flor. Na narrativa verbal da primeira entrevista deste caso ao grupo de supervisão de quinta-feira, mostrou-se muito apreensiva com a forma como a mãe se referia à criança e também com os sintomas apresentados. Lembro-me que seu olhar era de muita preocupação e dúvidas. Parecia pedir ajuda no sentido de uma orientação objetiva: “o que faço com isto?!”; “me diga que técnica devo aplicar agora”. Toda angústia de sua experiência era passada pelo seu olhar interrogativo. Percebi que queria de fato uma determinação do que deveria fazer, e não uma sugestão. Pensei que o enquadre do psicodiagnóstico interventivo ainda não seria possível para ela e talvez para os iniciantes no grupo de supervisão.

Sugeri que ela poderia usar o Procedimento de Desenho-Estória com Tema da “criança-problema”; talvez este procedimento a ajudasse a estabelecer uma comunicação com esta mãe de forma significativa. Também pensei que esta sugestão a auxiliaria a pensar sobre o enquadre do psicodiagnóstico a partir de

um paradigma intersubjetivo. Borboleta pareceu acatar a sugestão, embora estivesse com dúvidas quanto à forma de apresentação do Procedimento à mãe. Expliquei a maneira sugerida por Aiello-Vaisberg (1999), e ela falou que “tentaria”.

NARRATIVA DO USO DO PROCEDIMENTO COM A MÃE DE BEIJA-FLOR

Apresento a narrativa de Borboleta na íntegra e depois faço pequenos recortes para análise. A narrativa refere duas entrevistas que esta estagiária realizou com a mãe de Beija-Flor, sendo que o menino esteve presente somente na primeira.

NARRATIVA DE BORBOLETA

“A mãe veio até a Unidade Básica de Saúde com a queixa de que seu filho era diferente das outras crianças, nos dias de chuva ele ficava o tempo todo na janela olhando o vento e observando a chuva cair. Suas brincadeiras também eram diferentes, ele gostava de pegar um galho de árvore e observar o mesmo em movimento. Além dessa queixa inicial o menino de seis anos apresentava uma fala comprometida, o que não é considerado “normal” para esta idade. O comportamento do garoto também foi muito comentado, ela reclamou que ele é muito desobediente, tanto em casa como na escola, seu rendimento escolar é inferior ao das outras crianças. Durante a conversa com a mãe o garoto não parou quieto, sempre agitado e mexendo em tudo que estava em cima da mesa. A mãe parecia descontente com tudo que o garoto fazia, a todo momento “mandava” o menino parar quieto e fazia ameaças dizendo que ia bater nele. Ela não me pareceu ter muita paciência e até me admitiu que já bateu nele muitas vezes.

Ao relatar esse primeiro encontro à minha supervisora, ela me indicou o Procedimento de Desenho-Estória com

Tema, a princípio não sabia em que ajudaria num caso como este. Mas resolvi tentar.

Na sessão seguinte a mãe foi sozinha e me contou um pouco da história da criança. Muito resumidamente a história é a seguinte: o menino se separou dela aos dois anos, ela veio morar em Assis para trabalhar e seus filhos ficaram morando com a avó em uma cidade distante. Ela os via a cada dois meses e mantinha contato por telefone. Após quatro anos os dois filhos vieram morar com ela e o marido (padrasto de ambos os filhos) em Assis.

Quando terminei a anamnese, ainda faltavam uns dez minutos para o término da sessão, achei o momento oportuno para propor o Procedimento de Desenho-Estória com Tema “criança-problema”. Expliquei o procedimento e a deixei a vontade para decidir. Ela recusou e disse que “não tinha muita criatividade para essas coisas”. Falei que não me importava na qualidade do desenho e que o que me interessaria era a visão dela sobre o tema proposto. Mesmo assim ela recusou e me perguntou se podia somente falar o que ela achava. Insisti um pouco mais ao dizer que seria interessante se ela desenhasse e também contasse a estória. Ela continuou recusando, então para não parecer inconveniente, pedi para que ela somente me relatasse.

A mãe então começou a me descrever o próprio filho: “Criança problema acho que aquela que não obedece a mãe, é malcriada. Quando a gente pede as coisas ele não faz...”. Ao falar a própria mãe percebeu que estava descrevendo o filho e no final de sua fala chegou até a verbalizar isso, disse com todas as letras que achava seu filho um garoto problema. Fiquei surpresa com a fala da mãe, não imaginei que ela fosse chegar a uma “conclusão” dessas. Pareceu-me que ela também nunca tinha parado pra pensar no assunto...”

ANÁLISE

“A mãe veio até a Unidade Básica de Saúde com a queixa de que seu filho era diferente das outras crianças, nos dias de chuva ele ficava o tempo todo na janela olhando o vento e observando a chuva cair. Suas brincadeiras também eram diferentes, ele gostava de pegar um galho de árvore e observar o mesmo em movimento. Além dessa queixa inicial o menino de seis anos apresentava uma fala comprometida, o que não é considerado “normal” para esta idade. O comportamento do garoto também foi muito comentado, ela reclamou que ele é muito desobediente, tanto em casa como na escola, seu rendimento escolar é inferior ao das outras crianças. Durante a conversa com a mãe o garoto não parou quieto, sempre agitado e mexendo em tudo que estava em cima da mesa. A mãe parecia descontente com tudo que o garoto fazia, a todo momento “mandava” o menino parar quieto e fazia ameaças dizendo que ia bater nele. Ela não me pareceu ter muita paciência e até me admitiu que já bateu nele muitas vezes”.

A surpresa de Borboleta ao narrar o comportamento materno durante a primeira entrevista ficou evidente para mim. Além disso, seus olhos, um pouco “assustados”, me fizeram pensar que ela pedia uma saída objetiva para esta situação. Pensei que tudo o que ela queria era uma “solução mágica” para o psicodiagnóstico que apenas iniciava.

Minha proposta de realização de psicodiagnósticos interventivos, mesmo com alunos iniciantes na prática clínica, pareceu-me, naquele momento, pouco viável. Senti contratransferencialmente que teria que ir com mais calma, estabelecer este enquadre gradativamente para o grupo, tal como uma mãe apresenta o mundo em pequenas doses ao seu bebê.

Neste momento, o que Borboleta demonstrava necessitar era um holding à sua angústia perante esta mãe – tão pouco afetiva, aparentemente – e

seu filho. Acolher esta angústia, proteger o estagiário, tal como um bebê, de acontecimentos que ainda não são passíveis de serem por ele compreendidos deveria ser minha tarefa. Faço uma analogia com o que Winnicott chama de apresentação de objeto, a função materna de apresentar o mundo ao seu bebê, na medida do que ele pode compreender, facilitando a ele as primeiras relações de objeto. Neste caso, é claro que não estou assumindo a maternidade destes alunos, apenas sinto que devo ser cuidadosa na apresentação dos procedimentos clínicos que devem utilizar para que não os usem de forma inadequada e defendida.

Winnicott diz que ao apresentar o mundo ao seu bebê, a mãe possibilita que este se sinta confiante e capaz de se colocar criativamente no mundo real.

O início das relações objetais é complexo. Não pode ocorrer se o meio não propiciar a apresentação de um objeto, feito de um modo que seja o bebê quem cria o objeto. O padrão é o seguinte: o bebê desenvolve a expectativa vaga que se origina em uma necessidade não formulada. A mãe, em se adaptando, apresenta um objeto ou uma manipulação que satisfaz as necessidades do bebê, de modo que o bebê começa a necessitar exatamente daquilo que a mãe apresenta. Desse modo o bebê começa a se sentir confiante em ser capaz de criar objetos e criar um mundo real. A mãe proporciona ao bebê um breve período em que a onipotência é um fato da experiência. (1962/1983, p. 60).

Safra (2005) comenta que o fenômeno da apresentação de objeto é uma função materna “[...] na qual a maneira como o objeto é apresentado à criança constitui um aspecto importante para que ela o receba e para que sua ansiedade seja transformada em sentimentos toleráveis” (p. 33).

No caso de Borboleta, assim como no de outros alunos iniciantes na prática clínica, encontrar o modo adequado de se apresentar o objeto depende da capacidade do supervisor de ser sensível às necessidades emocionais de seus estagiários, pensar e só depois intervir.

Ao falar sobre cuidados maternos no prefácio do livro Ser e Fazer: Na Clínica Winnicottiana da Maternidade, Aiello-Vaisberg aponta que:

[...] ainda que use, a meu ver de modo infeliz, o termo identificação, é Winnicott o autor que enfatiza, em passagens fundamentais, especialmente em seus últimos escritos, que o bebê se humaniza quando é visto, pela mãe, como alteridade singular irredutível. Não é o fato de confundir-se com a criança que garante o cuidado, mas o fato de a mãe poder, quando tudo vai bem, saber que esse bebê é uma alteridade, o que permite cuidado respeitoso – que é amor. (2006, p. 14).

Neste sentido considero meu estagiário como alteridade, não por identificar-me com ele, mas antes por sensibilizar-me com suas necessidades em seu primeiro encontro na clínica psicológica com crianças.

A afirmação, segundo a qual a mãe deva se identificar com seu bebê para promover seu desenvolvimento emocional saudável, parece repousar sob uma ótica na qual a regressão a uma posição emocional que permita a identificação com seu bebê é que permitiria a uma mãe ser suficientemente boa (AIELLO-VAISBERG; GRANATO, 2006). Da mesma forma, analogamente a esta questão, considero que o ‘supervisor suficientemente bom’ deva, antes de tudo, sensibilizar-se direta e imediatamente com seu estagiário, tal como uma mãe ao acolher seu filho, e buscar oferecer-lhe um cuidadoso encontro com o mundo da clínica.

Pensei, então, que deveria facilitar para que Borboleta pudesse buscar uma comunicação significativa com a mãe e seu filho para que não agisse de forma defensiva, mas criativa na situação das entrevistas diagnósticas. Somente sendo criativa a estagiária poderia agir de forma integrada. É no viver criativo que “[...] descobrimos que tudo que fazemos fortalece o sentimento de existência. A criatividade é própria do estar vivo” (AMBRÓSIO; AIELLO-VAISBERG, 2003, p. 108). No sentido winnicottiano o impulso criativo se faz presente quando nos inclinamos de maneira saudável para alguma realização ou fazemos algo deliberadamente (WINICOTT, 1971/1975a).

Pareceu-me que a possibilidade da emergência da criatividade de Borboleta na entrevista clínica estava na dependência de uma nova ‘experiência de ilusão’, semelhantemente à vivência da primeira mamada do bebê. No momento da primeira mamada, na presença de uma mãe suficientemente boa que vive um estado peculiar de identificação com seu filho, o bebê vive a experiência de onipotência, de ter criado o seio que o alimenta. Não há, do ponto de vista do bebê, a necessidade de “[...] preocupar-se com o paradoxo: ‘você criou ou encontrou?’, que permite posteriormente ao bebê a aceitação da realidade” (AMBRÓSIO; AIELLO-VAISBERG, 2003, p. 109).

Penso que para que haja emergência do gesto espontâneo na situação clínica vivida pelo aluno, há também a necessidade de um supervisor “devotado” ao seu estagiário – como uma mãe que facilita a experiência de ilusão ao seu bebê, concretizando exatamente aquilo que ele procura.

A mãe, para auxiliar o bebê a enfrentar a realidade externa, tem, em um primeiro momento, a tarefa de

[...] reconhecer as necessidades do bebê e adaptar-se ativamente a elas. Esta adaptação completa permite ao bebê a ilusão de que cria a mãe e que ela faz parte dele. Desta maneira a mãe caminha em direção à onipotência da criança e, por meio dela, o bebê crê na realidade externa, que parece se comportar de forma mágica. Passa então a viver a ilusão do controle onipotente, a partir de sua criatividade primária. Sem este tipo de experiência não é possível ao bebê começar a desenvolver a capacidade para vivenciar uma relação criativa com a realidade externa (SAFRA, 2005, p.30).

O viver criativo emerge das experiências sucessivas vividas pela dupla mãe/bebê. Vale acrescentar que a mãe vai sucessivamente diminuindo sua adaptação ao bebê à medida que ele tolera mais frustrações. Assim, a realidade externa passa a ser reconhecida e vivenciada criativamente.

Camps, Medeiros e Aiello-Vaisberg (2004) fazem uma analogia entre este ambiente suficientemente bom que a mãe proporciona ao seu bebê – como condição para seu ser criativo no sentido da espontaneidade – e o ambiente suficientemente bom no contexto adulto do trabalho. No contexto da supervisão clínica oferecida à Borboleta e seus colegas, faço então uma apropriação das palavras dessas autoras

Compreendemos que um ambiente suficientemente bom no contexto adulto do trabalho esteja intimamente relacionado a condições de vida e trabalho que não favoreçam a dissociação, isto é, com espaços e relações humanas que propiciem o gesto espontâneo, oferecendo uma abertura para a expressão genuína baseada no ser. (p. 52).

Para facilitar o surgimento da criatividade de Borboleta na situação apresentada, busquei, em um primeiro momento, oferecer a sustentação de sua angústia, que surgiu a partir do contato com a mãe de Beija-Flor.

Camps, Medeiros e Aiello-Vaisberg (2004) também afirmam que um ambiente suficientemente bom no trabalho deva necessariamente possuir como característica principal ser sensível às necessidades do grupo humano. A adaptação ao grupo passa pelo “[...] respeito a oportunidades de expressão e criação de sentidos, desilusões e limites necessários” (p. 52). Ouvir Borboleta, suas considerações e de seus colegas do grupo de supervisão foi minha primeira

atitude. Somente depois pensei em sugerir uma ação que pudesse acolher à demanda de Borboleta por uma direção a seguir.

*Cabe ainda uma consideração sobre criatividade, que é coerente com a forma como penso **fazer** supervisão: o fato do ambiente suficientemente bom não ser absolutamente invasivo. Invasão, na perspectiva winnicottiana, indica que o indivíduo sofre com falhas ambientais significativas e/ou recorrentes e, então, acaba por desenvolver defesas no sentido de proteger o núcleo do verdadeiro self (WINNICOTT, 1971/1975). No trabalho de supervisão, especialmente com grupos iniciantes em sua prática clínica psicanalítica, esta questão é fundamental, visto que o não acolhimento e/ou estimulação de gestos autênticos dos estagiários pode vir a fazê-los defender-se na própria situação clínica.*

Invasão, ainda segundo Camps, Medeiros e Aiello-Vaisberg (2004)

[...] são aqui compreendidas como vivências que não podem ser criadas pelo indivíduo e, desta forma, não podem ser por ele integradas em seu ser e fazer, promovendo a dissociação ou a sensação de não estar vivo e real. A impossibilidade de imprimir um ritmo próprio à ação, de criar um espaço pessoal, de desenvolver relações com o coletivo e estabelecer um sentido próprio para a atividade podem ser compreendidas como invasões. (p. 52).

*Cabe, pois, ao supervisor a tarefa de buscar o desenvolvimento de ações que favoreçam aos seus estagiários a possibilidade da criação de um espaço pessoal em suas atividades clínicas. As vivências com o grupo de supervisão devem ser integradas por eles em seu **ser e fazer** na clínica. Privilegia-se, portanto, o holding nos encontros de supervisão para, gradativamente, apresentá-los à realidade do sofrimento humano na clínica com crianças, no contexto da saúde pública.*

“Ao relatar esse primeiro encontro à minha supervisora, ela me indicou o Procedimento Desenho-Estória com Tema, a princípio não sabia em que ajudaria num caso como este. Mas resolvi tentar”.

A ação sugerida à Borboleta foi a possibilidade do uso de um mediador dialógico, capaz de facilitar seu movimento autêntico no momento em que

estivesse com Beija-Flor e sua mãe. Este mediador é o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema “criança-problema”.

Ao propor o Procedimento, voltei a comentar com o grupo de supervisão seus possíveis usos em pesquisas sobre o imaginário social e que, neste caso, estávamos utilizando-o na busca por uma comunicação real e significativa com os pais e/ou a criança. Borboleta me pareceu não entender o objetivo de usá-lo neste momento, visto sua reação de surpresa com minha proposta.

Voltei a pensar que ela gostaria de uma sugestão mais concreta de utilização de técnica por ela já conhecida. De fato, isto poderia até facilitar sua aceitação, caso eu propusesse a aplicação de um teste, por exemplo. Entretanto, também poderia ter incrementado seu distanciamento da mãe e do filho, colocando-os na posição de objetos, num paradigma claramente positivista. Pensei que o uso de um mediador dialógico facilitaria a comunicação entre a mãe e Borboleta.

O uso de mediadores, ou materialidades mediadoras, na clínica winnicottiana foi fundamentado teoricamente por Aiello-Vaisberg e Machado (2003) ao discorrerem em artigo científico sobre o sofrimento humano e a eficácia de enquadres clínicos diferenciados. Estas autoras apresentam proposta de pesquisa clínica na qual o uso de enquadres clínicos diferenciados, baseados na observância rigorosa do método psicanalítico, caracterizam-se, entre outras questões

[...] pela disponibilização de materialidades expressivas que são usadas como mediação na comunicação emocional, condição facilitadora da presentificação do “si mesmo” do paciente, ou seja, da expressão do seu gesto espontâneo. (p. 26).

Ao considerar a possibilidade do espaço transicional como facilitador da emergência da espontaneidade no setting analítico, a partir das primeiras entrevistas clínicas, também pensei a respeito de um meio com potencial autoexpressivo, para que este espaço pudesse emergir.

O estudo do potencial do Procedimento de Desenho-Estória com Tema como mediador dialógico, como materialidade expressiva, é um dos nossos objetivos de pesquisa. A sugestão para seu uso neste caso específico contempla tanto a situação clínica apresentada por Borboleta, como também nosso trabalho.

No entanto, este mediador pode possibilitar, também, a emergência do gesto espontâneo na própria estagiária, dependendo da apropriação que esta vier a fazer de seu uso na situação clínica.

Destaco aqui que a apresentação deste mediador, a partir da observância do paradigma intersubjetivo, pode vir a facilitar também o relaxamento necessário à auto-expressão criativa do estagiário. Entendo, entretanto, que estou falando sobre potencialidade mutativa na situação clínica vivida por meus estagiários a partir da promoção do uso de uma materialidade específica.

Semelhantemente ao convite feito por Winnicott (1964-1968/1994) para que a criança participe com ele do Jogo do Rabisco, propomos que os estagiários atuem com seus pacientes e/ou com seus pais de forma lúdica, mas psicanaliticamente fundamentada, através do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema.

No entanto, faz-se imprescindível ressaltar que a simples presença de um mediador não é condição única e determinante para possibilitar a transicionalidade no encontro terapêutico e a emergência do gesto espontâneo. As características das pessoas envolvidas no acontecer clínico parecem determinar o colorido que este vá adquirir no encontro entre elas.

O possível favorecimento que a apresentação de materialidades significa para o acontecer clínico, tanto do paciente, quanto do terapeuta (MEDEIROS, 2003) podem servir de parâmetro para os encontros clínicos dos estagiários, mediados pelo Procedimento. Vale a pena conferir as palavras desta autora,

Se observarmos as experiências clínicas, podemos perceber que alguns atendimentos trazem a necessidade de uma materialidade para o encontro; e não é possível tomar-se qualquer materialidade, mas algumas específicas que tenham relação com a história daquela pessoa, daquele atendimento, do momento e contexto de vida. Esta forma de uma materialidade aparecer está muito relacionada a atendimentos individuais. Outros atendimentos não pedem tal uso de procedimentos apresentativo expressivos, ou seja, uma materialidade não é sequer cogitada porque não faz sentido nestas relações. Penso que estas diferenças podem ter relação com o uso que cada pessoa faz da palavra e dos objetos; para alguns pacientes, o uso das palavras pode favorecer um acontecer verdadeiro e real, enquanto para outros os objetos funcionam mais facilmente neste processo. Há também contextos em que o terapeuta apresenta uma materialidade, tornando-se presença humana e real a partir de sua relação anterior e presente com o material no atendimento e oferecendo sustentação. (2003, p. 141).

É importante apontar que, em conformidade com o mesmo autor, a apresentação de materialidade sugerida aos estagiários não representa a utilização de instrumento para a exteriorização de conteúdos psíquicos. Trata-se de materialidade com sentido em si mesma: ao fazer, brincar, contar estórias, o paciente se torna vivo, presença real e verdadeira no mundo. Assim como o brincar possui como qualidade essencial ser uma experiência criativa, de continuidade do ser (WINNICOTT, 1971/1975a), a materialidade pode representar a vivência de uma experiência de poder se colocar verdadeiramente no mundo.

Assim, na presença de um outro ser humano com o qual há abertura para uma comunicação verdadeira, através da mediação de uma materialidade, ocorre a transicionalidade, que permite a aproximação com o mundo real, com o qual eu posso agora me relacionar verdadeiramente.

Medeiros (2003) comenta ainda algumas possibilidades advindas com o uso de materialidades: “[...] auxiliar o paciente a ter assegurada a sensação de existir verdadeiramente” (p. 142), o que pode significar um uso da materialidade como intermediação dialógica e possibilidade de oferecer holding; “[...] vir a favorecer o acontecer do paciente e do terapeuta no encontro clínico” (p. 142), o que significa um abandono do paradigma sujeito-objeto e o favorecimento do encontro intersubjetivo no qual também o terapeuta tem assegurada sua presença real, verdadeira e, portanto, viva no mundo; e “[...] proporcionar interpretações, o que seria um outro caminho clínico” (p. 142), sendo que as interpretações, dependendo do momento e da forma como são feitas, podem propiciar que o paciente sinta-se verdadeiramente compreendido por alguém.

“Na sessão seguinte a mãe foi sozinha e me contou um pouco da história da criança. Muito resumidamente a história é a seguinte: o menino se separou dela aos dois anos, ela veio morar em Assis para trabalhar e seus filhos ficaram morando com a avó em uma cidade distante. Ela os via a cada dois meses e mantinha contato por telefone. Após quatro anos os dois filhos vieram morar com ela e o marido (padrasto de ambos os filhos) em Assis”.

Ao narrar este início de anamnese, Borboleta mostrou-se novamente surpreendida com a história de vida da criança, em virtude do seu abandono e de seu irmão pela mãe. O sentimento advindo da solidão que esta criança viveu fez com que Borboleta e todos do grupo de supervisão logo se sensibilizassem por ele e, contratransferencialmente, sentissem muita “pena”. “Coitado, como será que a avó cuidou dele?”; “Nossa que mãe!”; “Não é a toa que ele ficou assim!”; “É muito comprometimento pelo abandono materno”; foram algumas das falas.

A possibilidade de esta mãe acolher o filho parecia, de fato, muito remota. Falei ao grupo que, provavelmente, a própria mãe agia defensivamente perante este filho para não entrar em contato com a vivência anterior de separação, talvez até por culpa também. Neste caso, ao agir defensivamente, a mãe, dissociadamente, parece não reconhecer nada de bom/saudável em seu filho. Não havia sido possível a ela ser uma mãe ‘suficientemente boa’¹⁸ e Borboleta teria que sustentar também o sofrimento materno. O estabelecimento do espaço transicional poderia permitir à dupla Borboleta/mãe uma comunicação em que ambas pudessem agir espontaneamente.

Quando terminei a anamnese ainda faltavam uns dez minutos para o término da sessão, achei o momento oportuno para propor o Procedimento Desenho-Estória com Tema. Expliquei o procedimento e a deixei a vontade para decidir. Ela recusou e disse que “não tinha muita criatividade para essas coisas”. Falei que não me importava na qualidade do desenho e que o que me interessaria era a visão dela sobre o tema proposto. Mesmo assim ela recusou e me perguntou se podia somente falar o que ela achava. Insisti um pouco mais ao dizer que seria interessante se ela desenhasse e também contasse a estória. Ela continuou recusando, então para não parecer inconveniente, pedi para que ela somente me relatasse.

¹⁸ O termo “suficientemente boa” diz respeito “[...] à adaptação da mãe às necessidades do bebê recém-nascido [...]. No contexto da teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott, é a adaptação da mãe às necessidades do bebê que o torna capaz de ter uma experiência de onipotência. Esta experiência cria a ilusão necessária a um desenvolvimento saudável” (ABRAM, 2000, p. 144).

No princípio, Borboleta estava presa à proposta do Procedimento à mãe, como se fosse uma técnica, com instruções a serem exatamente seguidas. Aos poucos, foi se desprendendo desta perspectiva metodológica e acolheu a possibilidade de comunicação da mãe naquele momento. Desta forma, agiu como facilitadora para que a transicionalidade pudesse emergir entre a dupla.

Destaco este momento como aquele em que Borboleta esboça um gesto espontâneo, no sentido do desapego à técnica e do ser sensível à maneira possível desta mãe se expressar. Digo ‘esboça’, visto que Borboleta comenta que aceitou somente o relato para “não parecer inconveniente”. Neste momento ela parece ter sido espontânea na situação clínica, mas agiu defensivamente perante a supervisora, justificando sua atitude como se esta não fosse correta.

“A mãe então começou a me descrever o próprio filho: “Criança problema acho que aquela que não obedece a mãe, é malcriada. Quando a gente pede as coisas ele não faz...”. Ao falar a própria mãe percebeu que estava descrevendo o filho e no final de sua fala chegou até a verbalizar isso, disse com todas as letras que achava seu filho um garoto problema. Fiquei surpresa com a fala da mãe, não imaginei que ela fosse chegar a uma “conclusão” dessas. Pareceu-me que ela também nunca tinha parado pra pensar no assunto”.

A narrativa de que “Ao falar, a própria mãe percebeu...” e “Fiquei surpresa com a fala da mãe...”, remetem ao estabelecimento de uma comunicação já de ordem significativa.

Winnicott (1967/1975b) acreditava na capacidade do paciente em surpreender-se a si mesmo, sem as interpretações do terapeuta. Destaca no texto “O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil” (1967) que seu objetivo, em suas consultas terapêuticas, era o de devolver ao paciente, em longo prazo, aquilo o que por ele era trazido. A tarefa terapêutica pode ser assim pensada como um derivado complexo da função de espelho, que a mãe possui em relação ao seu bebê. O analista procura refletir, como em um jogo especular, a pessoa que está ali, querendo comunicar-se.

A presença do ser humano/ terapeuta deve reconhecer a espontaneidade do gesto criativo de seu paciente. Borboleta parece reconhecer, ao surpreender-se humanamente com a fala da mãe de Beija-Flor, o gesto espontâneo desta mãe ao contar uma estória e surpreender-se ao perceber que falava do próprio filho. Avellar (2004), afirma a necessidade de que o analista.

Se reconheça em sua própria história para que possa reconhecer no gesto de seu paciente um gesto humano, um gesto criativo que o recoloca em sua própria história e em sua história com outros. (p. 68).

*Considero ainda que o uso do Procedimento possa ser caracterizado como uma intervenção transicional, construída por Borboleta e pela mãe do Beija-Flor na área de ilusão, **no entre**. Esta experiência pode ter possibilitado o estabelecimento de um sentimento de confiança na mãe e em Borboleta ao transformar algo não familiar em familiar (AVELLAR, 2004).*

*O efeito mutativo na clínica psicanalítica winnicottiana, segundo Aiello-Vaisberg (2004), produz-se pelo encontro inter-humano, **no entre**, que se faz acompanhar naturalmente por articulação simbólica. Este encontro pode e deve ser objetivado por psicólogos que trabalham em psicanálise, a partir de um paradigma intersubjetivo desde o início de suas atividades clínicas. Cabe ao supervisor, como no caso, buscar meios que propiciem o estabelecimento de encontro inter-humanos desde as primeiras experiências clínicas, inclusive com alunos em formação. Estes alunos devem sentir-se vivos e reais para agir de maneira a oferecer o holding – a sustentação no encontro - necessário para que a transicionalidade se estabeleça.*

Aiello-Vaisberg (2004), ao comentar sobre como se pode cuidar de sentir-se vivo e real “[...] acreditando que aprendizagens significativas se farão, de modo informal ou institucionalizado, a partir daquilo que estiver culturalmente disponível na formação social à qual pertence o indivíduo” (p. 55), aponta que ao sustentar o encontro, o psicoterapeuta cuida desta questão. Acredito, portanto, que também o estagiário pode sustentar um encontro, tal como Borboleta fez com esta mãe, ao aceitar a possibilidade de comunicação, somente através do relato acerca do tema proposto com o uso do Procedimento. Ao desprender-se de metodologias generalistas, ela pôde notar a singularidade da mãe e, então, sustentar a situação do encontro entre ambas.

Novamente recorro a Aiello-Vaisberg (2004) para pensar a sustentação do encontro na clínica psicanalítica winnicottiana

Sustentar o encontro inter-humano é algo que tem sentido quando se tem fé na capacidade criadora humana. Significa que o psicanalista aposta no oferecimento de um ambiente humano suficientemente bom, que por si mesmo humaniza, simplesmente porque aquilo a ser proporcionado se articulará com o potencial criador do paciente [...]. Dar essa sustentação é, de certo modo, acompanhar atenta e devotadamente as necessidades existenciais do paciente, necessidades que devem ser satisfeitas sob risco de afetar exatamente o sentido de ser real e estar vivo. Essas necessidades não existem apenas quando se é um bebê em vias de constituição de um si mesmo ou um psicótico que faz a mesma trajetória, em momento cronológico posterior. Essas necessidades nos acompanham vida afora, não sendo somente os bebês e os psicóticos aqueles passíveis de serem afetados drasticamente pela urgência das mesmas, principalmente quando a vida individual e coletiva parece tantas vezes absurda pela falta de idéias e perspectivas para a humanidade. (p. 56).

Esta autora acrescenta ainda que sustentar não se confunde com “dar apoio. Não se pode ignorar a complexidade humana, não se pode também negar aspectos sombrios do ser humano, nem idealizar seu sofrimento”. As diferenças entre os diversos encontros possíveis com a singularidade própria de cada ser humano que se encontra na clínica merece um cuidado especial do terapeuta com ele mesmo. Neste sentido este deve entender que “[...] sustentar exige não apenas uma condição de amadurecimento pessoal suficientemente boa, a ser conquistado na vida comum, mas, sobretudo uma verdadeira psicanálise pessoal”, mas que seja uma análise “[...] que acolha a expressão espontânea e genuína do self na presença de outrem significativo” (AIELLO-VAISBERG, 2004, p. 57).

Este fato já foi comentado em capítulo anterior, aqui vale acrescentar que Borboleta se encontra em processo psicoterápico, o que pode facilitar a sustentação que ela pode propiciar aos seus pacientes, desde que sua psicoterapia se dê sob os aspectos acima citados. Entretanto, essa questão foge do controle do supervisor e já se insere nas buscas pessoais de cada estagiário.

Ademais, o fato da mãe de Beija-Flor ser incluída no processo psicodiagnóstico de seu filho, já parte de uma visão inclusiva deste processo psicológico, no paradigma intersubjetivo. Ela foi incluída, não como mera informante, pois sua possibilidade de ser mãe foi considerada por Borboleta e sustentada ao logo do atendimento.

No princípio fiquei em dúvida se este uso do Procedimento tivesse propiciado o estabelecimento do espaço potencial, mas, revisitando a narrativa de Borboleta, percebo que a transicionalidade foi possibilitada. Provavelmente, este fato tenha permitido que a experiência de Borboleta fosse completa: o psicodiagnóstico fluiu naturalmente para encontros terapêuticos com a criança. A mãe é participativa no processo terapêutico de seu filho, garantindo sua presença nas sessões. Dentro de suas reais possibilidades, tem sido acolhedora ao filho e este está em franca evolução.

Trabalhei com os dois grupos de supervisão a perspectiva do uso que Borboleta fez do Procedimento. Considerei, com os integrantes dos grupos, a necessidade de estar sensível às possibilidades comunicacionais das pessoas que atendem nas UBS, e da interação destas pessoas com os estagiários e com o que imaginam ser nosso papel/ nossa atuação neste espaço de saúde pública. Comuniquei que não há uma condição pré-concebida do uso, do ponto de vista da comunicação, visto a pessoa sentir-se à vontade para desenhar/contar a estória que quiser, ou descrever o que pensa sobre o tema que propomos, conforme fez a mãe atendida por Borboleta.

Os estagiários devem de certa forma “rabiscar histórias”, tal como fez Tachibana (2006) em sua pesquisa de Dissertação de Mestrado, ao atender mulheres que haviam sofrido aborto espontâneo. Esta autora utilizou desenhos-estórias, de forma livre, para estabelecer comunicações significativas, em consultas terapêuticas individuais. Minha proposta aos grupos de supervisão é de que “rabisquem histórias” com temática específica, da “criança-problema” nas primeiras entrevistas de psicodiagnóstico que realizam nas UBS.

*A forma com a qual Borboleta conversou com a mãe foi, por si, possibilitada pela comunicação significativa que já se estabelecia entre elas e pode refletir também que as intervenções que efetuei nas supervisões não foram vivenciadas como intrusivas e nem precipitadas. À medida que minhas intervenções junto aos grupos de supervisão surgiam no encontro **entre** as formas de expressão do estagiário e minha capacidade de ser sensível para com eles, já se configurava uma comunicação característica ao espaço transicional, portanto passível de transformações criativas.*

Posso dizer que sustentei a angústia inicial de Borboleta, o que propiciou um encontro mais relaxado e criativo desta com as pessoas que

atendeu na UBS. O holding oferecido pela supervisão foi determinante para que ela alcançasse “vôo livre”. Além disso, este uso foi tomado como ponto de partida para que os grupos de supervisão pudessem entrar em contato com uma aplicação do Procedimento realizada por estagiário na situação das primeiras entrevistas clínicas e sentissem sua potencialidade comunicacional.

7.2 Caso II - A Experiência de Estrela do Mar



Estrela do Mar apresentou esta experiência clínica ao grupo de supervisão durante período correspondente a um mês. Durante este tempo os relatos ocorreram semanalmente. Destaca-se o fato que ela se apropriou da possibilidade de, por conta própria, usar o Procedimento nas entrevistas que realizou com os pais e a criança que recebeu na Unidade Básica de Saúde. Vale acrescentar que *Estrela do Mar* usou o Procedimento após uma supervisão na qual relatei a experiência narrada por *Borboleta*.

Esta experiência é comunicada em uma única narrativa escrita por *Estrela do Mar*, embora as narrativas verbais ao grupo tenham ocorrido em diferentes momentos. Acho interessante a possibilidade de apresentá-la assim, na íntegra, para que o leitor perceba, já em um primeiro momento, a vivência total de *Estrela do Mar* com o uso do Procedimento como mediador dialógico com esta família. Após a apresentação da narrativa do caso de *Golfinho*, comentarei alguns aspectos que considero importantes desta vivência a partir dos conceitos teóricos de Winnicott.

Destaco em **negrito** a narrativa do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema “criança-problema” que *Estrela do Mar* apresentou aos pais e a *Golfinho*. Em seguida estão os Procedimentos propriamente, tal como usados por *Golfinho*, seu pai e sua mãe, na seqüência na qual foram realizados.

NARRATIVA DE ESTRELA DO MAR

O caso que apresentarei nessa narrativa é de um garotinho chamado Golfinho de nove anos de idade. O período da entrevista inicial até o contrato terapêutico foi do dia 20/03/07 até o dia 24/04/07. Essa criança não foi a primeira que eu encontrei desde o início do meu estágio no posto de saúde, mas todos os outros “primeiros” que se podem ter em uma avaliação diagnóstica e em uma terapia, foram, e continuarão sendo, dele: a primeira criança que foi levada por seu pai, a primeira família completa de um paciente que eu conheci, o primeiro caso que não teve nenhuma falta, a primeira vez que eu concluí um psicodiagnóstico, apliquei o Procedimento de Desenho-Estória com Tema, uma hora de jogo, dei uma devolutiva, e vou começar a atender. Citar todos esses momentos não parece ser para mim muito repetitivo, pois cada um deles me remeteu um sentido. Acho que com todos esses “primeiros” é possível perceber quantas dúvidas, angústias e ansiedades tive neste caso que, aliás, está só começando.

O pai desse menino chegou com ele na UBS com a queixa de que Golfinho não estava aceitando muito bem a separação de seus pais, e estes diziam não estar sabendo lidar com tal situação. Pude perceber durante o processo do diagnóstico, que o menino é bastante reservado e tem dificuldade de mostrar suas angústias e sentimentos ruins pelas coisas que não gosta, apesar de sofrer com isso – motivo que levou ao encaminhamento para uma terapia. Talvez esteja com dificuldade de passar por essa crise, principalmente por não transmitir suas emoções. Esse receio de se expressar faz sentido em sua história de vida, pois ele presenciou por bastante tempo intensas brigas em sua casa

(entre os pais e entre o pai e a avó materna), que pareciam acontecer justamente por seu pai constantemente expressar sua raiva.

Como disse, Golfinho não mostra coisas dele que pensa ser ruim, sendo sempre um garoto sensível e bondoso, com uma tristeza aparente. Tais características acrescentadas a minha primeira experiência em clínica infantil e a nítida transferência positiva que ele me passou, acabaram por me sensibilizar com Golfinho por diversas vezes, sentindo e mostrando a ele essa contratransferência positiva. No início ainda tive dificuldade em separar a simples idéia de um garoto com um jeito meigo, de um garoto que sofria não se expressando de outras formas, mas as conversas nas supervisões e com meus colegas do estágio, além do melhor entendimento do que acontecia com a criança, me ajudaram a olhar para essa contratransferência de uma forma mais produtiva.

O namoro dos pais desse garoto nunca foi aceito por sua avó materna, gerando muitas brigas entre seus familiares; seu nascimento e desenvolvimento foram normais, com exceção de duas convulsões que teve quando tinha seis meses por conta de uma alergia, mas que agora está tratada, e de uma perturbação digestiva que lhe causa dificuldade de ir ao banheiro ainda hoje. Tem uma irmã de quatro anos, que quando nasceu sua mãe teve depressão pós-parto, e que atualmente fica sob seus cuidados durante o dia, exigindo dele muita responsabilidade.

Na conclusão de seu diagnóstico apareceram hipóteses de defesas como a negação - forma de ansiedade paranóide - e o falso self, percebidas principalmente com a aplicação das Fábulas de Düss.

*No **Desenho-Estória com Tema** de uma criança problema aplicada em Golfinho, (dia 20/03) a idéia de*

problema apresentada por ele – como alguém doente e com diarreia – me comoveu, como se ele compreendesse que estava ali por estar “doente”, por saber que as coisas para ele não iam bem. Além disso, ao me colocar como médica notei que ele já esperava de mim a cura para os seus problemas. Percebi também uma transferência positiva ao desenhar uma flor e um coração, além de escrever meu nome, pois ele mesmo disse que costumava escrever nomes de pessoas que ele gostava.

Gostei de saber que para ele estava clara a idéia de que não estava bem e que ali estava procurando ajuda. Também me senti feliz com a transferência positiva.

O procedimento me pareceu bastante útil ao compreender algumas coisas, tais como: consegui perceber através da estória que ele tem dificuldade de falar das coisas ruins, pelo menos no primeiro momento, e isso foi mesmo constatado posteriormente. Em muitos momentos ele queria passar a idéia de alguém bonzinho, que faz as lições de casa e ganha pirulito; ao falar da diarreia também mostrou de forma não-explicita a agressividade.

*No mesmo dia apliquei o **Procedimento**, com o mesmo tema **no pai** de Golfinho e me chamou a atenção sua história que alterou a idéia da criança problema, ao falar de um pai triste porque está se separado. Percebi o quanto isso está influenciando em seus sentimentos e na culpa que está gerando nele, pensando ser por causa disso que seu filho está com problemas. Em seu desenho a criança parece ter uma auréola na cabeça, como se fosse um anjo triste. No desenho da família também notei que o pai está se afastando dos outros três, que parecem estar mais junto.*

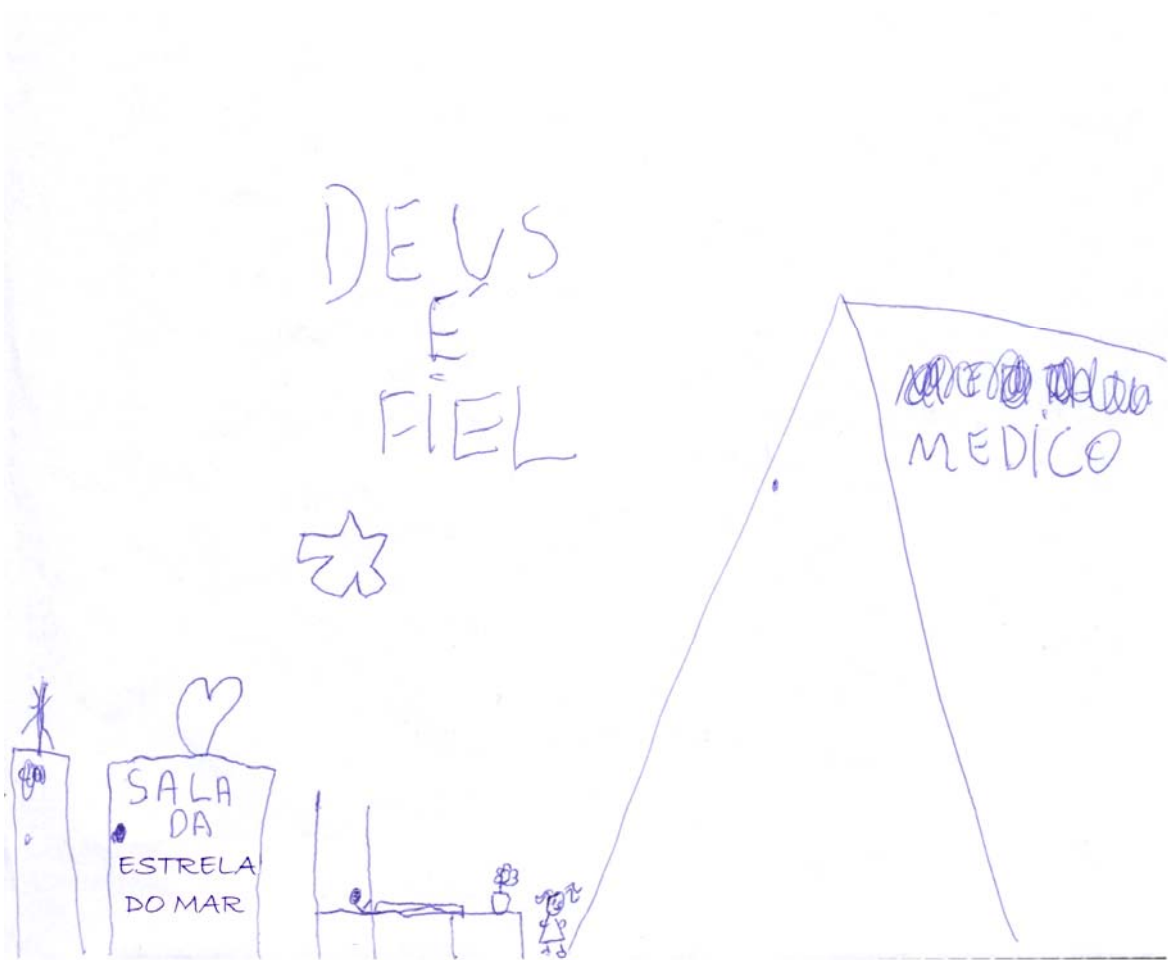
*No **Procedimento feito com a mãe**, (dia 29/03) pude perceber de que forma ela está enxergando seu filho e o futuro dele, com uma perspectiva de dificuldade e sofrimento,*

devido principalmente a um jeito que o pai da criança tem. Ela se voltou à uma idéia pré-estabelecida de um futuro infeliz de seu filho. No dia que apliquei me senti preocupada com essa idéia formulada pela mãe, tanto que na devolutiva me importei em conversar com os pais sobre essa idéia que ela tinha. No primeiro momento que vi o desenho imaginei que era seu filho e o pai dele, mas quando ela me disse ser o filho quando criança e depois quando adulto, uma imagem completamente diferente veio em minha cabeça.

Nessa aplicação na mãe me senti aflita com um fato. Nas anteriores aplicações dos procedimentos, li na frente da própria pessoa sua história, para não correr o risco de lê-la depois e acontecer de não entender algo. Quando a mãe terminou e me entregou a história, eu a li em voz alta, porém me afligiu lê-la na frente do pai da criança, pois a mãe culpava o pai por ser o causador do possível futuro sofrido do filho, e só percebi isso quando estava lendo. Mas, apesar de realmente o pai parecer incomodado no momento, a mãe parecia bem com o fato de ter escrito tudo aquilo que ela pensava.

DESENHO-ESTÓRIA COM TEMA "CRIANÇA-PROBLEMA" - GOLFINHO

GOLFINHO



ESTÓRIA

Após a solicitação para que realizasse o Procedimento Golfinho diz que criança-problema é quando está machucada, com dor de cabeça, doente. Perguntou se esse “problema” era de doença.

G. diz que o nome do menino deitado é Gustavo.

Eu mesma anotei a história.

“Ele era muito feliz, ia para a escola todos os dias e a professora dava lições, tarefas, giz e pirulito. Dá tarefa para casa.

Em casa ele faz a tarefa.

Ele brinca de bola com o primo, o tio, a tia, e a avó ajuda a fazer a lição.

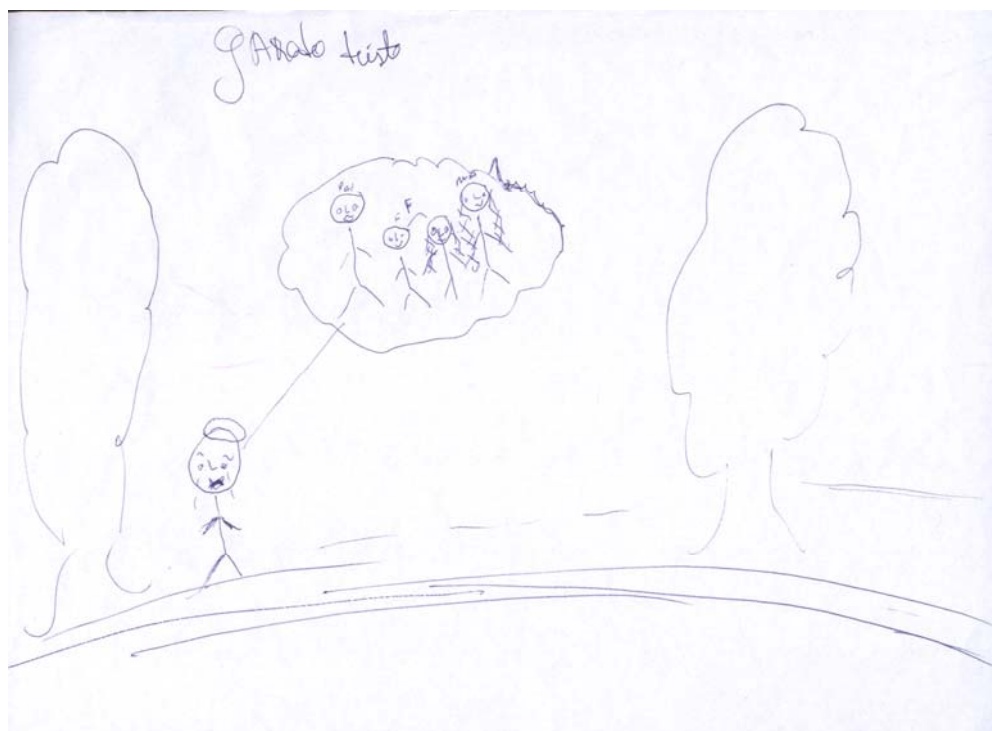
Ele é trapalhão porque não olha na rua.

Um dia ele estava doente, e o cachorro passou perto dele, ele foi para o médico com diarreia.

Deus curou ele e ele voltou a obedecer a mãe e o pai dele.”

Perguntei qual era o nome da menina desenhada e ele disse que era Estrela do Mar apontando para a porta da “sala da Estrela do Mar”, eu disse que era o mesmo nome que o meu e ele disse que era eu. A casa enorme do lado direito é o hospital.

DESENHO-ESTÓRIA COM TEMA “CRIANÇA-PROBLEMA” - PAI DE GOLFINHO



ESTÓRIA

O pai mesmo escreveu a história.

“Sou João¹⁹, pai de dois filhos maravilhosos. Estou saindo de um casamento de 10 anos.

Um casamento que sempre andou certo, ou melhor, tinha tudo para dar certo para sempre.

Apesar da separação eu gosto muito da Ana.

Mas chegamos a um acordo que seria melhor dar um tempo.

Separação todo mundo sabe não é fácil.

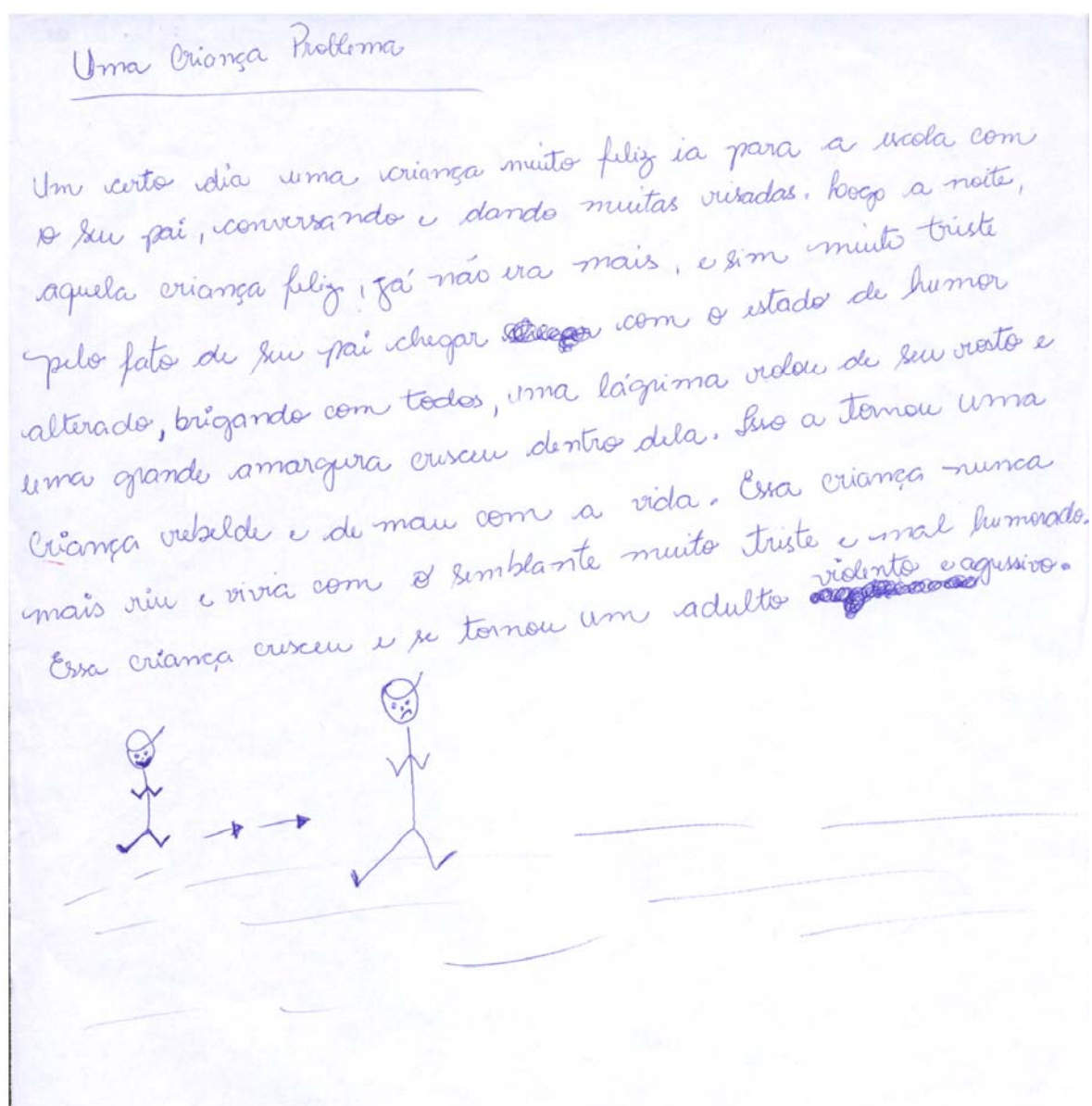
Prejudica muito os filhos que são quem sofre mais.

É...”

¹⁹ Nas estórias os nomes são fictícios.

Há ao lado da folha uma anotação de Golfinho, realizada depois de seu pai escrever. Ele diz: "Parabéns você é especial. Certo. Professor Golfinho".

DESENHO-ESTÓRIA COM TEMA "CRIANÇA-PROBLEMA" – MÃE DE GOLFINHO



ANÁLISE

*A primeira questão que destaco na narrativa de Estrela do Mar é o fato dela, logo no início de sua fala, dizer que todos “... os outros seus ‘primeiros’ que se pode ter... continuarão sendo dele...”. Apesar de não ser o primeiro atendimento clínico de Estrela do Mar, este foi, de fato, o primeiro com o qual ela viveu uma ‘experiência’ completa na clínica com crianças em UBS. Não posso deixar de mencionar que Estrela do Mar estava muito ansiosa ao **criar/encontrar** esta família, visto que seus outros dois encontros – estes “os primeiros” na ordem de apresentação temporal – foram vividos como experiências incompletas desde o ponto de vista da estagiária. Estes encontros iniciais resultaram em abandono, por parte do paciente, após a entrevista inicial, e em uma frustração que claramente gerou maior ansiedade em Estrela do Mar.*

O Jogo da Espátula, descrito por Winnicott (1941/2000), e já apresentado no primeiro capítulo deste trabalho, permite a afirmação de que um dos princípios da clínica winnicottiana é considerar terapêutico o desenvolvimento completo de uma experiência, com o mínimo possível de interrupções do terapeuta e com o ritmo determinado pelo paciente (AVELLAR, 2004).

Está claro também que, no âmbito da terapia e análise, o setting é fundamental para que o paciente possa estabelecer seu ritmo e experiência possível. É neste cenário que este pode viver o ‘período de hesitação’, ou, em outras palavras, neste espaço que ele está tateando em busca de uma espécie de ‘intimidade’ na situação analítica para que possa, então, se apresentar espontaneamente. Para Avellar (2004), na clínica,

[...] o paciente vai ao encontro de um novo objeto que supra suas necessidades psíquicas, para que ele possa resgatar os aspectos de seu eu (self) que ainda não puderam evoluir. Na situação com o analista, o paciente busca o desenvolvimento de uma experiência completa, com um ritmo próprio. O fenômeno de “criar” a espátula é semelhante ao estabelecimento do fenômeno da ilusão. São fenômenos que acontecem durante a análise e ao longo da vida, quando uma nova dimensão de mundo, um novo aspecto da realidade precisam ser encontrados e integrados ao self. (p. 76).

Considero possível a analogia entre esta situação analítica e a experiência clínica de Estrela do Mar, pois ela, como estagiária, deve encontrar e

integrar ao seu self a dimensão de ser psicóloga clínica. Para que esta dimensão profissional seja possibilitada à Estrela do Mar, penso que o conceito de apresentação de objeto deva ser novamente evocado. Reafirmo o fato de que ser psicóloga clínica é aqui considerado desde uma perspectiva intersubjetiva.

Quando falamos em um terapeuta que se adapta às necessidades de seu paciente, também estamos falando de um terapeuta que, respeitando o 'período de hesitação' deste, não seja invasivo com suas intervenções e, assim, permita a emergência do gesto espontâneo. Semelhantemente às mães que respeitam o ritmo e necessidades de seu bebê, o analista deve apresentar o objeto intervenção quando o paciente estiver necessitando dele.

Da mesma forma penso que, para facilitar a espontaneidade de Estrela do Mar, mesmo após a vivência de experiências clínicas sentidas por ela como incompletas, eu tenha tido que, como supervisora, me adaptar às suas necessidades. Ofertar o holding necessário, por meio do manejo adequado à ansiedade por ela demonstrada, me parece ter sido primordial para ela. A apresentação de procedimentos clínicos com os quais ela poderia trabalhar foi cuidadosa e, respeitando sua hesitação, ocorreu somente após a emergência da espontaneidade da própria estagiária. Neste sentido, foi após a entrevista inicial dela com esta criança e seu pai, e depois do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema da "criança-problema" com ambos, que houve considerações sobre o uso – já ocorrido - do Procedimento e então sobre outras condutas clínicas possíveis a partir daí.

Há que se destacar duas questões aqui implicadas: o gesto criativo de Estrela do Mar ao usar o Procedimento na primeira entrevista com Golfinho e seu pai e o respeito e sensibilidade desta à comunicação possível desta família, permitindo – como uma terapeuta que se adaptou à necessidade de seus pacientes – a emergência da espontaneidade deles próprios. O uso do Procedimento com a mãe também foi decisão da estagiária, no momento da entrevista com esta, numa situação em que estava o casal, já separado oficialmente, e seu filho.

Da mesma forma que um bebê necessita de muitas mamadas completas, para que, cumulativamente viva a experiência de mamar como bem sucedida e propiciadora então de saúde psíquica (AVELLAR, 2004), viver experiências completas no atendimento clínico pode também contribuir para a

saúde mental do próprio psicólogo. No caso, do estagiário de psicologia em busca de uma dimensão de **ser** psicólogo clínico.

Penso que vivências completas no âmbito do **fazer** clínico em UBS não sejam somente processos psicodiagnósticos ou psicoterápicos que sigam, rigidamente, os passos formais destes. As experiências devem ser consideradas completas sempre do ponto de vista do paciente e de sua família, que procuram por ajuda. A possibilidade de poder se expressar, dizendo o que de fato precisam e/ou sofrem, dará um parâmetro ao psicólogo do que pode ser experiência completa com aquele caso. O paradigma intersubjetivo, a vivência do encontro clínico com respeito ao período de hesitação do paciente, a possibilidade de ofertar o holding necessário para que este paciente e seu terapeuta encontrem uma forma de comunicação verdadeira e significativa, determinam o rumo do próprio encontro clínico.

Nesta narrativa de Estrela do Mar, pude observar que o Procedimento possibilitou que Golfinho, seu pai e sua mãe comunicassem em seu desenho-estória o que os levou à clínica psicológica e o que alguns deles parecem manifestar como desejo em relação à Psicologia neste contexto. As preocupações de todos ficam expostas com o Procedimento e não nos parecem coincidentes, mas nos deteremos agora sobre a comunicação de Golfinho e sobre a percepção de Estrela do Mar sobre esta.

Não pretendo realizar aqui uma análise psicanalítica, através de minhas próprias associações, sobre os desenhos-estórias narrados por Estrela do Mar, apenas tenciono analisar o uso deste procedimento para o estabelecimento de comunicação significativa entre os membros da família e Estrela do Mar. Entretanto, associações foram efetivadas na situação de supervisão e foi consenso entre as pessoas do grupo que Estrela do Mar estava muito sensibilizada pela reação de Golfinho perante a separação de seus pais. No início de sua narrativa verbal ao grupo, esta chegou a acreditar que Golfinho estivesse “bem”, apenas vivendo uma crise passageira perante a qual os pais pareciam mais comprometidos do que o filho. Ela própria parecia negar o ‘adoecimento’ de Golfinho, acreditando neste somente após o uso do Procedimento.

A situação da separação dos pais parece ter gerado em Golfinho a eclosão de defesas perante a intensa angústia que sentiu. Defende-se, então, através de uma postura de “bom comportamento”, inclusive na entrevista com a

psicóloga/estagiária. Mostrou-se cooperativo, educado, e fez com que Estrela do Mar acreditasse que estivesse reagindo de forma madura diante da separação de seus pais.

Independentemente dos motivos que levaram Estrela do Mar a sentir contratransferencialmente que Golfinho não tivesse ‘nada’ que necessitasse de auxílio psicológico, noto que ela **sentiu** também que precisava de uma comunicação de outra ordem com a criança e seus pais. Ela mostrou-se sensível ao que não estava aparente na comunicação dele. Daí, a partir desta necessidade, aplica o Procedimento e percebe, então, o sofrimento real de Golfinho quando ele pede, através do desenho, ajuda “médica”, “religiosa” e, efetivamente, psicológica. Ele se mostra doente e pede ajuda à Estrela do Mar. Houve uma comunicação, possível graças ao uso do Procedimento como mediador dialógico, onde a defesa perante o sofrimento não foi ‘acionada’ pela criança.

A teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott está pautada na proposição de que o indivíduo possui uma tendência ao crescimento e ao amadurecimento que é inata e herdada (WINNICOTT, 1945/2000). O ser humano “procura” o desenvolvimento e, para isso, necessita de um meio adequado para que suas tendências inatas se desenvolvam. Segundo Winnicott (1971/1975c) o processo de amadurecimento implica num contato com a realidade externa de maneira criativa e espontânea.

A vivência da separação de seus pais parece ter sido sentida por Golfinho como uma lacuna de provisão ambiental adequada. Neste momento de sua vida, pode-se pensar que não houve possibilidade dele viver esta experiência de forma integrada, muito pelo contrário. Ele deixa de vivenciar a realidade de forma espontânea. Estrela do Mar, em sua narrativa, inclusive aponta a hipótese de falso-self para o comportamento que Golfinho apresenta na situação clínica, de ‘reserva’, não mostrando seus ‘sentimentos ruins’. No entanto, considero que, por meio desta narrativa, não tenhamos elementos suficientes que nos indiquem esta hipótese.

Golfinho está diante de sofrimento e de afastamento de si, pode-se dizer que há dissociação como defesa. Quando o ser humano direciona-se ao amadurecimento, ele busca a integração e, neste sentido, ele mostra estar

saudável. Ao contrário, na impossibilidade da integração, por falhas ambientais, a doença sobrevém e há interrupção do processo de amadurecimento.

A integração está relacionada, portanto, com a possibilidade do indivíduo vir a se sentir um todo, de existir ao longo do tempo, de poder viver criativamente. (AVELLAR, 2004). Para que isso aconteça, o ambiente tem que ser adequado ao amadurecimento desde os primórdios da vida do bebê e se manter assim ao longo de sua vida.

Para que a integração possa acontecer, o bebê vive inicialmente a fase de dependência absoluta, aquela na qual se encontra na mais completa dependência da mãe e para a qual esta deve adaptar-se totalmente. O processo maturacional ocorre em direção à independência, passando pela fase denominada por Winnicott (1956/2000) de dependência relativa. A integração do bebê surge quando a mãe oferece cuidados adequados para que, gradativamente o bebê conquiste sua integração.

No início, a mãe entra em sintonia com o ritmo do bebê, vivendo para ele e cuidando dele, numa sintonia denominada por Winnicott (1968/1994) de experiência de mutualidade. A vivência do bebê é de confiança, de proteção quanto às intrusões da realidade externa (AVELLAR, 2004). Aos poucos, e com a possibilidade de viver, repetidamente, muitas experiências completas, com começo, meio e fim, sobrevém a confiança no meio, e a possibilidade de viver a realidade externa. A mãe que pode oferecer um cuidado próprio, humanizador, ao seu filho, permite a este a primeira organização temporal, sua continuidade de ser na presença da mãe.

A importância estruturante do meio ambiente é amplamente enfatizada por Winnicott. Em capítulo anterior já referimos também o quanto é essencial o papel materno, da mãe suficientemente boa, para possibilitar ao bebê a experiência da ilusão, fazendo com que este creia que a realidade é uma criação sua. A criatividade sobrevém desta área, transicional, entre o 'dentro' e o 'fora'. Entretanto, segundo Winnicott (1971/1975a) para haver uso do objeto transicional a pessoa precisa ter a “[...] percepção do objeto como fenômeno externo, não como entidade projetiva, na verdade, o reconhecimento do objeto como entidade por seu próprio direito” (p. 125).

Villela (2007), a partir do pensamento de Winnicott, afirma que

No processo de amadurecimento a capacidade de usar objetos se desenvolve a partir da relação de objeto, nessa última, a experiência se dá com objetos subjetivos, dentro do âmbito da ilusão de onipotência, não havendo, portanto, dois entes. Já no uso do objeto leva-se em conta a realidade externa e independente do objeto. (p. 203).

Quando a dependência absoluta passa a se transformar em dependência relativa, logo em seu início, o “eu” ainda não existe separado do “não eu”. Aos poucos o bebê vai adquirir o acesso ao sentido da realidade, que, no princípio, é a realidade do mundo subjetivo. A subjetividade, por si, se dá na presença de alguém, na presença da mãe. Embora o bebê não tenha conhecimento da existência da mãe, pode sentir seus cuidados, que lhe possibilitam continuar a ser na sua presença (AVELLAR, 2004). Winnicott (1967/1975a) chamou este objeto de objeto subjetivo, que é criado pelo bebê na área de sua onipotência. Cabe à mãe apresentar o mundo ao bebê, em pequenas doses, na medida em que ele pode compreendê-lo. Em capítulo anterior já comentamos sobre a apresentação de objeto, denominação winnicottiana para esta função materna.

Creio que se pode afirmar, a partir desta perspectiva de uso do objeto, que Golfinho tem a percepção do objeto externo, haja vista sua possibilidade de comunicação na área transicional por meio do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema “criança-problema”, que se observa na narrativa de Estrela do Mar.

Para a criança usar o objeto transicional, ainda segundo Winnicott (1969/1975b), ela, necessariamente, possui um bom objeto interno, que está vivo e suficientemente bom. No entanto, as qualidades deste objeto interno dependem da existência e comportamento do objeto externo. Para este autor “[...] O desenvolvimento da capacidade de usar um objeto constitui outro exemplo do processo de amadurecimento, como algo que depende de um meio ambiente propício” (1969/1975b, p. 125).

Parece-me, pela narrativa do uso do Procedimento com Golfinho, que este tenha adquirido a capacidade de uso de objetos. No entanto, neste momento, Golfinho encontra-se impossibilitado, em seu ambiente, de contar com adequada provisão ambiental. Seus pais vivem uma crise conjugal que se

configura como ruptura de uma estrutura ambiental familiar que, por meio da narrativa, mostrou-se sempre muito frágil. Talvez, em função desta questão, Golfinho encontrava-se, no instante desta primeira entrevista mais fragilizado, pois, possivelmente, seu processo de amadurecimento encontra-se 'paralizado', já não estando de acordo com sua idade cronológica há algum tempo. A separação dos pais só veio agravar esta situação.

Estrela do Mar viveu este encontro com Golfinho e seu pai de forma contratransferencial, vivendo, ela própria, toda a angústia das pessoas que a procuraram. Acreditar na 'saúde' de Golfinho, em um primeiro momento, parece ter sido a única forma, defensiva até, para que Estrela do Mar pudesse entrar em contato com estes pacientes. De fato, ele assume responsabilidades que não são dele, inclusive cuidando de sua irmã, e aparentemente está fazendo isto 'bem'. Entretanto, ao propor o Procedimento e viver as possibilidades comunicacionais deste, Estrela do Mar pôde olhar para as pessoas que estavam à procura de sua ajuda, como profissional. Noto que ela poderia continuar considerando que Golfinho estivesse bem, mas se apropria de sua Estória demonstrando, inclusive, estar alegre de ele saber-se doente e pedir sua ajuda.

Para poder estabelecer esta comunicação com seus pacientes, Estrela do Mar refere que "[...] as conversas nas supervisões e com meus colegas do estágio, além do melhor entendimento do que acontecia com a criança, me ajudaram a olhar para essa contratransferência de uma forma mais produtiva". Neste trecho de sua narrativa, ela demonstra que, além do suporte que o grupo na supervisão lhe forneceu, o melhor entendimento do que acontecia com a criança, ou seja, a comunicação verdadeira entre ambos foi possibilitada por meio do uso do Procedimento.

Quanto à vivência do uso do Procedimento com o pai de Golfinho, a surpresa de Estrela do Mar, quanto à alteração que este faz em relação ao tema da história, já nos permite supor o estabelecimento da transicionalidade. Este pai parece pensar que o seu filho/ "anjo triste", assim se encontra por culpa dele e não em virtude da separação. Na verdade ele assume a culpa da separação em seu relato, conforme a narrativa expõe. Estrela do Mar se sensibiliza com este pai, tanto quanto seu próprio filho parece fazê-lo, ao escrever "Parabéns você é especial. Certo. Professor Golfinho".

Em entrevistas posteriores, aqui não narradas, Estrela do Mar responde a uma solicitação deste pai por psicoterapia. Por intermédio da busca por atendimento ao seu filho, o pai percebe suas próprias dificuldades e procura por ajuda. De fato, seu Desenho-Estória fez com que todos do grupo associassem sofrimento, culpa e solidão ao Procedimento por ele realizado. Vale aqui dizer que Estrela do Mar atende apenas Golfinho em psicoterapia.

A mãe de Golfinho, ao desenhar junto com seu já ex-marido, parece ter usado o Procedimento para deixá-lo ainda com mais culpa. Estrela do Mar, sensível ao sofrimento paterno, percebe que comete uma intrusão ao ler em voz alta a história da mãe, que parece remeter “criança-problema” às questões relacionais com o pai. Neste momento, metaforicamente é possível dizer, que Estrela do Mar, ‘enfio a espátula’ na boca deste pai-bebê. A mãe culpabiliza o pai pelo futuro de rebeldia do filho, numa clara agressividade ao ex-marido. Ao dizer que “[...] aquela criança feliz, já não era mais, e sim muito triste pelo fato de seu pai chegar com o estado de humor alterado”, a mãe parece ter se comunicado com o pai, e não com Estrela do Mar. Esta percebe e, na devolutiva, tenta reparar o que considerou como erro seu.

Considero importante que Estrela do Mar tenha percebido o quanto foi intrusiva com o pai de Golfinho ao expor a história da mãe e tentado, mesmo em momento posterior, trabalhar esta questão. No entanto, teria sido mais produtivo e, talvez já possibilitasse um meio de comunicação significativo, se esta questão não tivesse sido adiada para um outro momento.

Este fato pode revelar um pouco da dificuldade de se trabalhar sob perspectiva de psicodiagnóstico interventivo com alunos em formação. No entanto, insisto que esta perspectiva, por permitir encontros inter-humanos, deva ser trabalhada com estagiários, mesmo na graduação. O suporte da supervisão deve conduzir estes alunos para que percebam e possam, sentindo-se acolhidos em suas angústias perante sofrimentos humanos, também oferecer holding no momento em que este se faça necessário.

Embora não tenha esgotado as possibilidades de reflexão sobre o material desta narrativa, vou me recolher para deixar o leitor efetuar, ele próprio, suas associações e entendimentos sobre as experiências de Borboleta e Estrela do Mar. Meu propósito ao trabalhar com o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema “criança-problema”, em primeiras entrevistas clínicas e, também focalizar este uso sob perspectiva transicional em supervisão, alcança, assim, seu objetivo neste texto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chego ao último capítulo desta tese, intitulado “Considerações Finais”, embora, em coerência com o trabalho que realizo e com o paradigma de ciência que adoto, absolutamente não considero este um trabalho finalizado. Antes, pelo contrário. Apresento considerações que têm o propósito de possibilitar e estimular novas reflexões.

Com esta intenção, dois são os caminhos que se apresentam para que eu pense em ‘considerações finais’. Um diz respeito ao uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, do ponto de vista da primeira experiência clínica do estagiário, e outro diz respeito à supervisão clínica que toma este como materialidade dialógica. Logo no início deste trabalho referi que considerava o atendimento clínico do aluno e a supervisão clínica como indissociáveis e, devo dizer que esta é uma visão que permanece após a reflexão que realizei pautada pela psicanálise winnicottiana. Penso, agora, que ao indicar esta questão da indissociabilidade eu já gestava esta idéia a partir do pensamento psicanalítico de Winnicott, sob uma perspectiva intersubjetiva do olhar investigativo. A opção por um trabalho de pesquisa que se apresenta por meio de uma prática já iniciada, carrega consigo a personalidade do investigador e também, neste caso, o envolvimento de todo um grupo de supervisão. Além de fazer sentido como produção de conhecimento inserido em um contexto formativo e de atendimento à população no Sistema Único de Saúde.

A elaboração desta tese permitiu que eu me debruçasse sobre minha atuação como supervisora e resignificasse toda minha vivência acerca das primeiras experiências clínicas de psicólogos em formação. Houve um caminho teórico percorrido até que achasse/encontrasse a psicanálise winnicottiana que se “encaixou perfeitamente” com a necessidade que sentíamos, eu e alunos em formação clínica, de acolher os pacientes na saúde pública. A possibilidade do uso de materialidade mediadora para comunicações entre psicólogos e pacientes se apresentou como uma esperança, concretizada por meio do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema. No entanto, considero ser necessário retornar ao objetivo desta pesquisa para pontuar, principalmente, as especificidades das experiências clínicas abordadas.

O objetivo inicial foi verificar, a partir de uma perspectiva psicanalítica, o potencial clínico do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, concebido como recurso dialógico facilitador de comunicações emocionais

significativas em primeiras entrevistas realizadas por graduandos em Psicologia. Para este fim vários alunos, que vivenciaram o uso do Procedimento nas suas primeiras entrevistas clínicas, relataram suas experiências por meio de narrativas psicanalíticas, sobre as quais realizei reflexões a partir do pensamento psicanalítico de Winnicott. Para a confecção do texto desta tese, duas dessas narrativas foram escolhidas em função de terem sido as primeiras a serem narradas em supervisão. Neste intuito, considero que eu própria me surpreendi com as possibilidades dialógicas deste uso do Procedimento e, ainda, com a apropriação que meu grupo de estágio fez dele como mediador de seus encontros clínicos nas Unidades Básicas de Saúde onde atuam.

Ao me surpreender com a experiência de meus estagiários, também experienciei uma superação dissociativa por meio da recuperação de um saber vivencial, de um encontro-criação de sentidos a partir da obra winnicottiana, que parece ter ocorrido exatamente quando não estava pensando conceitualmente nisso. A surpresa, portanto, pôde ser vivenciada pelos nossos pacientes, pelos estagiários/terapeutas e também pelo supervisor/pesquisador, na medida em que os Desenhos-Estórias tornaram-se o meu “rabisco” pedagógico.

Assim sendo, pode-se observar que na narrativa de ‘Borboleta’ delinea-se sua experiência emocional relacionada à primeira experiência clínica e ao uso do Procedimento. Seu encontro com esta mãe, que traz o filho para Psicologia, foi pautado por angústias que foram, aos poucos, utilizadas no sentido do acolhimento, do holding à dupla mãe-filho. No entanto a angústia de Borboleta, necessária até, no meu entendimento em acordo com Bleger (1973), deflagrou uma busca por meios de acolhimento, inicialmente à criança e, posteriormente, à própria mãe. Bleger (1973) coloca que somente há problemas na dissociação psíquica que vive o profissional que atua na clínica quando este é tomado por angústias que enrijecem suas defesas para evitar o contato. De outro modo, esta dissociação, postulada por Bleger como identificação projetiva, e a permanência da capacidade de observação e, eu diria de acolhimento, é necessária ao bom trabalho clínico (VILLELA, 2007).

Borboleta, ao usar o Procedimento, estabeleceu uma comunicação significativa que possibilitou, tanto à mãe, quanto a ela mesma, um olhar para a realidade do sofrimento da criança trazida para avaliação e para a real possibilidade da mãe assumir seu papel materno. Para que este uso fosse

efetivado, também ressaltou a importância do holding oferecido à Borboleta na supervisão, ocorrida logo após seu primeiro encontro com a dupla mãe-filho. Este acolhimento foi fornecido pela supervisora, mas há que se considerar que todos do grupo participaram deste momento e se sensibilizaram com a vivência de sua colega. Afinal, também eles viviam momentos semelhantes, ou haviam “sobrevivido” já a este tão importante primeiro encontro clínico.

Estrela do Mar usou o Procedimento já com o conhecimento e as reflexões da supervisão sobre a vivência clínica de Borboleta. Estava, entretanto, angustiada também com o fato de considerar que os dois primeiros psicodiagnósticos com os quais iniciou o estágio na UBS terem sido interrompidos por uma falha de ‘abordagem técnica’ dela própria. Provavelmente, viveu estes encontros clínicos com toda ansiedade de “acertar” o caminho do psicodiagnóstico, tal como ensina a teoria aprendida ao longo do curso. Neste sentido, ela criou/encontrou a família a qual se refere sua narrativa apresentada nesta pesquisa, na medida em que viveu uma experiência completa neste caso. Estrela do Mar foi às ‘profundezas de seu ser’ para receber estes pacientes, necessitou pensar em si mesma como uma psicóloga em formação e que vive angústias no encontro clínico. Percebeu que estas angústias são singulares, são próprias de seu ser, de sua forma de relacionamento com o mundo externo, e, daí, pensou menos na teoria no encontro com Golfinho. Para isto pode contar também com o holding oferecido em supervisão. Ela estava repensando sua atuação clínica quando se apropriou do uso do Procedimento, a partir das reflexões efetuadas em supervisão sobre o uso do mesmo por Borboleta.

Destaco aqui, novamente, que a partir do uso do Procedimento por Borboleta também pude usar esta experiência como mediadora de comunicações significativas junto a ela e ao grupo de supervisão. Considerei, então, estas comunicações essenciais para expor a potencialidade do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema como mediador dialógico. Reforcei, nos encontros de supervisão, a real possibilidade do aluno/estagiário se posicionar com sua personalidade nos encontros clínicos na UBS.

Retomando as angústias por que passam estes jovens nos primeiros atendimentos clínicos, estas são apontadas em supervisão e, assim, podem ser expostas e acolhidas. Este estilo de supervisão parece-me ser de fundamental importância, particularmente quando o aluno não foi adequadamente apresentado

ao sofrimento do outro e à prática clínica por meio de mediadores, conforme já comentamos em capítulo 3. O papel do supervisor assume aqui sua função formadora, quando aproxima o ser humano, tanto na figura do paciente quanto do estagiário, da teoria, a qual este já começa a conhecer ao logo do curso. Neste sentido é uma prática favorecedora de colocações pessoais, nas quais pode vir a se apresentar o estilo clínico do próprio aluno.

Confesso que ao iniciar minha prática como supervisora, o papel de professora tradicional, aquela que apenas transmite conhecimentos, tenha sido meu modelo. Este fato pode ter ocorrido por eu ainda estar em busca de uma identidade de ser supervisora, tendo agido defensivamente perante o desconhecido papel que, de certo modo, me impunha desempenhar. Agi, a princípio, de forma defendida utilizando a ‘teoria como escudo’²⁰ perante as angústias que vivia então. Aos poucos me sensibilizei com os estagiários de forma a enxergar suas necessidades iniciais ao entrar em contato com a prática clínica e, hoje, principalmente após a realização desta pesquisa, privilegio o holding nesta situação, mas, de forma alguma abandono a teoria na formação de estágio. Trata-se, no entanto, de adotar a teoria sem submissão e conformismo em relação a ela, assumindo uma postura crítica perante a realidade de atendimento clínico, em consonância com o paradigma de ciência intersubjetivo, conforme proposta de Aiello-Vaisberg (2004).

O fato de Borboleta e Estrela do Mar estarem em psicoterapia, provavelmente deu-lhes um suporte maior, facilitando a vivência clínica de forma menos dissociada, permitindo discriminar melhor o que é do terapeuta e o que é do paciente.

Desta forma, considero a efetiva necessidade de que haja, além do já apontado holding oferecido pela supervisão, o suporte teórico e da psicoterapia para que estagiários enfrentem, o mais adequadamente possível, seus primeiros – e até outros – encontros clínicos.

Ao falar da vivência de Borboleta, esta já se mistura com a de Estrela do Mar e com a supervisão. Este fato, por si, já reafirma minha teoria da indissociabilidade entre as primeiras entrevistas clínicas de psicólogos em

²⁰ Expressão que devo à Miriam Tachibana, em contexto de reunião do grupo de pesquisa, dita em 2007.

formação e o suporte necessário a este momento formativo. Há um claro posicionamento de que a Psicanálise pressupõe, sempre, que estejamos em constante processo de autoconhecimento para melhor lidarmos com o sofrimento humano. Não podemos, jamais, negar que somos seres que sofrem à semelhança de nossos pacientes, e, por isso, devemos nos conhecer maximamente para poder acolher outro ser humano, com toda sensibilidade que isto requer.

Winnicott (1969/1975a) ao se referir ao processo de amadurecimento deixa claro que este possibilita um contato com a realidade externa de forma criativa e espontânea. Ao falar sobre criatividade afirma que esta possa dar um colorido em toda atitude com relação à realidade externa,

[...] através da apercepção criativa, mais do que qualquer outra coisa, que o indivíduo sente que a vida é digna de ser vivida. Em contraste, existe um relacionamento de submissão com a realidade externa, onde o mundo em todos seus pormenores é reconhecido apenas como algo a que ajustar-se ao exigir adaptação. A submissão traz consigo um sentido de inutilidade e está associada à idéia de que nada importa e de que não vale a pena viver a vida. (p. 95).

A criatividade, portanto, é fruto do amadurecimento e essencial para que a clínica, neste espaço formativo, possa ser vivida de maneira significativa. Postulo que nossos estagiários necessitam estar saudáveis, no sentido de saúde significar uma maturidade relativa à idade do indivíduo (1967/1975b), para que possam usar adequadamente mediadores em sua prática clínica. No caso deste trabalho, considero que Borboleta e Estrela do Mar estejam “saudáveis”, pois souberam usar de forma criativa o Procedimento, mesmo que inseguras a princípio.

Além do amadurecimento saudável, os primeiros contatos com pacientes na clínica, deveriam ser precedidos por mediadores já no ensino da graduação em Psicologia, conforme refletimos no capítulo que trata sobre transicionalidade. O contato efetivo com o sofrimento humano e outras demandas clínicas podem ser facilitados caso, ao longo do curso, haja aproximações graduais com este sofrimento, que permitam que nosso aluno amadureça por meio do conhecimento teórico associado a uma clínica real.

O uso criativo de mediadores dialógicos na clínica psicanaliticamente orientada não garante, por si, que haja uma comunicação significativa entre a dupla analítica, conforme já comentado anteriormente. É meu propósito repetir esta afirmação, por considerá-la essencial para que não tomemos o mediador como uma técnica a ser simplesmente reproduzida. Assim foi que propus aos meus sujeitos/estagiários que usassem o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, ou seja, dependendo do encontro e da possibilidade de uso deste, como mediador dialógico e naquele momento único. Em 24 processos psicodiagnósticos realizados no período que determinamos para obter as narrativas para nossa pesquisa, dezesseis estagiários usaram o Procedimento em 16 primeiras entrevistas clínicas. Apesar de o uso ter sido significativo em termos numéricos, nota-se que houve situações em que o estagiário optou livremente por não usá-lo.

As materialidades, portanto, podem surgir de diferentes maneiras na clínica psicanalítica. De acordo com Medeiros (2003) há atendimentos que trazem a necessidade de materialidade, em alguns há necessidade, inclusive, de materialidade específica que tenha relação com a história de vida daquela pessoa, daquele atendimento, do momento e encontro da dupla terapêutica. Há ainda atendimentos para os quais o uso de procedimentos apresentativo-expressivos não faz sentido. Para esta autora, tais diferenças remetem ao uso que cada pessoa faz da palavra e dos objetos, sendo que alguns pacientes se beneficiam mais com o uso de palavras, enquanto outros usam objetos para favorecer um acontecer clínico verdadeiro.

Considero que ambas narrativas das estagiárias permitem que se interprete o uso que fizeram do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema “criança-problema” como significativas para o estabelecimento de comunicações favorecedoras de um encontro clínico terapêutico desde as primeiras entrevistas, mesmo que aqui denominadas a partir do enquadre psicodiagnóstico. Entretanto, pode-se notar que o uso como mediador dialógico, provavelmente ocorreu em virtude do fato de ambas estagiárias usarem espontaneamente o Procedimento. Em supervisão, não houve, em momento algum, uma obrigatoriedade para que este fosse tomado como técnica psicodiagnóstica. Pode-se dizer, por intermédio das narrativas trabalhadas nesta pesquisa, que foi a partir da sustentação ofertada por um modelo de supervisão que privilegia o holding para alunos

iniciantes na prática clínica que Borboleta e Estrela do Mar usaram o Procedimento como mediador e não como uma técnica.

Eu ousaria dizer que somente a partir do gesto espontâneo do aluno, em situação que somente ele pode sentir a possibilidade de uso de materialidade, que podemos considerar qualquer mediador, inclusive o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema “criança-problema” como mediador dialógico e, portanto, facilitador de comunicações significativas na clínica psicanalítica. A transicionalidade, possibilitada por meio do uso do Procedimento nesta pesquisa, mostrou-se efetiva para o objetivo que inicialmente formulamos. Reconhecemos, no entanto, que, neste grupo de supervisão, foram várias narrativas que apontaram para esta possibilidade com o uso deste Procedimento e com este tema específico.

Há que se dizer ainda que o estágio, tal como está organizado, permite que estes alunos/estagiários entrem em contato com muitos pacientes e suas famílias, e esta questão também me parece importante para a formação clínica psicológica. No caso específico de Estrela do Mar, ela pôde perceber que a técnica não havia sido determinante de seus “fracassos” anteriores, mas antes a maneira como se portava no encontro com as pessoas, nas primeiras entrevistas que realizou. Ela pôde viver muitas outras experiências “completas” na UBS. Digo ‘completa’ do ponto de vista dela, conforme já apontei anteriormente, com começo, meio e fim de um processo psicodiagnóstico interventivo. Winnicott (1941/2000) ao discorrer sobre o Jogo da Espátula, fornece a metáfora perfeita para que percebamos a importância das experiências completas ao longo de nossa vida. A vivência de múltiplas experiências clínicas, que não são idênticas, possibilita que estagiários sintam a necessidade de acolhimento do outro com sua singularidade e com respeito à alteridade.

No entanto, considero que seja minha responsabilidade, e de todo supervisor de estágio profissionalizante e com atuação em serviços públicos de saúde e clínicas-escolas, poder conduzir nossos estagiários de maneira que eles escutem, verdadeiramente, seus pacientes, no intuito de buscar compreender o que, de fato, eles procuram na Psicologia, nestas instituições. A questão que se coloca, neste lugar de formação, é não negar a alteridade, mas sim acolhê-la, e esta questão parte de uma postura ética perante a diferença emergente do outro, e, neste acolhimento, viver processo plenamente transformador.

O supervisor tem a função de ser a ponte em direção a um mundo desejado, idealizado e até temido por seus estagiários. Definiria esta função, com as reflexões efetuadas por meio desta tese, como fundamentalmente de acolhimento, de holding, em um primeiro momento. A confiança que o holding possibilita, permite que novas intervenções do supervisor se estabeleçam junto ao grupo de forma mais relaxada, tranqüila e, portanto, menos defendida. O uso do Procedimento pelos estagiários durante o ano de 2007, me permite dizer que ele foi tomado como materialidade comunicacional, potencialmente transicional, pela dupla terapêutica, estudadas mais de perto nesta tese por meio das experiências de Borboleta e Estrela do Mar. Ainda possibilitou que eu, na função de supervisora, usasse estas experiências, aqui narradas, para conversar com todos do grupo de supervisão sobre a importância da comunicação significativa com o outro, nosso paciente, seja este uma criança ou toda uma família. Esta comunicação foi trabalhada com os estagiários a partir do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema “criança-problema” de Borboleta e Estrela do Mar, e revelou-se, transicionalmente, dialógico.

Termino meus escritos com a história de uma de minhas estagiárias, efetuada com o uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema “um aluno em sua primeira entrevista, na clínica psicanalítica com crianças” em 2007. Trabalhado em outro contexto, de “Consulta Terapêutica Coletiva”, ilustra a relação que meus estagiários foram estabelecendo com a clínica ao longo do ano e sob um estilo de supervisão que privilegiou o holding.

UM ALUNO EM SUA PRIMEIRA ENTREVISTA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS

“Quando tenho uma estrutura

Um plano a seguir

Um mapa a trilhar

Um norte para me guiar

De certa forma, me acalmo

Embora haja ainda a emoção do início

A adrenalina do desconhecido...

Tenho que caminhar, então vamos que vamos!

**Porém, nenhum caminho é pleno
Se não há obstáculo a ser ultrapassado
E, de preferência, ser vencido
Foi assim minha primeira experiência clínica
Um plano estruturado aprendido em sala de aula
Entrevista inicial, hora de jogo, testes,
Visita à escola, devolutiva...
Tudo sistematicamente feito
Manual e textos à mão
E pronto!
Que nada...**

**Na prática, quem indica
Qual a pétala da rosa dos ventos
Devo seguir
É a criança e seus acompanhantes
Suas necessidades, suas vidas, seus mundos
E assim vai
Nada de planejamentos rígidos
Nada de moldar as pessoas ao plano
Mas sim moldar o plano às pessoas
Claro que isso gera insegurança
Medos, incertezas, dúvidas...
Mas o sentimento de movimento, liberdade
Dentro de um “plano”
É muito melhor para VER PESSOAS
E não somente PLANOS
Por isso, cada novo caso
Vale como primeira experiência clínica
Pois nunca sei o que vai surgir
E é isso que torna cada caso
ESPECIAL.**

(destaques da autora)

REFERÊNCIAS

ABRAM, J. (1996). *A Linguagem de Winnicott*. Dicionário de Palavras e Expressões Utilizadas por Donald W. Winnicott. Bibliografia compilada por Harry Karnac. Tradução de Marcelo Del Grande da Silva. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

ADAMS, M. I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública aponta para melhor qualificação do profissional. *Psi - Jornal de Psicologia*, São Paulo, n. 150, p. 1-24. jan./mar. 2007. [Entrevista].

AGUIRRE, A. M. B. et al. A formação da atitude clínica no estagiário de psicologia. *Psicologia USP*, v. 11, n. 1, p. 49-62, 2000.

AIELLO-TSU, T. M. J. A relação psicólogo-cliente no psicodiagnóstico infantil. In: TRINCA, W. *Diagnóstico Psicológico: A Prática Clínica*. São Paulo: EPU, 1984. p. 34-50. (Temas Básicos de Psicologia).

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. *Ser e Fazer. Enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2004.

_____. A ética na pesquisa em debate no Brasil: reflexões sobre a pesquisa psicanalítica na universidade. In: AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; AMBROSIO, F. F. (Orgs.). *Cadernos Ser e Fazer: Imaginários Coletivos como Mundo Transicionais*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2006. p. 9-20.

_____. *Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia*. 1999. 185f. Tese (Livre docência) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

_____. Investigação de representações sociais. In: TRINCA, W. (Org.). *Formas de investigação clínica em psicologia: procedimento de desenhos-estórias*. São Paulo: Vetor, 1997. p. 255-288.

_____. O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais: Projeção e Transicionalidade. *Psicologia USP*, São Paulo, v.6, n. 2, p. 103-127, 1995.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; AMBROSIO, F. F. Apresentação. In: AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; AMBROSIO, F. F. (Orgs.). *Caderno Ser e Fazer. Trajetos do Sofrimento: Desenraizamento e Exclusão*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2002. p. 4-5.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; AMBROSIO, F. F. Imaginários coletivos como mundos transicionais. In: AIELLO-VAISBERG, T.; AMBROSIO, F. F. (Orgs.). *Cadernos Ser e Fazer: Imaginários Coletivos como Mundo Transicionais*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2006. p. 5-8.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; GRANATO, T. M. M. Tecendo a clínica em narrativas psicanalíticas. *Mudanças: psicoterapia e estudos psicossociais*, São Bernardo do Campo, v. 12, n. 2, p. 253-271, 2005.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; GRANATO, T. M. M. *Ser e Fazer*: na clínica winnicottiana da maternidade. Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2006. (Coleção Psi-actualidades).

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. Diagnóstico estrutural de personalidade em psicopatologia psicanalítica. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 29-48, 2000.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. Narrativas: o gesto do sonhador brincante. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DOS ESTADOS GERAIS DA PSICANÁLISE, IV, 2005, São Paulo. *Trabalhos do IV Encontro Latino Americano dos Estados Gerais da Psicanálise*. São Paulo: Estados Gerais da Psicanálise, 2005.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. Sofrimento humano e estudo da “eficácia terapêutica” de enquadres clínicos diferenciados. In: AIELLO-VAISBERG, T.; AMBROSIO, F. F. (Orgs.). *Cadernos Ser e Fazer*. Apresentação e Materialidade. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003. p. 6-35.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. Transicionalidade e ensino de psicopatologia: pensando “aulas práticas” com Winnicott. In: CATAFESTA, I. F. M. et al. *D. W. Winnicott na Universidade de São Paulo*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1996. p. 239-252.

AMBROSIO, F. F.; AIELLO-VAISBERG, T.M.J. Aspectos Destacados na Narrativa de Uma Experiência Psicanalítica. In: AIELLO-VAISBERG, T.; AMBROSIO, F. F. (Orgs.). *Cadernos Ser e Fazer*. Trajetos do Sofrimento: rupturas e (re)criações de sentido. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003. p. 105-113.

ANASTASI, A. *Testes psicológicos: teoria e aplicação*. 2. ed. São Paulo: EPU e EDUSP, 1975.

ANCONA-LOPEZ, M. Contexto geral do diagnóstico psicológico. In: TRINCA, W. *Diagnóstico Psicológico: a prática clínica*. São Paulo: EPU, 1984. (Temas Básicos de Psicologia; v. 10). p. 1-13.

ANCONA-LOPEZ, M. et al. *Psicodiagnóstico: processo de intervenção*. São Paulo: Cortez, 1995.

ANCONA-LOPEZ, M. Introduzindo o psicodiagnóstico grupal interventivo: uma história de negociações. In: ANCONA-LOPEZ, M. *Psicodiagnóstico: processo de intervenção*. São Paulo: Cortez, 1995. p. 65-114.

ANCONA-LOPEZ, S. Psicodiagnóstico: processo de intervenção? In: ANCONA-LOPEZ, M. *Psicodiagnóstico: processo de intervenção*. São Paulo: Cortez, 1995. p. 26-36.

ANDRADE, A. N.; MORATO, H. T. P. Para uma dimensão ética da prática psicológica em instituições. *Estud. psicol.*, Natal, v. 9, n. 2, p. 345-353, maio/ago. 2004.

AVELLAR, L. Z. *Jogando na análise de crianças: intervir-interpretar na abordagem winnicottiana*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BARBIERI, V. *A família e o Psicodiagnóstico como recursos terapêuticos no tratamento dos transtornos de conduta infantis*. 2002. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

BARBIERI, V. *Procedimento de Desenhos-Estórias no Psicodiagnóstico Interventivo: um estudo com crianças asmáticas e anti-sociais*. 2005. Projeto de pesquisa apresentado ao Departamento de Psicologia e Educação da FCL de Ribeirão Preto, USP. [digitado].

BARBIERI, V.; JACQUEMIN, A. Alcances e limites do psicodiagnóstico interventivo no tratamento de crianças anti-sociais. *Paidéia – Cadernos de Psicologia e Educação*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 153-167, maio/ago. 2004.

BARRETO, M. A. M. *Do vôo preciso: considerando o imaginário coletivo de adolescentes*. 197f. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia) - Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006.

BELLAK, L. The use o the TAT in psychoterapy. In: _____. *The TAT, CAT and SAT in clinical use*. New York: Grune & Stratton, 1974. Chap. VII, p. 143-152.

BENJAMIN, W. (1936). O narrador: Reflexões sobre a obra de Nicolai Leskov. In: BENJAMIM, W. *Sobre Arte, Técnica, Linguagem e Política*. Tradução de Maria Luz Moita, Maria Amélia Cruz e Manuel Alberto. Lisboa: Relógio D'Água, 1992. p. 27-57.

BLEGER, J. *Psicologia de la conducta*. Buenos Aires: Paidos, 1963.

_____. *Temas de Psicologia: Entrevista e Grupos*. São Paulo: Martins Fontes, 1973.

BORGES, T. W. *O Procedimento de Desenhos-Estórias como modalidade de intervenção nas consultas terapêuticas infantis*. 1998. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

CAMPS, C. I. C. M.; MEDEIROS, C.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Trabalho criativo: um herdeiro do brincar. In: AIELLO-VAISBERG, T.; AMBROSIO, F. F.

(Orgs.). *Cadernos Ser e Fazer: O Brincar*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2004. p. 50-57.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Mergulho na diversidade. Ciência e Profissão. *Diálogos*, ano 2, n. 3, p. 5, dez. 2005.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. Devolutiva: direito do cliente, dever do psicólogo. São Paulo. *Psi - Jornal de Psicologia*, n. 147, abr./jun. p. 1-24. 2006.

_____. I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública aponta para melhor qualificação do profissional. *Psi - Jornal de Psicologia*, São Paulo, n. 150, p. 1-24, jan./mar. 2007.

CUNHA, J. A. et al. *Psicodiagnóstico V. 5*. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

DIMENSTEIN, M. F. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 6, p. 57-63, jul./dez. 2001.

DONATELLI, A. *A compreensão da religiosidade do cliente no psicodiagnóstico interventivo fenomenológico-existencial*. 2005. 272 f. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

FERREIRA-TEIXEIRA, M. C. *Encontrando a criança adotiva: um passeio pelo imaginário coletivo de professores à luz da psicanálise*. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006.

FREUD, S. (1937). Análise Terminável e Interminável. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Tradução de J. Salomão.. Rio de Janeiro: Imago, 1972. v. 23, p. 239-287.

FURIGO, R.C.P.L. *Olhares sobre a vivência de formação clínica durante a graduação em psicologia: um estudo fenomenológico*. 2002. 255 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2002.

FURIGO, R.C.P.L. *Plantão psicológico: uma contribuição à Atenção Psicológica na Saúde*. 2006. 288 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006.

FRIEDENTHAL, H. Interrogatório, test de limites y señalamientos en el Test de Relaciones Objetales. In: VERTHELYI, R. F. de (Comp.). *El Test de Relaciones Objetales de H. Phillipson*. Buenos Aires: Nueva Vision, 1976. p. 61-95.

GOMES, I. C.; BRONSTEIN, M. Psicodiagnóstico como forma terapêutica: o uso da hora lúdica num caso de obesidade infantil grave. In: CONGRESSO NACIONAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE RORSCHACH E OUTROS MÉTODOS PROJETIVOS II, 2000, Porto Alegre. *Resumos e Programas: Sociedade Brasileira de Rorschach e Outros Métodos Projetivos*, 2000. p. 74.

GRANATO, T. M. M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Tecendo a pesquisa clínica em narrativas psicanalíticas. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 227-460, 2004.

GRANATO, T. M. M. *Tecendo a Clínica Winnicottiana da Maternidade em Narrativas Psicanalíticas*. 2004. 266 f. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2004.

HERRMANN, F. *Andaimos do Real*. São Paulo: EPU, 1979.

_____. Pesquisando com o método psicanalítico. In: HERRMANN, F.; LOWENKRON, T. *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 43-83.

KHAN, M. M. R. (1969). Vicissitudes do ser, do conhecer e do experimentar na situação terapêutica. In: _____. *Psicanálise: teoria, técnica e casos clínicos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1984. p. 247-265.

_____. Introdução. In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 10-54.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário da Psicanálise*. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

LESCOVAR, G. Z. As consultas terapêuticas e a psicanálise de D. W. Winnicott. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 21, n. 2, p. 43-6, maio/ago. 2004.

MANUAL DO ALUNO DE PSICOLOGIA. Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Assis. Assis: Ed. Unesp, 2007.

MARTINS, P. C. R. *O amante competente e outros campos: o imaginário coletivo de universitários sobre dificuldades sexuais masculinas*. 2007. 176 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2007.

MEDEIROS, C. Brincar, sonhar, ser: reflexões sobre intervenções não interpretativas em diferentes contextos clínicos. In: AIELLO-VAISBERG, T.; AMBROSIO, F. F. (Orgs.) *Cadernos Ser e Fazer: Trajetos do Sofrimento: rupturas e (re) criações de sentido*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003. p. 138-149.

MORETZSOHN, R. F. É possível avaliar? Ciência e Profissão. *Diálogos: Os dilemas da avaliação psicológica*. Revista do Conselho Federal de Psicologia, ano 2, n. 3, p. 15, dez. 2005.

MORGAN, C.; MURRAY, H. A. A method for investigating fantasies: the Thematic Apperception Test. *Archives of Neurology and Psychiatry*, v. 34, p. 289-306, 1935.

MOTTA, I. F. A função da supervisão psicanalítica na formação de psicoterapeutas. In: SIMON, R.; LEVINZON, G. K. (Orgs.). *Progressos em psicoterapia psicanalítica: dez anos, uma história*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. (Coleção prevenção e psicoterapia). p. 395-419.

NORONHA, A. P. P. Docentes de psicologia: formação profissional. *Estud. Psicol.*, Natal, v. 8, n. 1, p. 169-173, jan./abr. 2003.

OCAMPO, M. L.; ARZENO, M. E. G; PICCOLO, E. G. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

PAULO, M. S. L. Psicodiagnóstico Interventivo em Pacientes Adultos com Depressão. *Boletim de Psicologia*, vol.LVI, n. 125, p. 153-170, 2006.

PINHEIRO, O. Formação Defasada. *Psicologia: Ciência e Profissão. Diálogos: Saúde e Psicologia*, ano 3, n. 4, p. 14-16, dez. 2006. [Entrevista].

PINTO, E. B.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Psicanálise e Universidade: perspectivas. *Psicologia USP*, v. 2, n. 12, p. 137-145, 2001.

SAFRA, G. *Curando com histórias: a inclusão dos pais na consulta terapêutica das crianças*. São Paulo: Edições Sobornost, 2005. (Coleção pensamento clínico de Gilberto Safra).

SANTIAGO, M. D. E. Psicodiagnóstico: uma prática em crise ou uma prática na crise? In: ANCONA-LOPEZ, M. *Psicodiagnóstico: processo de intervenção*. São Paulo: Cortez, 1995. p. 9-25.

SANTOS, B. S. *Um discurso sobre as Ciências*. Porto: Edições Afrontamento, 1987.

SILVA, M. E. L. (Coord.) *Investigação e Psicanálise*. Campinas: Papyrus, 1993.

_____. Pensar em Psicanálise. In: SILVA, M. E. L. (Coord.). *Investigação e Psicanálise*. São Paulo: Papyrus, 1993. p. 11-25.

SILVA, V. M. O Aluno de Psicologia Frente ao Desafio do Estágio. (Orientador: Prof. Dr. José Sterza Justo). *Psicologia: Discência & Pesquisa - Revista de Iniciação Científica da FCL/UNESP*, Assis, p. 27-36, 1999.

SILVEIRA, A. R. I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública aponta para melhor qualificação do profissional. *Psi - Jornal de Psicologia*, São Paulo, n. 150, p. 8, jan./mar. 2007. [Entrevista].

SOUSA, V.D. *O Psicólogo e a Saúde Pública: uma leitura fenomenológica das vivências cotidianas de estagiários na Atenção Básica*. 2006. 207 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006.

SZYMANSKI, H.; CURY, V. E. A pesquisa intervenção em psicologia da educação e clínica: pesquisa e prática psicológica. *Estud. Psicol*, (Natal), v. 9, n. 2, p.355-364, maio/ago., 2004.

TACHIBANA, M. *Rabiscando desenhos-estórias: encontros terapêuticos com mulheres que sofreram aborto espontâneo*. 2006.167 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006.

TARDIVO, L.S.C. *Normas para avaliação do Procedimento de Desenhos-Estórias numa amostra de crianças paulistanas de 5 a 8 anos de idade*. 1985. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1985.

_____. Psicoterapia psicanalítica e a clínica hoje: o encontro possível entre psicólogos em formação, os pacientes e o supervisor. In: SIMON, R.; LEVINZON, G.K. (Orgs.). *Progressos em psicoterapia psicanalítica: dez anos, uma história*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. (Coleção prevenção e psicoterapia). p. 358-374.

TÁVORA, M. T. Um modelo de supervisão clínica na formação do estudante de psicologia: a experiência da UFC. *Psicol.estud.*, Maringá, v. 7, n. 1, p. 121-130, jan./jun. 2002.

TEIXEIRA, A. M. *Vida revirada: o acontecer humano diante da deficiência adquirida na fase adulta*. 2006. 79 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006.

TRAPÉ TRINCA, A. M. Ampliação Clínica. In: TRINCA, W. et al. *Formas de investigação clínica em Psicologia: procedimento de desenhos-estórias: procedimento de desenhos de família com estórias*. São Paulo: Vetor, 1997. p. 35-66.

_____. Notas sobre a supervisão do atendimento clínico. In: SIMON, R.; LEVINZON, G. K. (Orgs.). *Progressos em psicoterapia psicanalítica: dez anos, uma história*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. (Coleção prevenção e psicoterapia). p. 375-394.

TRINCA, W. Processo diagnóstico de tipo compreensivo. In: TRINCA, W. *Diagnóstico Psicológico: A Prática Clínica*. São Paulo: EPU. 1984, p. 14-24. (Temas Básicos de Psicologia).

_____. *Formas de investigação clínica em Psicologia: procedimentos de desenhos-estórias: procedimento de desenhos de família com estórias*. São Paulo: Vetor, 1997.

_____. *Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática*. Belo Horizonte: Interlivros, 1976.

_____. *O pensamento clínico em diagnóstico da personalidade*. Petrópolis: Vozes, 1983.

TRINCA, W.; TARDIVO, L. S. C. Desenvolvimentos do Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E). In: CUNHA, J. A. et al. *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 428-438.

VAN KOLCK, O. L. *Técnicas de exame psicológico e suas aplicações no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1974. 2 v.

VILLELA, E. M. B. A Formação do psicólogo e o atendimento a deficientes visuais e suas famílias no contexto de clínica-escola. 2007. 226 f. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

WINNICOTT, D. W. (1941). A observação de bebês numa situação padronizada. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 112-132.

_____. (1945). Desenvolvimento emocional primitivo. In: _____. Trad. Davy Bogomoletz. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 218-232.

_____. (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 316-331.

_____. (1954). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 374-392.

_____. (1956). A preocupação materna primária. In: _____. Trad. Davy Bogomoletz. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 399-405.

WINNICOTT, D. W. (1964-1968). O jogo do rabisco. In: WINNICOTT, C.; SHEPPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. p. 230-243.

_____. (1965). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: WINNICOTT, C.; SHEPPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). Trad. José Octavio de Aguiar Abreu. *Explorações psicanalíticas D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994a. p. 195-202.

_____. (1965). O valor da consulta terapêutica. In: WINNICOTT, C.; SHEPPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). Trad. José Octavio de Aguiar Abreu. *Explorações psicanalíticas D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994b. p. 244-247.

_____. (1965). *O ambiente e os processos de maturação*: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1983.

_____. (1967). A localização da experiência cultural. In: _____. *O brincar e a realidade*. Trad. de José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975a. p. 133-143.

_____. (1967). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: _____. *O brincar e a realidade*. Trad. de José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975b. p. 153-162.

_____. (1968). A comunicação entre o bebê e a mãe: convergências e divergências. In: _____. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. (1969). A criatividade e suas origens. In: WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Trad. de José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975a. p. 95-120.

_____. (1969). O uso de um objeto. In: _____. *O brincar e a realidade*. Trad. de José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975b. p. 121-131.

_____. (1971). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

_____. (1971). *O brincar e a realidade*. Trad. de José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro, Imago. 1975a.

_____. (1971). Sonhar, fantasiar e viver: uma história clínica que descreve uma dissociação primária. In: _____. *O brincar e a realidade*. Trad. José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975b. p. 45-58.

WINNICOTT, D. W. (1971) O brincar: uma exposição teórica. In: _____. *O brincar e a realidade*. Trad. José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro, Imago. 1975c. p. 59-77.

_____. (1971). O Brincar: A Atividade Criativa e a Busca do Eu (Self). In: _____. *O brincar e a realidade*. Trad. José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975d. p. 79-93.

ZASLAVSKY, J.; NUNES, M. L. T.; EIZIRIK, C. L. A supervisão psicanalítica: revisão e uma proposta de sistematização. *Revista de Psiquiatria*, Rio Grande do Sul, v. 25, n. 2, p. 297-309, 2003.

ANEXO I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dirigido aos sujeitos da pesquisa

Este termo diz respeito ao consentimento de duas partes envolvidas em um processo de pesquisa científica. De um lado, a pesquisadora Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro, aluna do Curso de Doutorado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, R.A. 04503926, residente na Rua José Carlos Cavina, no. 251 Jardim Canadá, Assis (SP), realizando a pesquisa intitulada *Transicionalidade e Uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema nas Primeiras Entrevistas Clínicas*, e de outro alunos de quarto e quinto anos do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras da Unesp/Assis, representando a outra parte envolvida como sujeitos de pesquisa psicanalítica.

Trata-se de investigação sobre a possibilidade do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, ao ser utilizado em primeiras entrevistas clínicas durante processo de psicodiagnóstico realizados com crianças, facilitar o estabelecimento de espaço potencial que possibilite comunicações verdadeiras entre o aluno/estagiário e os participantes do processo de diagnóstico.

Este Procedimento consiste na solicitação de um desenho temático em folha sulfite branca, seguindo a instrução: Peço-lhe que desenhe uma criança-problema. Terminado o desenho, solicita-se que o participante escreva, ou relate, uma história sobre o desenho elaborado, anotando no verso da folha. No caso do participante ter dificuldades para escrever, o aluno/estagiário deverá tomar nota da história relatada. As produções assim obtidas serão objeto de confecção de narrativas pelos alunos, então sujeitos desta pesquisa.

Espera-se desse modo produzir conhecimento científico que permita ampliar a compreensão sobre o espaço transicional, como facilitador de comunicações significativas entre as pessoas envolvidas nas primeiras entrevistas diagnósticas. Tal conhecimento pode vir a possibilitar que o próprio processo psicodiagnóstico já reverta em benefício terapêutico para os envolvidos neste processo, inclusive ao próprio aluno de psicologia que verá facilitado seu trabalho de comunicar-se com o seu paciente. Desta maneira, esta pesquisa

insere-se no grupo de supervisão pela autora desta pesquisa, também com a aplicação do método psicanalítico.

Espera-se deste modo produzir conhecimento que permita ampliar a compreensão sobre o espaço potencial/transicional, pensado pelo pediatra e psicanalista Donald W. Winnicott, como facilitador de verdadeiras manifestações de comunicações entre pessoas. Tal conhecimento pode vir a possibilitar que o próprio processo psicodiagnóstico reverta em benefício terapêutico para os envolvidos neste processo, inclusive para o aluno de psicologia. Desta maneira, esta pesquisa insere-se coerentemente no conjunto de trabalhos investigativos que vêm sendo desenvolvidos pelo Grupo de Pesquisa CNPq/PUC-CAMPINAS: Atenção Psicológica Clínica em Instituições: Prevenção e Intervenção.

As informações obtidas durante o trabalho, que deve compreender todo 1º. Semestre de 2007, serão confidenciais, e embora os dados possam ser divulgados em congressos, eventos e artigos científicos de circulação entre profissionais da área, o sigilo será preservado não identificando os participantes.

A participação nesta pesquisa é totalmente voluntária e informações adicionais podem ser solicitadas diretamente com a pesquisadora por meio dos telefones 18-3302-5884, 18-3302-5886, 18-3302-5888 e 18-3323-6055, e também pelo e-mail: diana@femanet.com.br. Este Projeto foi analisado pelo *Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Campinas* e o telefone de contato do mesmo é 19-3735-5910.

Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro

Eu, -----(nome completo do participante), declaro estar ciente dos métodos dessa pesquisa, assim como declaro minha participação voluntária nela, autorizando a inclusão de minha narrativa sobre o uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, no 'corpus' da investigação, respeitadas as condições de sigilo, privacidade e o direito de avaliar o material transcrito, nos termos descritos. Estou ciente de que poderei me retirar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum ônus para minha pessoa, e também dos termos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, do qual guardo uma cópia.

Assinatura

Data: __/__/__

Centro de Ciências da Vida

Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de
Campinas – Rua Marechal Deodoro, nº. 1099, Centro, Campinas, SP – CEP
13010-920. Telefone: (19)3735-5910.

ANEXO II

Carta de Autorização dirigida à Instituição

À Psicóloga XXXXXX

Responsável pela Coordenação das Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Assis (SP)

Apresento-me como psicóloga docente do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras da Unesp/Assis e aluna do Curso de Doutorado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, RA 04503926.

Nesse momento estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado *Transicionalidade e Uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema nas Primeiras Entrevistas Clínicas*, como parte das atribuições necessárias para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Esta pesquisa pretende investigar a possibilidade de maior eficácia clínica no atendimento ao sofrimento psíquico de crianças, pais e famílias, já na realização dos psicodiagnósticos em Unidades Básicas de Saúde. Nosso objetivo é utilizar o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, desenvolvido por Aiello-Vaisberg (1997) a partir do Desenhos-Estórias de Trinca (1972), como um recurso facilitador da expressão dos envolvidos no diagnóstico psicológico - inclusive o psicólogo - a favor do estabelecimento de um campo verdadeiramente dialógico. Verdadeiro aqui no sentido psicanalítico de ser ausente de críticas ou avaliações pré-determinadas.

Este campo dialógico pode ser considerado como significativo terapeuticamente, quando pensado à luz das contribuições de Donald W. Winnicott, especialmente acerca das consultas terapêuticas (1984). Esse autor

explorava integralmente as primeiras entrevistas psicológicas como um meio de avaliação e também de intervenção e ajuda psicológica. Nesse sentido a eficácia clínica terapêutica pode ser observada desde estes primeiros encontros diagnósticos, o que favorece todos os envolvidos nesse processo. Além do mais, a dicotomia existente entre o diagnóstico e a terapia psicológica perde seu sentido, facilitando o acolhimento da demanda infantil destas Unidades Básicas de Saúde.

Para tanto, venho requerer a sua colaboração no sentido de permitir que eu analise os Procedimentos de Desenhos-Estórias com Tema utilizado com crianças que venham encaminhadas, das mais variadas maneiras, para avaliação psicológica nas Unidades Básicas de Saúde, já atendidas inicialmente por estagiários sob minha responsabilidade. Essas crianças realizam procedimento psicodiagnóstico, mas serão os estagiários os sujeitos da pesquisa, na medida em que as narrativas psicanalíticas que confeccionarão que serão objeto de pesquisa.

O período de realização deste trabalho deve compreender todo o 1º semestre de 2007, podendo iniciar-se em fevereiro, após apreciação do projeto de pesquisa por *Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Campinas cujo telefone de contato é 19-3735.5910.*

Os procedimentos empregados com as crianças incluirão materiais lúdicos ou outros recursos psicológicos aprovados pelo Conselho Federal de Psicologia. Todo material necessário para o processo diagnóstico com crianças será disponibilizado pela pesquisadora. O horário de realização dos psicodiagnósticos nas Unidades Básicas de Saúde será previamente combinado com a Coordenação das mesmas, assim com a sala a ser utilizada para essa finalidade.

As informações obtidas durante o trabalho serão confidenciais, e embora os dados possam vir a ser divulgados em congressos, eventos e artigos científicos de circulação restrita entre profissionais da área, o sigilo ético será preservado não identificando os participantes.

Caso Vossa Senhoria aceite participar deste trabalho nos termos aqui propostos, solicito que assine o Termo de Autorização em anexo.

Informações adicionais sobre esta pesquisa podem ser solicitadas diretamente comigo por meio dos telefones abaixo mencionados e também pelo e-mail: diana@femanet.com.br.

Certa de que este trabalho resultará em benefícios tanto para as crianças atendidas nas Unidades Básicas de Saúde, quanto para os profissionais que atuam com psicologia clínica infantil, agradeço desde já sua atenção.

Cordialmente,

Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro
Aluna-PUC-Campinas-RA: 04503926
Prof^a. Assist. – Depto. de Psicologia Clínica
FCL – UNESP/ASSIS
Telefones: 018.3302-5884
018.3302-5886
018.3302-5888
018.3323-6055

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da pesquisa desenvolvida pela Professora Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro. Declaro estar ciente das informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dirigido à Secretaria Municipal de Saúde de Assis (SP), do qual guardo uma cópia.

Coordenadora das Unidades Básicas de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Assis (SP)

Data: ___/___/___

Anexo III

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dirigido aos pais ou responsáveis pela criança em processo psicodiagnóstico para que autorizem sua participação e de seus filhos

Senhores pais,

Apresento-me como psicóloga, aluna do Curso de Doutorado em Psicologia da PUC-Campinas, e docente do curso de Psicologia da UNESP/ASSIS. Neste momento estou desenvolvendo uma pesquisa sobre um procedimento utilizado no atendimento a crianças que necessitam de atenção psicológica, chamado Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema que é aplicado nos atendimentos com finalidade diagnóstica nas Unidades Básicas de Saúde de Assis/SP.

Trata-se de uma pesquisa sobre a possibilidade deste Procedimento facilitar a comunicação nas primeiras entrevistas psicológicas que serão realizadas nestas Unidades de Saúde entre vocês, pais, seus filhos e o aluno/estagiário de psicologia que irá atendê-los. Este Procedimento já é usualmente utilizado nos psicodiagnósticos realizados por estagiários supervisionados por nós, entretanto estudaremos a facilitação ou não da comunicação a partir dos relatos que os alunos/estagiários farão, neste ano de 2007, do uso deste procedimento nas entrevistas com vocês e seus filhos.

O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema consiste no pedido de um desenho com um tema especial em uma folha em branco, seguindo a instrução: Peço-lhe que desenhe uma criança-problema. Terminado o desenho solicita-se que escreva, ou relate, uma história sobre o desenho feito. O aluno/estagiário poderá tomar nota da história no verso da folha. Estes desenhos, com suas histórias, serão analisados pelos alunos que escreverão um texto narrando o que pensaram a partir dos mesmos.

Para realizarmos esta pesquisa, como seu filho passará por procedimento psicodiagnóstico nesta Unidade Básica de Saúde, venho por meio desta solicitar a sua colaboração, autorizando a participação dele(a) e de vocês, pais, neste estudo. Sua participação se dará através da assinatura deste termo de

Consentimento e da realização do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema. Afirmamos que esta participação é voluntária, sendo que a recusa em participar ou a desistência ao longo do trabalho não implicam em qualquer tipo de penalidade e não influenciará no psicodiagnóstico de seu filho (a). Ainda, o (a) seu (sua) filho (a) também será consultado quanto ao desejo de participar do trabalho, e a sua opinião, respeitada.

Todas as informações obtidas durante o trabalho são de caráter confidencial, e embora os dados possam ser divulgados em congressos e artigos científicos de circulação restrita entre os profissionais da área, haverá alteração da identificação dos participantes, de modo a preservar o sigilo ético.

Gostaria de deixar claro que vocês podem pedir informações adicionais através dos telefones abaixo relacionados, diretamente comigo. Caso concordem em participar, solicito que assinem o termo de autorização em anexo. Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética da PUC-Campinas, cujo telefone para contato é (19)3735-5910. Sem mais para o momento, agradeço e coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Prof^a. Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro

Departamento de Psicologia Clínica da UNESP/ASSIS

Aluna do Curso de Pós-graduação da PUC-Campinas-RA:04503926

Telefones: (18) 3302-5884

(18) 3302-5888

(18) 3303-5886

AUTORIZAÇÃO

Concordo em participar da pesquisa desenvolvida pela Prof^a. Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro e também autorizo a participação de meu (minha) filho (a) _____ nela. Declaro estar ciente das informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, do qual guardo uma cópia.

Pai ou responsável pela criança

Mãe ou responsável pela criança

Data: __/__/____.

ANEXO IV

Termo de responsabilidade da pesquisadora

Este termo refere-se à responsabilidade assumida por processo de pesquisa científica pelo qual é autora a pesquisadora Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro, aluna do Curso de Doutorado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, R.A. 04503926, R.G. 6.994.765, residente à Rua José Carlos Cavina, 251, Assis-SP, telefone 018.3323-6055. Esta é também especialista em Psicologia Clínica, registro no CRP/06, Processo no. 4604/01, desde 17 de agosto de 2002, e Professora Assistente junto ao Departamento de Psicologia Clínica da Faculdade de Ciências e Letras da Unesp/Assis, Identidade Funcional no. 015/99. Trata-se de uma pesquisa clínica psicanalítica, a realizar-se sob orientação da Professora Livre Docente Tânia Maria José Aiello Vaisberg, intitulada *Transicionalidade e Uso de Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema nas Primeiras Entrevistas Clínicas*, que se concretizará por meio do uso de procedimentos psicodiagnósticos que podem favorecer o atendimento psicológico a crianças usuárias de Unidades Básicas de Saúde de um município do interior do estado de São Paulo.

Do ponto de vista metodológico, a pesquisa consiste na introdução do uso de um recurso facilitador da comunicação emocional, conhecido como Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, que tem sido utilizado em vários trabalhos na Universidade de São Paulo, da Professora Livre Docente Tânia Maria José Aiello Vaisberg. Consiste este procedimento na solicitação do desenho de uma criança problema, bem como na invenção de uma história sobre a figura desenhada, a ser escrita no verso da folha. A análise das produções é feita de acordo com o método interpretativo psicanalítico. O anonimato dos participantes será mantido, sendo impossibilitada sua identificação e garantido o sigilo quanto a dados confidenciais, obedecendo à legislação profissional sob orientação do Conselho Federal de Psicologia, de acordo com o Código de Ética vigente a partir de 27 de agosto de 2005.

Vale salientar que é clinicamente consagrado o uso de diferentes procedimentos durante o processo psicodiagnóstico, tais como, testes psicológicos projetivos e/ou psicométricos, diferentes entrevistas clínicas e

também procedimentos expressivos. O psicodiagnóstico seguirá o padrão habitual, sendo o atendimento realizado de acordo com o que já é usual na psicologia clínica. Na verdade, este trabalho pretende fazer uso do material clínico analisado por alunos/estagiários de psicologia, que serão os sujeitos da pesquisa, sem intervir no atendimento que é preconizado pela rede pública de saúde.

Eu, Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro, declaro minha responsabilidade em relação aos objetivos e métodos dessa pesquisa, assim como declaro que mantereí sigilo quanto a dados confidenciais e quanto à identidade dos participantes, mesmo em prejuízo desta investigação. Declaro ainda que já sou responsável pelos procedimentos clínicos, especificamente os psicodiagnósticos realizados com crianças na rede pública de saúde municipal, que serão objeto de procedimentos de pesquisa através das narrativas psicanalíticas efetuadas pelos estagiários, alunos de psicologia.

Assinatura

data: / /

ANEXO V

PROJETOS DESENVOLVIDOS NO CPPA

Departamento: Psicologia Clínica

Projeto: Clínica psicanalítica com crianças: psicoterapia e enquadres diferenciados.

Docente responsável: Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro

Alunos envolvidos: (Observação: Os nomes dos alunos foram excluídos por questões éticas da não exposição destes).

Horas/atividade: Todos os alunos realizam 4hs semanais, no mínimo, por semana, em supervisão; realizam duas sessões semanais de atendimento psicoterápico, totalizando 10h semanais de atividades e 10 alunos atuam por 4hs semanais nas Unidades Básicas de Saúde. (Observação: após a apresentação deste Projeto, houve uma alteração, a pedido da Secretaria de Saúde, representada pela Coordenadora de Programa de Saúde da Família - PSF- e Unidade Básica de Saúde - UBS. Foi então incluído também o PSF como local da realização de estágio). Os alunos dispendem 4h semanais nas visitas domiciliares que realizam no âmbito do PSF.

Horas/supervisão: A supervisão teórico-clínica ocorre semanalmente, em grupo no Departamento de Psicologia Clínica as quintas e sextas-feiras, no período da manhã, com início às 8h30 min, podendo se estender até às 14h.

Horário e Local de realização do projeto: Local: Seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Programa de Saúde da Família (PSF) da Vila Prudenciana - localizados na cidade de Assis (SP). Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada (Clínica-escola) - UNESP/ASSIS.

Horário: Os alunos que realizam atividades nas UBS e/ou PSF o fazem em horários diferentes, durante o dia e todos atendem em psicoterapia no CPPA, também em horários diversos, incluindo o período noturno.

População a ser atendida: Cada estagiário deverá atender, no mínimo, um paciente em processo psicoterápico no CPPA e os que atuam nas UBS atendem a demanda infantil que é agendada semanalmente. No PSF, realizam visitas domiciliares, previamente agendadas com famílias da área de abrangência do PSF, através dos agentes de saúde. A faixa etária atendida compreende de 0 a 12 anos; pais com idade indeterminada.

Natureza do Projeto: Curricular.

Objetivo geral: Intervir, estudar e pesquisar a clínica psicanalítica com crianças.

Objetivos específicos: a) oferecer aos alunos a possibilidade da prática clínica com crianças na Clínica Escola e em Instituições de Saúde Pública; b) pesquisar enquadres clínicos diferenciados na clínica infantil a partir do pensamento winnicottiano.

Principais atividades a serem desenvolvidas: Estudos teóricos relativos à infância; triagem e/ou psicodiagnóstico, se necessário; atendimento individual e/ou grupal com crianças e/ou seus pais ou responsáveis; visitas domiciliares, denominadas por nós de “Consultas terapêuticas individuais”; projetos junto à comunidade, a partir das demandas institucionais relativas à infância; seminários clínicos; e supervisão teórico-clínica semanal..

Metodologia de avaliação do projeto: Os alunos participantes do projeto serão avaliados através da frequência e participação nas supervisões, leitura dos textos obrigatórios, qualidade e frequência aos atendimentos e elaboração de relatórios de estágio. O projeto em si foi avaliado pelo Departamento de Psicologia Clínica, no qual foi aprovado.

IMPORTANTE: A população atendida no CPPA poderá ser triada pelos próprios alunos nas Unidades Básicas de Saúde.

Outras informações que julgar necessário:

1- O material necessário para a realização destes atendimentos psicológicos deverá ser fornecido pelo CPPA e constam de materiais de testes e brinquedos para realização de Hora de Jogo Diagnóstica. O procedimento para o uso deste material já é do conhecimento dos funcionários desde anos anteriores, sendo já estabelecido um procedimento padrão.

2- O nome dos alunos participantes deste projeto já foi fornecido aos funcionários do CPPA.

3- Nas UBS é oferecido espaço físico para atendimentos, mas não há disponibilidade de materiais, somente àqueles referentes a encaminhamentos padrão na Saúde Pública.

4- Este projeto encontra-se em execução desde fevereiro de 2007.

Data e assinatura:

ANEXO VI

Bibliografia Básica do Estágio Curricular

ABERASTURY, A. *Psicanálise da criança*. Teoria e Técnica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

AIELLO-VAISBERG, T.M.J. *Ser e Fazer*: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana. Aparecida (SP): Idéias e Letras, 2004.

AVELLAR, L.Z. *Jogando na análise de crianças: Intervir-Interpretar na abordagem winnicottiana*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

DUARTE, I.; BORNHOLDT, I.; CASTRO, M.G.K. *A prática da psicoterapia infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

SOIFER, R. *Psiquiatria Infantil Operativa*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. *Explorações Psicanalíticas: D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

WINNICOTT, D.W. *Da Pediatria à Psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D.W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1971.

WINNICOTT, D.W. *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1984.

ANEXO VII

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES DO ESTÁGIO EM FEVEREIRO/MARÇO DE 2007

Dia 05/02/07 – 14h às 16h30min

Supervisão teórica com introdução a: triagem, psicodiagnóstico e psicoterapia psicanalítica. Indicação de bibliografia do estágio.

Definição acerca das UBS, sobre qual aluno irá em cada UBS e sobre dias e horários desta atividade. Definição sobre PSF: dias e horários das Visitas Domiciliares. Definição das duplas de alunos para as visitas. As visitas se realizam em duplas com acompanhamento, para apresentação às famílias visitadas, do agente de saúde comunitário.

Dia 06/02/07 – 14h às 16h20min

Supervisão teórica com discussão sobre “A teoria de Winnicott sobre o processo de amadurecimento”, embasada na bibliografia indicada.

Dia 07/02/07 –

Manhã

Ida às UBS para apresentação de alguns estagiários aos Coordenadores e outros profissionais da Instituição.

Dia 08/02/07 –

Manhã: 08h30min às 11h

Supervisão teórica com discussão sobre: transferência, contratransferência, *setting* e manejo, de acordo com bibliografia indicada.

Tarde

Ida às UBS para apresentação de alguns estagiários aos Coordenadores e outros profissionais da instituição.

Dia 09/02/07 –**Tarde**

Ida a uma UBS para apresentação de estagiário ao Coordenador e outros profissionais da instituição.

Dia 13/02/07 –**Manhã**

Ida às UBS para apresentação de alguns estagiários aos Coordenadores e outros profissionais da instituição.

Tarde: 14h às 17h15min

Supervisão a tarde para explicação do funcionamento das UBS (preenchimento de fichas) e exposição pormenorizada do processo de psicodiagnóstico (primeira entrevista; possíveis entrevistas subseqüentes na escola, Conselho Tutelar, entre outras; anamnese; Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema; testes projetivos).

Explicação sobre o uso do Procedimento para o objetivo da tese.

Discussão sobre os casos em psicoterapia realizados no Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada – Clínica-escola, em continuidade e sob responsabilidade dos estagiários “veteranos”, já pertencentes ao nosso Núcleo de Estágio desde 2006.

Dia 26/02/07 –**Manhã**

Ida às UBS para apresentação de alguns estagiários aos Coordenadores e outros profissionais da instituição.

Tarde: 14h às 16h

Curso do GEAI: Normas de Funcionamento do CPPA

Dia 27/02/07 –

Manhã: 09h00min às 11h00min

Curso do GEAI: Triagem na Clínica-escola e em saúde pública.

Tarde: Ida ao PSF da Vila Prudenciana para apresentação dos estagiários ao Coordenador, Agentes de Saúde, Enfermeira e Médica. Definição dos Agentes que acompanharão os alunos no início das Visitas.

Dia 28/02/07 –

Manhã: 08h30min às 11h

Curso do GEAI: Apresentação das Escolas de Psicanálise.

Tarde

Ida às UBS para apresentação de alguns estagiários aos Coordenadores e outros profissionais da instituição.

Dia 01/03/07 – INÍCIO DO ESTÁGIO NAS INSTITUIÇÕES

Manhã: 08h30min às 11h30min

Discussão teórico-prática sobre três casos da UBS para exemplificar o trabalho a ser realizado nesta instituição.

Discussão sobre o atendimento a grupo de familiares no PSF e também sobre as visitas domiciliares. Definição de um grupo com horário fixo semanal para acolher demanda espontânea de pais ou responsáveis por crianças com demanda para psicologia clínica. Definição deste grupo como “Grupo de Apoio à Criança” e sobre distribuição de cartazes sobre a oferta deste serviço, no PSF e em pontos estratégicos da comunidade de abrangência geográfica do PSF (escolas, igrejas, UBS).

Dia 08/03/07 –

Manhã: 08h30min às 11h30min

Continuidade das discussões sobre casos da UBS e sobre o PSF.

Continuidade da explicação sobre o uso do Procedimento de Desenho-Estória com Tema e da entrevista com a criança - Hora de Jogo Diagnóstica.

Solicitação de leitura e assinatura, caso o aluno/estagiário concorde, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Sujeitos da Pesquisa.

Exposição de modelos de relatório de psicodiagnóstico.

Dia 15/03/07 –

Manhã: 08h30min às 12h15min

Discussões sobre as narrativas dos estagiários acerca das experiências iniciais nas UBS, PSF e CPPA.

Dia 26/03/07 –

Manhã: 08h30min às 14h

Discussões sobre as narrativas dos estagiários acerca das experiências iniciais nas UBS, PSF e CPPA.

29/03/07

Início das supervisões regulares, as quintas e sextas-feiras pela manhã, na Sala de Supervisão do Departamento de Psicologia Clínica. A rotina de supervisão estabelecida é: primeiro há relatos do PSF, após há relatos da UBS e, por fim, os relatos das sessões das psicoterapias.

ANEXO VIII

Síntese da Estrutura Curricular – “Informações sobre o Curso”

Informações sobre o curso

11 – INFORMAÇÕES SOBRE O CURSO

11.1. O CURSO DE PSICOLOGIA

O Curso de Psicologia de Assis foi criado em 1966, com a intenção de incluir Bacharelado, Licenciatura e formação de Psicólogos. Entretanto, a ausência de um quadro estável de docentes especializados, de instalações adequadas e verbas suficientes, adiou a criação da formação de Psicólogos até 1973.

As instalações para laboratórios e Biotério datam já de 1966 e em 1969 instalou-se o Centro de Psicologia Aplicada (C.P.A.).

O Decreto nº 68.185 de 09 de fevereiro de 1971 reconheceu o Curso de Psicologia da, então, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Assis.

Através da Lei Estadual nº 952 de 30 de janeiro de 1976, a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Assis, como Instituto Isolado, perde personalidade jurídica de Autarquia e passa a integrar a Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como Instituto de Letras, Psicologia e História.

A partir de 1989 o câmpus de Assis recebe a denominação atual de Faculdade de Ciências e Letras.

Inicialmente, o Curso de Psicologia era constituído por apenas um Departamento; em momentos posteriores desdobrou-se em dois Departamentos (Psicologia Clínica e Psicologia Geral) e finalmente em três Departamentos: Psicologia Clínica, Psicologia Evolutiva, Social e Escolar e Psicologia Experimental e do Trabalho. Esta é a atual organização do curso.

A partir de 1989 foram criados na UNESP, os Conselhos de Curso com objetivos de estabelecer, acompanhar e avaliar os Projetos Pedagógicos dos Cursos de Graduação.

De acordo com Fusari¹ *“O Projeto representa um conjunto de decisões de um grupo de pessoal. Ele deve ser fruto de um processo no qual a representatividade é considerada fundamental, pois, no caso da universidade ele contém, em essência, o perfil do profissional a ser formado num determinado curso de Graduação e também a trajetória - o caminho - a ser percorrido pelo aluno no curso, na universidade.*

¹ FUSARI, J.C. “O Projeto Político-Pedagógico nos Cursos de Graduação” in: Anais do III Circuito PROGRAD. SP: Pró-Reitoria de Graduação, UNESP, 1995

Informações sobre o curso

Referimo-nos, portanto, ao documento que traz explicitados os compromissos públicos do curso com a formação de um tipo de profissional que, no mercado de trabalho, negociará sua competência, como componente integrante de sua cidadania” .(p. 102-103)

A partir de discussões e debates no curso, bem como de permanente contato com os Conselhos Federal e Regional de Psicologia, em 1992 definiu-se o “perfil do profissional a ser formado”:

1. *“O profissional deve ser possuidor de uma consciência política de cidadania, da qual resulte um compromisso com a realidade social no sentido de promover a qualidade de vida”;*
2. *“O profissional deve possuir capacidade de iniciativa e de autonomia para produzir novos conhecimentos e novas práticas, através de atitudes críticas, investigativas e criativas”;*
3. *“A ação profissional cotidiana deve basear-se em princípios éticos, contemplar a interdisciplinariedade e ser marcada por uma concepção de homem onde este seja compreendido em sua integralidade e na dinâmica de suas condições concretas de existência”.*

Embora, tanto o Projeto Pedagógico do curso de Psicologia, como “perfil” devem ser elementos dinâmicos, postos em permanente avaliação e discussão, considerando-se que todas as atividades desenvolvidas no Curso de Psicologia devam convergir para que os psicólogos aqui formados sejam profissionais competentes cuja capacidade crítico-reflexiva os permita elaborar o conhecimento já construído; cuja criatividade e curiosidade intelectual os permita produzir eticamente novos conhecimentos; cujas práticas os comprometam socialmente com os problemas de seu tempo, fazendo valer - através do exercício de sua cidadania - o direito à qualidade de vida e à cidadania de seus contemporâneos.

11.2. ESTRUTURA CURRICULAR

A Resolução UNESP n° 50 de 22/09/86, alterada pela Resolução UNESP n° 63 de 17/11/98, estabelece a atual estrutura curricular que, em síntese, apresenta o seguinte:

- a) O currículo pleno do Curso de Psicologia é integrado por matérias e disciplinas obrigatórias e optativas comuns ao Bacharelado, à Licenciatura e à Formação de Psicólogos; por matérias e disciplinas específicas da Licenciatura; por matérias e disciplinas específicas da Formação de Psicólogos e estágio supervisionado obrigatório.
- b) Para a obtenção do grau de **Bacharel** em Psicologia, o aluno deverá cursar as matérias e disciplinas obrigatórias e optativas comuns ao Bacharelado, à Licenciatura e à Formação de Psicólogo; o **número mínimo** de créditos a ser integralizado no Bacharelado será de **216**.

Informações sobre o curso

- c) Para a obtenção do grau de **Licenciado** em Psicologia, o aluno deverá cursar as matérias e disciplinas obrigatórias e optativas comuns ao Bacharelado, à Licenciatura e à Formação de Psicólogos e mais as matérias e disciplinas **específicas** da Licenciatura; o **número mínimo** de créditos a ser integralizado na Licenciatura será de **247** para os alunos que ingressaram antes de 1997 e **254** para os ingressantes a partir de 1997.

O aluno do Bacharelado e da Licenciatura deverá integralizar 6 (seis) créditos em disciplinas optativas comuns ao Bacharelado, à Licenciatura e à Formação de Psicólogos.

- d) Para a obtenção do grau de **Psicólogo**, o aluno deverá cursar as matérias e disciplinas obrigatórias e optativas comuns ao Bacharelado, à Licenciatura e à Formação de Psicólogos mais as matérias e disciplinas obrigatórias e optativas **específicas** da Formação de Psicólogo, bem como realizar **estágio supervisionado** obrigatório; o **número mínimo** de créditos a ser integralizado pelo aluno para a obtenção do diploma de Psicólogo será de **297**.

O aluno da Formação de Psicólogos deverá integralizar 32 (trinta e dois) créditos em disciplinas optativas específicas dessa Habilitação, além dos 6 (seis) créditos cumpridos em disciplinas optativas comuns ao Bacharelado, à Licenciatura e à Formação de Psicólogo.

Ao estágio supervisionado de caráter obrigatório, **específico** da Formação de Psicólogo, o **número mínimo** de créditos será de **33**.

- e) A Prática de Ensino será desenvolvida sob a forma de estágio supervisionado.
- f) A matrícula será efetuada por disciplina ou conjunto de disciplinas obedecendo os pré e co-requisitos estabelecidos pela Congregação.
- g) O **número máximo de créditos** a ser cumprido pelo aluno em cada período foi estabelecido pela Congregação em **72 créditos**. O limite máximo de créditos a ser cumprido pelo aluno do 3º ano do Curso de Psicologia que optar pela licenciatura poderá ser acrescido de 7 créditos, para que o interessado possa cursar a disciplina Prática de Ensino de Psicologia e Estágio Supervisionado.

"Crédito é a unidade que corresponde a um volume de atividades programadas para serem desenvolvidas pelo corpo discente em um período de tempo específico"

1 crédito = 15 horas/aula

Informações sobre o curso

11.2.1. Bacharelado em Psicologia

a) Disciplinas obrigatórias: 210 créditos

- Filosofia
- Fundamentos de Economia Política
- Sociologia
- Antropologia
- Biologia
- Fisiologia
- Neurofisiologia
- Estatística I
- Estatística II
- Psicologia Geral
- Psicologia do Desenvolvimento
- Psicologia da Aprendizagem
- Técnicas de Observação e Entrevista
- Psicologia Experimental
- Psicologia Social
- Técnicas de Exame e Aconselhamento Psicológico I
- Técnicas de Exame e Aconselhamento Psicológico II
- Psicologia da Personalidade
- Psicologia Comunitária
- Teorias e Sistemas em Psicologia
- Psicologia Educacional
- Psicologia Comparativa
- Técnicas Projetivas
- Dinâmica de Grupo e Relações Humanas
- Psicologia Organizacional
- Psicologia do Escolar e Problemas da Aprendizagem
- Psicopatologia Geral
- Ética Profissional

b) Disciplinas optativas: 06 créditos (o aluno deverá optar por uma dentre as disciplinas oferecidas)

- Formação e Desenvolvimento do Pensamento e da Linguagem
- Psicologia, Instituições e a Realidade Brasileira

Para a conclusão do **Bacharelado** o prazo mínimo é de 4 (quatro) anos e o prazo máximo é de 7 (sete) anos.

11.2.2. Licenciatura em Psicologia

Para obter o grau de **Licenciatura em Psicologia** o aluno deverá cursar todas as disciplinas do **Bacharelado e mais** as seguintes, completando **mais 31** (trinta e um) **créditos** (para os alunos que ingressaram antes de 1997) e **38** (trinta e oito) **créditos** (para os alunos que ingressaram a partir de 1997):

- Estrutura e Funcionamento do Ensino de 1º e 2º Graus **ou** Estrutura e Funcionamento do Ensino Fundamental e Médio
- Didática
- Prática de Ensino em Psicologia e Estágio Supervisionado

11.2.3. Formação de Psicólogo

Para obter o grau de **Psicólogo**, o aluno deverá cursar todas as disciplinas referentes ao **Bacharelado e mais** as seguintes obrigatórias e optativas, completando assim mais 48 créditos, **além** dos estágios (**33 créditos**).

a) disciplinas obrigatórias: 16 créditos

- Teorias e Técnicas Psicoterápicas
- Seleção e Orientação Profissional

b) disciplinas optativas: 32 créditos (o aluno deverá optar por 4 (quatro) dentre as disciplinas oferecidas)

- Intervenções Clínicas com Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais
- Proc. de Trab. e Saúde do Trabalhador
- Atenção Psicossocial na Saúde Coletiva
- Psicoterapias Infantis
- Terapia Familiar
- Psicologia do Trabalho: Métodos e Técnicas
- Orientação Vocacional

Para a conclusão da **Formação de Psicólogo** o prazo mínimo é de 5 (cinco) anos e o prazo máximo de 9 (nove) anos.

11.3. SISTEMA DE PRÉ-REQUISITOS:

| DISCIPLINAS OBRIGATÓRIAS | PRÉ-REQUISITOS |
|--|-----------------------------|
| Dinâmica de Grupo e Rel. Humanas | Psicologia Social |
| Estatística II | Estatística I |
| Neurofisiologia | Fisiologia |
| Psic. Escolar e Probl. De Aprendizagem | Psicologia Educacional |
| Psicologia Comunitária | Psicologia Social |
| Psicologia Educacional | Sociologia |
| Psicopatologia Geral | Psicologia da Personalidade |

Informações sobre o curso

| Seleção e Orientação Profissional | Téc. de Exame e Acons. Psicol. II |
|--|---|
| Téc. de Exame e Acons. Psicol. I | Psicologia do Desenvolvimento Estatística I |
| Téc. de Exame e Acons. Psicol. II | Psicologia da Personalidade |
| Técnicas Projetivas | Psicologia da Personalidade |
| Teorias e Técnicas Psicoterápicas | Psicologia da Personalidade |
| Treinamento e Desenvolvimento de Recursos Humanos | Psicologia Organizacional Dinâmica de Grupo e Relações Humanas |
| DISCIPLINAS OPTATIVAS | PRÉ-REQUISITOS |
| Intervenções Clínicas com Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais | Neurofisiologia |
| Proc. de Trab. e Saúde do Trabalhador | Psicologia Organizacional |
| Atenção Psicossocial na Saúde Coletiva | ---- |
| Psicoterapias Infantis | Psicologia da Personalidade |
| Terapia Familiar | Psicologia do Desenvolvimento Psicologia da Personalidade Teorias e Técnicas Psicoterápicas |
| Psicologia do Trabalho: Métodos e Técnicas | Psicologia Organizacional |
| Orientação Vocacional | Téc. De Exame e Acons. Psicol. II |

OBS.: Embora as disciplinas obrigatórias da Licenciatura não estejam incluídas no Sistema de Pré-requisitos, a orientação é que o aluno, ao cursá-las, respeite a **seqüência pedagógica** conforme consta da seriação ideal proposta, ou seja: o aluno deverá cursar as disciplinas Didática e Prática de Ensino somente depois de cursar a de Estrutura e Funcionamento de Ensino de 1º e 2º graus **ou** Estrutura e Funcionamento do Ensino Fundamental e Médio. Quanto à Didática e Prática de Ensino, elas poderão ser cursadas concomitantemente.

11.4. SERIAÇÃO IDEAL E NÚMERO MÁXIMO DE CRÉDITOS POR SÉRIE

Desde 1992, o Curso de Psicologia vem se organizando a partir do documento "**Proposta de orientação para o funcionamento do curso de Psicologia**", amplamente discutido e aprovado pelos três Conselhos Departamentais e pela Congregação. Este documento procurou atender às necessidades e interesses expressos nas reuniões de avaliação de Curso desde 1990 e reflete estudos principalmente quanto à "sobrecarga de atividades" que vinha dificultando a vida acadêmica do aluno.

Verificamos que a "sobrecarga de atividades" estava residindo no fato de que - embora houvesse um número oficial de créditos a serem cumpridos em cada série ideal - o aluno vinha "puxando" as disciplinas de Licenciatura, cujos créditos não se incluíam no total anual. Essa distorção estava acarretando ao aluno, uma carga horária semanal de, aproximadamente, 45 horas/aulas o que o levava a cumprir os estágios e as supervisões dentro dos horários de aula; inviabilizava-se, assim, tanto a assistência às aulas de diferentes disciplinas, quanto os períodos necessários para leituras de textos, preparo de trabalhos, etc.

Informações sobre o curso

A referida "**Proposta...**" além de organizar as disciplinas em uma **seriação**, permite que o aluno **opte** por cursar ou não cursar as disciplinas de Licenciatura (ou mesmo fazê-las em um outro momento); abre, ainda, "janelas" nos horários para os estágios e as supervisões.

Assim, de acordo com os quadros que apresentamos a seguir, você poderá orientar-se e organizar sua vida acadêmica sem sobrecargar e sem ultrapassar o limite máximo permitido de **72 créditos anuais**.

Obs.: O limite máximo de créditos a ser cumprido pelo aluno no 3º ano do Curso de Psicologia, que optar pela licenciatura, poderá ser acrescido de 7 créditos, para que o interessado possa cursar a disciplina Prática de Ensino de Psicologia e Estágio Supervisionado.

10.4.1. Seriação ideal

| DISCIPLINAS | CRÉDITOS |
|----------------------------------|-----------|
| 1º ANO | |
| Filosofia | 06 |
| Fundamentos de Economia Política | 06 |
| Biologia | 08 |
| Estatística I | 08 |
| Fisiologia | 08 |
| Psicologia Geral | 08 |
| Psicologia do Desenvolvimento | 08 |
| Psicologia da Aprendizagem | 08 |
| TOTAL | 60 |

| DISCIPLINAS | CRÉDITOS |
|---|-----------|
| 2º ANO | |
| Técnicas de Obs.e Entrevista | 08 |
| Neurofisiologia | 08 |
| Estatística II | 06 |
| Sociologia | 06 |
| Psicologia Experimental | 08 |
| Psicologia Social | 08 |
| T.E.A.P. I | 08 |
| Psicologia da Personalidade | 10 |
| * Estrutura e Funcionamento do Ensino Fundamental e Médio | 08 |
| TOTAL | 70 |

| DISCIPLINAS | CRÉDITOS |
|--|-----------|
| 3º ANO | |
| T.E.A.P. II | 08 |
| Teorias e Sistemas em Psicologia | 06 |
| Psicologia Comunitária | 08 |
| Psicologia Educacional | 06 |
| Antropologia | 06 |
| Psicologia Comparativa | 08 |
| Optativa | 06 |
| * Didática | 10 |
| * Prática de Ens. em Psic. e Est. Sup. | 20 |
| TOTAL | 78 |

Informações sobre o curso

| DISCIPLINAS | CRÉDITOS |
|-------------------------------------|-----------|
| 4º ANO | |
| Técnicas Projetivas | 08 |
| Dinâmica de Grupo e Rel. Humanas | 08 |
| Psicologia Organizacional | 08 |
| Psic. Escolar e Probl. de Aprendiz. | 10 |
| Psicopatologia Geral | 10 |
| **Teorias e Técnicas Psicoterápicas | 08 |
| Ética Profissional | 02 |
| **Estágio Supervisionado | 16 |
| TOTAL | 70 |

| DISCIPLINAS | CRÉDITOS |
|-------------------------------------|-----------|
| 5º ANO | |
| **Seleção e Orientação Profissional | 08 |
| **Optativa I | 08 |
| **Optativa II | 08 |
| **Optativa III | 08 |
| **Optativa IV | 08 |
| **Estágio Supervisionado | 17 |
| TOTAL | 57 |

- * Disciplinas específicas da Licenciatura
- ** Disciplinas específicas da Formação de Psicólogos

11.4.2. Possibilidades para a organização dos estágios:

4º ano (total: 16 créditos)

| Escolar | Clínica | Trabalho |
|---------|---------|----------|
| 08 | 08 | — |
| 08 | — | 08 |
| — | 08 | 08 |
| 16 | — | — |
| — | — | 16 |

5º ano (total: 17 créditos)

| Escolar | Clínica | Trabalho |
|---------|---------|----------|
| 17 | — | — |
| — | 17 | — |
| — | — | 17 |
| 09 | 08 | — |
| 08 | 09 | — |
| 09 | — | 08 |
| 08 | — | 09 |
| — | 09 | 08 |
| — | 08 | 09 |

Obs.: As informações referentes às possibilidades de estágios, seu regulamento e os respectivos planos são divulgados em caderno específico, o "Caderno de Orientações de Estágios", que é distribuído, no final do 2º semestre, aos alunos que irão estagiar no ano letivo seguinte.