



UNIVERSIDADE PAULISTA
Instituto de Ciências Humanas
Curso de Psicologia - Limeira

Erika Figueira

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Área: Psicologia Clínica
Psicoterapia Breve de Adultos

Trabalho referente a estágio supervisionado, desenvolvido na Clínica de Psicologia Aplicada da Universidade Paulista, Limeira, durante o ano de 2006, sob supervisão e orientação da Prof^a. Dr^a. MARIA DA PIEDADE ROMEIRO DE ARAUJO MELO.

Limeira – São Paulo

2007

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Área: Psicologia Clínica
Psicoterapia Breve de Adultos

Autora: Erika Figueira

Rua Santa Cruz, 257 – Apto. 3
Centro - Limeira – SP CEP 13480-040

(19) 3495-9776 (residencial)
(19) 8146-4977 (celular)
(19) 3038-2979 (consultório)

Supervisora: Prof^a Dr^a Maria da Piedade Romeiro de Araujo Melo

Rua General Osório, 933 – Centro
Santa Bárbara d'Oeste – SP CEP 13.450-027

(19) 3455.2974 (residencial)
(19) 3455.1015 (consultório)
(19) 9179.8061 (celular)

Resumo

O presente trabalho surgiu a partir do estágio supervisionado para formação de psicólogo, na área de Atendimento de Adultos, durante o ano de 2006. Trata-se de todo o processo de atendimento psicoterápico de um paciente psicossomático e visa problematizar a questão da inclusão da população de baixa renda ao acesso à psicoterapia, discutir a utilização da Psicoterapia Breve nos atendimentos à população como um meio de agilizar o atendimento e refletir sobre a atuação dos órgãos competentes, das clínicas-escola e dos profissionais da área de saúde quanto ao papel de co-responsáveis pela escassez de oportunidades para esta gente que, se não pelo serviço gratuito, não tem suas necessidades intrapsíquicas atendidas, muitas vezes apenas percebidas devido ao processo de somatização que se instala, como no caso do paciente supracitado que, não atendido nos primeiros sinais de somatização, adquiriu doenças psicossomáticas. A gravidade da situação deste pôde ser notada pela freqüência de internações hospitalares na Unidade de Terapia Intensiva (U.T.I.). O fato de não ter sido mais frequentemente hospitalizado, ao término do processo, foi interpretado como uma evolução do paciente, sabendo-se que a continuidade da psicoterapia ser-lhe-ia necessária para a obtenção de mudanças dinâmicas favoráveis à promoção de um processo progressivo continuado, proporcionando-lhe maior qualidade de vida. Porém, deparamos-nos com a problemática que envolve a atual atuação dos órgãos públicos, das clínicas-escola e dos profissionais competentes quanto ao atendimento à população de baixa renda em suas necessidades biopsicossociais, fazendo-nos pensar, sob a ótica da saúde e bem-estar do cidadão, em nosso papel na contribuição ao acesso/inacesso desta população à psicoterapia ou a outras medidas preventivas.

Palavras-Chave: inclusão; psicoterapia breve; clínica-escola.

Sumário

1	Introdução	4
2	Local e condições nas quais o estágio aconteceu	6
3	Descrição do trabalho	7
	3.1 Dados	7
	3.2 Queixa	7
	3.3 Dinâmica da paciente	8
	3.4 Hipótese psicodiagnóstica	8
	3.5 Técnica empregada / procedimentos	9
	3.6 Resultados	11
4	Apreciação sobre o desenrolar das atividades e dos desafios enfrentados.....	12
5	Considerações Finais	13
6	Referências Bibliográficas	16
Anexo	Memorial	18
	Parecer da Supervisora	20

1. Introdução

*“É somente aceitando as coisas
que podemos assumir uma
atitude em relação a elas.”*

Carl Gustav Jung

O presente trabalho surgiu a partir do estágio supervisionado, realizado na Clínica de Psicologia Aplicada da Universidade Paulista (UNIP), Limeira, SP, na área de Atendimento de Adultos, durante o período de 06 de março a 14 de novembro de 2006, sob supervisão da Prof^a. Dr^a. Maria Da Piedade R. A. Melo.

Trata-se de todo o processo de atendimento psicoterápico de um paciente específico, do seu início até o momento da alta, e visa problematizar a questão da inclusão da população de baixa renda ao acesso à psicoterapia. Além de discutir a utilização da Psicoterapia Breve nos atendimentos à população, como um meio de agilizar o atendimento, reflete também sobre a atuação dos órgãos públicos, das clínicas-escolas e dos profissionais da área de saúde - e outras ligadas ao desenvolvimento do ser humano - quanto ao papel de co-responsabilidade na escassez de oportunidades para esta gente que, se não pelo serviço gratuito, não tem suas necessidades biopsicossociais atendidas, sendo estas, muitas vezes, apenas percebidas devido ao processo de somatização que se instala.

É o caso da paciente, objeto deste trabalho, que, não atendida nos primeiros sinais de somatização, passou à aquisição de doenças psicossomáticas, caracterizadas pelos vários distúrbios físiopatológicos e lesões anátomo-patológicas. A gravidade da situação pôde ser notada pelas repetidas internações hospitalares, sendo que, nos últimos tempos, passou a ser alvo de preocupação dos profissionais que a assistiam, levando-os a encaminhá-la ao serviço psicológico, serviço este não coberto pelo seu plano de saúde. Assim, sem assistência psicológica, teve seu quadro piorado paulatinamente, fazendo-a ser internada, invariavelmente, na Unidade de Terapia Intensiva (U.T.I.), pela gravidade de seu estado físico.

Nestas circunstâncias, recebemos a paciente – doravante chamada de V. – para atendimento, através de uma carta de encaminhamento de uma psicóloga da empresa de seu plano de saúde. Vale ressaltar que a paciente possui este plano devido à generosidade da empresa na qual trabalhou antes de ter que aposentar-se por invalidez. Contudo, está por expirar o prazo de cinco anos que a tal empresa deu-lhe para usufruir do convênio médico. Após esta data, a paciente voltará a ser, como a demais população de baixa renda, usuária dos atendimentos na rede pública de saúde, tendo que submeter-se às problemáticas que a envolve.

A abordagem utilizada neste trabalho foi a da Psicoterapia Breve, por sua especificidade em trabalhar com aspectos circunstritos e com objetivos limitados, conferindo-lhe a possibilidade de realizar um processo com começo, meio e fim dentro de um tempo reduzido, trazendo benefícios tanto para os pacientes quanto para os terapeutas em formação. Ao paciente, por obter o alívio desejado no pouco tempo que dispõe para o atendimento; ao terapeuta em formação, por trazer-lhe mais segurança na intervenção com a explicitação do foco e objetivo e a oportunidade de acompanhar o mesmo paciente ao longo do processo, possibilitando uma maior integração à prática na qual é aprendiz e o paciente por ele atendido (Santos, 1996).

Com esta visão de aliar a qualidade de ensino à inserção social, a clínica-escola destaca-se como uma instituição formadora que prepara e adequa seus alunos aos desafios da atuação em contextos físicos e sociais dos mais variados, quer pela visão generalista que ela tende a priorizar (Santos, 1996; Rocha Júnior & Sá, 1997), quer quando preocupa-se em proporcionar uma formação criativa e flexível ante a mera repetição de propostas puramente “tecnicistas” (Schimidt, 1992). A clínica-escola também representa, muitas vezes, a única possibilidade de ter-se um atendimento de qualidade sem nenhum custo financeiro a que uma parcela significativa da população tem, por ser supervisionado por profissionais qualificados bancados financeiramente pela instituição formadora. Além do aspecto financeiro, também é esperado que o atendimento possa corresponder às expectativas e necessidades do paciente, na medida de suas capacidades, sem prolongamentos desnecessários e filas de esperas infundáveis (Yoshida, 1977).

2. Local e condições nas quais o estágio aconteceu

A Clínica de Psicologia Aplicada da UNIP, onde se realizaram estas atividades do estágio obrigatório para a formação de psicólogo, fica localizada à Rua Santa Terezinha, nº 2, no Centro da cidade de Limeira, SP.

A Clínica possui 2 salas de espera (uma interna e outra na área externa, mas coberta), 6 salas de atendimento, uma biblioteca, uma secretaria e outras áreas de manutenção, além de oferecer toda a infra-estrutura básica necessária.

O estágio ocorreu durante o ano letivo de 2006, sendo um atendimento por semana, de 50 minutos de duração.

3. Descrição do trabalho

Foram 26 sessões, sendo um atendimento por semana e tendo uma pausa durante o recesso escolar condizente ao mês de férias, em julho.

A paciente faltou 6 das 26 sessões previstas, por motivo de internações hospitalares, sendo que outras internações ocorreram também no período inter-sessão.

Segue-se o desenvolvimento do trabalho, excetuando-se os resumos das sessões, por entender que, desta forma, a identidade da paciente fica efetivamente preservada.

3.1 DADOS

Sexo: **Feminino**

Idade: **40 anos**

Estado Civil: **Casada**

Início do Atendimento: **06/03/2006**

Término do Atendimento: **14/11/2006**

3.2 QUEIXA

Paciente encaminhada por psicóloga do seu Convênio Médico.

A paciente relata ser muito doente e nervosa, com história de internações hospitalares freqüentes, sempre em UTI. Atribui seu estado de saúde precário ao marido, que é drogadoicto. Sente-se angustiada, sem paz e com o humor deprimido. Seu desejo manifesto é o de querer parar de preocupar-se tanto com o marido.

3.3 DINÂMICA DA PACIENTE

V. parece buscar no sofrimento a expiação da culpa que sente em desejar a aniquilação da figura parental, e seu substituto (o marido), que motivou a origem de seu sentimento de desamparo. Somente este conflito defensivo autopunitivo parece trazer-lhe uma redução do sentimento de culpa, permitindo-lhe um alívio e a manutenção do seu equilíbrio intrapsíquico.

V. teve uma infância marcada por uma pai alcoólatra que agredia fisicamente a mulher, mãe dela. A mãe, deprimida, começou a alcoolizar-se também, vindo a separar-se do marido para viver com outro homem, também alcoólatra e por quem V. nunca nutriu qualquer simpatia.

Por ocasião da separação de seus pais, V. optou em morar com o pai, numa perceptível tentativa de punir a mãe, o que, provavelmente, trouxe-lhe grande culpa. Aos 17 anos conheceu o atual marido e, para fugir do sentimento de abandono, engravidou, casando-se precocemente. O marido era carinhoso e atencioso, mas numa desavença com a vizinha, esta tentou agredi-lo com uma vassoura, acertando a barriga de V. que havia se colocado entre eles. V. sofreu um aborto, aos 6 meses de gravidez, de duas meninas, gêmeas. V. sofreu com as perdas e o marido mudou de emprego, tornando-se caminhoneiro. A partir de então, ele passou a beber e a usar maconha eventualmente. V., assim, perdeu também o marido atencioso e a condição de vida confortável que este lhe proporcionava, pois o marido perdeu o emprego por causa do vício, passando a viver de “bicos”. V. engravidou de seu único filho e teve que se haver sozinha em sua educação, uma vez que o marido – tal qual o pai – passou a ser agressivo e violento. Depois de cerca de 15 anos de evolução desta problemática, V. passou a somatizar, tornando-se muito doente. Obteve ganhos secundários com as doenças, tornando-se mais “atendida” em suas necessidades de afeto numa dinâmica familiar - que envolve sogra, cunhada, pai, irmã e filho -, ao ser socorrida em suas crises. Além disso, o sofrimento da sogra pelo comportamento do filho parece ter se tornado um substituto para o sofrimento que V. gostaria de impor à sua mãe, por ter desamparado-a. Mãe e filha têm grandes dificuldades de relacionamento até hoje.

3.4 HIPÓTESE PSICODIAGNÓSTICA

Distúrbio Psicossomático, por defesas caracterológicas contra a angústia (Defesas contra os Afetos).

3.5 TÉCNICA EMPREGADA / PROCEDIMENTOS

Psicoterapia Breve Psicodinâmica.

- Trabalho com os conflitos

Orientado em direção ao *insight*, elege-se um conflito (derivado) a ser tratado, por sua urgência ou importância (focalização).

É possível confrontar o paciente com o conflito original no transcurso do tratamento. Em algumas ocasiões é o próprio paciente, se tem capacidade de *insight*, quem menciona o conflito infantil, relacionando-o com sua situação conflitiva.

A tarefa interpretativa dos conflitos faz-se parcialmente, numa tentativa de solucionar interpretativamente os conflitos derivados. Trata-se de uma resolução parcial ou incompleta, muitas vezes suficientes para se obterem benefícios terapêuticos.

- Transferência.

A neurose de transferência e a regressão não são estimuladas, pois as metas terapêuticas não estão dirigidas para a reestruturação da personalidade nem para resolver conflitos básicos do indivíduo, mas sim para mitigar alguns sofrimentos atuais. O que adquire importância aqui é a busca de insights do paciente a respeito de situações conflitivas atuais de sua vida cotidiana, razão pela qual o trabalho interpretativo recai mais em suas relações com os objetos de sua realidade externa do que na relação com o terapeuta.

- O Problema da Resistência.

O tratamento das resistências que dependem dos mecanismos defensivos do ego, na P.B., pode apresentar as seguintes características:

- a) algumas defesas são combatidas, analisadas;
- b) outras são respeitadas ou ainda reforçadas pelo trabalho terapêutico, de acordo com o que pareça indicado em cada caso, com base nas condições do paciente e do enquadramento.

- *Insight* e Elaboração.

Propiciar ao paciente a aquisição de *insight* por meio de interpretações – especialmente dos psicodinamismos relacionados com o transtorno atual, motivo do tratamento – deve constituir o principal propósito na terapia dinâmica breve, sempre que as condições psíquicas do paciente o permitirem. Contudo, na P.B. há de se considerar:

- a) com respeito à extensão do *insight*, devido ao enquadramento e à curta duração da terapia, considera-se como “experiências iniciais de *insight*”, um autoconhecimento limitado às dificuldades habitualmente contidas no foco terapêutico;
- b) quanto ao tipo e profundidade, a busca de *insight* está dirigida, com mais frequência, para as relações do sujeito com os objetos externos de sua vida cotidiana e presente, ainda que não despreze os fenômenos transferenciais mais notórios, que trabalha, como obstáculo (resistências transferenciais), e/ou ilustram a problemática do paciente.

A elaboração estará presente em alguns pacientes, com capacidades egóicas suficientes, mesmo depois de concluído o tratamento breve, numa espécie de “auto-elaboração”, que se inicia no tratamento e conclui-se a posteriori.

- Fortalecimento e Ativação das Funções Egóicas.

Utiliza-se técnicas de apoio emocional no caso do paciente que, por debilidades egóicas, não conseguem tolerar uma terapia interpretativa, e para os quais o único resultado que se procura obter é uma supressão de sintomas.

- Focalização.

Trabalho focado para determinada problemática do paciente, que adquire prioridade, dada a sua urgência e/ou importância, enquanto se deixam de lado as demais dificuldades.

3.6 RESULTADOS

A paciente, ao adquirir *insights*, teve uma ativação e fortalecimento de suas funções egóicas sãs, que a ajudaram a estabelecer estratégias de enfrentamento, resultando em percepções mais assertivas a respeito de sua vida e de seu modo de ser. A repetição de sua história, pela história do filho (gravidez e casamento precoce), parece ter-lhe sido percebida como uma faca de dois gumes: serviu-lhe para quebrar o estado passivo-receptivo frente à agressividade e à culpa, pela expectativa de uma re-significação de sua própria história, e, por isso mesmo, tornou-se uma fonte de medo de que a história se repita. Contudo, V. passou a ver-se como agente de sua própria história, devido ao movimento que teve em direção à sua auto-integração.

Seus sintomas físicos, por fim, se limitam à cronicidade estabelecida devido aos anos ininterruptos da problemática psicossomática, a qual levaram-na à aquisição de patologias orgânicas, como a cardiopatia hipertrófica, a leve insuficiência renal e as seqüelas do AVC por disfunção do aparelho vascular. Porém, os sintomas relacionados ao seu estado emocional aparentemente desapareceram, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a insônia, a inapetência e o estado ansioso que a afligia. O fato de não ter sido mais frequentemente hospitalizada é um indício da evolução da paciente.

4. Apreciação sobre o desenrolar das atividades e dos desafios enfrentados

As atividades transcorreram satisfatoriamente, com triplo ganho, ou seja: 1) a paciente adquiriu – lenta e gradativamente – capacidade de representação suficiente para o surgimento de *insights*, possibilitando-a a posicionar-se de forma mais assertiva perante a vida, 2) eu, como estagiária terapeuta, pude articular teoria e prática, desenvolvendo-me, além de identificar-me com a abordagem utilizada e com a área de atuação, e 3) a clínica-escola pôde otimizar seu poder de formação ao levar para a supervisão de estágio um caso psicossomático considerado preocupante.

Trabalhar com os poucos recursos internos iniciais da paciente – como seu pensamento operatório, esvaziado de simbolizações -, e tendo-a tão fragilizada fisicamente, mostrou-se o meu maior desafio. Por vezes, temi por sua vida.

5. Considerações finais

Sendo o *insight* a pré-condição de toda mudança duradoura na personalidade, seria necessário que a terapia facilitasse seu surgimento (por meio de interpretações) a fim de que a paciente, uma vez possuindo recursos internos suficientes para assimilar e enfrentar o entendimento de seus conflitos pudesse elaborá-los. Ao que tudo indica, as condições psíquicas da paciente permitiram a difícil tarefa de superar suas resistências.

Talvez, pela questão do limite de tempo para o atendimento da paciente numa clínica-escola, os *insights* puderam manifestar-se apenas como “experiências iniciais de *insight*” – um auto-conhecimento limitado às dificuldades contidas no foco terapêutico da abordagem psicodinâmica pretendida: a de curta duração (PB de orientação psicanalítica). Nesta, os *insights* ocorridos estão dirigidos para as relações da paciente com os objetos externos de sua vida cotidiana e presente. Só o tempo dirá se isso foi suficiente para a obtenção de mudanças dinâmicas favoráveis para a promoção de um processo progressivo continuado, mesmo após o término dos atendimentos.

Assim, como o estado psicossomático da paciente tornou-se crônico pelo grau de extensão e tempo de atuação, causando-lhe distúrbios fisio-patológicos e lesões anátomo-patológicas – características de “Doença Psicossomática” - acredito que a continuidade da psicoterapia seria necessária para conscientizá-la das atitudes inconscientes primitivas que tem, a fim de significá-las e, ao elaborá-las, alcançar, senão a cura, a remissão completa de seu estado psicossomático, melhorando seu estado clínico geral, uma vez que, saindo do campo da psicossomática, a paciente entraria no campo das neuroses.

Contudo, há a problemática da escassez de oportunidades de atendimento e de políticas preventivas tanto na rede pública de saúde, como também nas clínicas-escola, nesta, talvez, devido à grande demanda provinda da primeira, o que torna o resultado presente num índice estatístico apenas.

Nesse momento histórico, aparece na clínica-escola a instituição do Plantão Psicológico¹ como uma saída, como uma necessidade, como uma alternativa aos atendimentos agendados, que, quase sempre, exigem a permanência do paciente em uma longa fila de espera. Essa espera acaba por dispersar e desbotar todo o colorido da situação emergente vivida pela pessoa que precisava de ajuda. E esse momento da “crise” é altamente importante por carregar em si a semente da mudança, a força da sanidade. Mas não é suficiente.

Seria bom que os órgãos competentes acordassem para a questão preventiva da doença mental e focassem a saúde como um todo, numa visão integrada de homem. Seria bom que os profissionais da área da saúde – e de outras áreas envolvidas no processo de desenvolvimento humano - tomassem para si a co-responsabilidade pela busca contínua de melhorias, de caráter preventivo e de acompanhamento, focada na saúde mental e qualidade de vida do cidadão. A contribuição de cada um poderia aliviar a sociedade de seus males, provenientes, muitos deles, do sofrimento intrapsíquico, ao incluir em seu fazer laboral um espaço para o atendimento a aquele que não disponibiliza nem recursos financeiros nem oportunidades. Caberia a cada um de nós, profissionais conscientes, a responsabilidade social da contribuição.

Reflexões, contudo, apesar de fazerem parte do processo, não é o bastante. A psicoterapia precisa, urgentemente, se tornar também uma ferramenta na minimização das diferenças sociais. Deixar a população de baixa renda ter somente a opção dos serviços públicos de atendimento – tal qual se encontra – e das clínicas-escola é deixar-lhe sem opção na verdade. A menos que os órgãos públicos propiciem um efetivo atendimento da demanda por atendimento e coordene um trabalho amplo e sério, com políticas de prevenção da doença mental, as clínicas-escola acabam por somente servirem como um “curativo” que não alcança o cerne do real _____

¹ Plantão Psicológico: O Plantão Psicológico é definido como uma modalidade de psicoterapia, sendo de caráter breve e individual que visa, em uma única sessão, orientar e auxiliar na resolução de dificuldades, focada em questões emergenciais e que nem sempre precisam de acompanhamento prolongado. É um tipo de intervenção psicológica, que acolhe a pessoa no exato momento de sua necessidade, ajudando-a a lidar melhor com seus recursos e limites, na medida em que [o plantonista] se coloca disponível a acolher a experiência do cliente em determinada situação, ao invés de focar o seu problema. A expressão plantão está associada a certo tipo de serviço, exercido por profissionais que se mantêm à disposição de quaisquer pessoas que deles necessitem, em períodos de tempo previamente determinados e ininterruptos (MAHFOUD, 1987, pp).

problema, tornando-se, ambos, um meio de postergar o tratamento efetivo e a solução do problema. Não basta, ao meu ver, apenas a introdução das Psicoterapias Breves nos serviços de atendimento à população, como um meio de terem agilizados os atendimentos, mas é mister que se faça parte da formação do profissional uma mente comprometida com os aspectos biopsicossociais da população, no sentido de entender que o Estado não é o único responsável pela falta de acesso da população à psicoterapia. É claro que o Estado pode fazer muito mais do que vem fazendo no campo da saúde, mas o psicólogo pode tornar-se agente da diminuição das barreiras sociais se entender que sua prática profissional, pela psicoterapia, também é para o pobre e agir de forma a contribuir com o alívio do sofrimento também deste, e por este, dos que com ele vivem.

6. Referências bibliográficas

ANCONA-LOPEZ, M. (org.), *Psicodiagnóstico: Processo de Intervenção*. São Paulo: Cortez, 2002.

BELAS, J.L. *Plantão Psicológico*, 1999, in. <http://www.jlbelas.psc.br/texto14.htm> , acessado em 30 de novembro de 2006

BRAIER, E.A. *Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

CASTRO, P.F., *A Psicoterapia Breve como Modalidade de Atendimento em Clínica-Escola: Relato de uma Experiência*, in *Anais do II Encontro de Psicoterapia Breve de Adultos e de Crianças*. Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicoterapia Breve, universidade Presbiteriana Mackenzie, pp 54-59, 2000.

ENÉIAS, M.L.R.; FALEIROS, J.C.; ANDRADE E SÁ, A.C., *Uso de psicoterapias Breves em Clínica-Escola: Caracterização dos Processos com Adultos*, in <http://mackensie.com.br/universidade/psico/publicacao/revista2.2/art1.pdf>, consultado em 10 de fevereiro de 2007.

FENICHEL, O. *Teoria Psicanalítica das Neuroses*. São Paulo: Atheneu, 2004.

FIORINI, H.J. *Teoria e Técnica de Psicoterapias*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

GEBARA, A.C. *Como Interpretar na Psicoterapia Breve Psicodinâmica*, São Paulo: Vector, 2003

GORAYEB, R.; COLARES, M.F.A & BESSA, L.C.L., *Descrição da População Atendida e das Técnicas Psicoterápicas Utilizadas num Serviço Público de psicologia*, in *resumos de Comunicações Científicas da XXII Reunião Anual de psicologia da Sociedade Brasileira de psicologia*, p 279, 1992

LAPLANCHE, J. *Vocabulário da Psicanálise – Laplanche e Pontalis*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MAHFOUD, Miguel. *A vivência de um desafio: Plantão Psicológico*. In Rosenberg, R.L. (org.), *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa*, E.P.U., São Paulo, 1987, pp.75-83.

MITO, T.I.H., *Reflexões sobre os Limites e o Alcance das Abordagens Breves nas Clínicas-Escola*, in *Anais do VI Encontro Estadual de Clínicas-Escola*, Itatiba, pp 20-26, 1998.

Plantão Psicológico: O que é. http://www.vivercomqualidade.psc.br/plantao_psicologico.htm , acessado em 30 de novembro de 2006

ROCHA JÚNIOR, A. & SÁ, A.A., *Currículos de Psicologia: Uma Análise Crítica*, in *Anais do I Encontro sobre Psicologia Clínica*, Universidade Mackensie, pp 145-147, 1997

SANTOS, M.A., *O Mal Estar da Formação*, in Anais do IV Encontro Estadual de Clínicas-Escola, Universidade Paulista, pp 127-169, 1996

YOSHIDA, E.M.P.; COELHO FILHO, J.G.; ENÉAS, M.L.E., Ensino de psicoterapia Breve em Curso de Especialização, in Anais do V Encontro Estadual de Clínicas-Escola, Universidade São Judas Tadeu, pp 33-37, 1997

Anexo: Memorial

Quando soube desta iniciativa da Associação Brasileira de Ensino em Psicologia (ABEP) em premiar trabalhos acadêmicos, comecei a pensar na possibilidade de compartilhar minha experiência, pela qual tanto aprendi. Assim, inscrevi-me com meu relatório final de estágio, na esperança de poder contribuir com a formação de outros profissionais e, também, de poder problematizar questões ligadas ao acesso da população de baixa renda à saúde mental, pela psicoterapia.

Faço parte da população chamada “classe média”. Possuo convênio médico e plano de saúde. Mas cresci entre aqueles menos favorecidos, na zona rural. Lá, e com eles, eu aprendi a insignificância das diferenças, ao mesmo tempo em que aprendi a lidar com elas. Que aprendizado! Quando ingressei na escola pública na década de 70 – naqueles tempos pós-ditadura, quando o professor possuía o *status* de funcionário público o qual, por si só, bastava para ser respeitado – vi-me na situação daqueles meus amigos desde sempre, pois meus novos colegas eram de classes sociais mais elevadas. Como produto desta interação minha com a diversidade, surgiu meu amor e respeito pela mesma.

Assim me construí, aliando diferenças com o aprendizado. O resultado foi um interesse genuíno pelo humano. E, como ser historicamente constituído, não pude, nem posso, deixar de lado todo o arsenal que minha história me proporcionou no meu processo vivencial. Amo minha história, com seus erros e acertos, com suas tristezas e alegrias!

Tive sorte.

Aprendi a simbolizar. E com a representação, pude elaborar meus conflitos durante a vida. A formação em Psicologia veio como um complemento da busca que vinha efetuando no sentido de cumprir uma demanda interna minha – a qual chamei de missão – na direção de contribuir com aquele que sofre.

Infelizmente, porém, não é isso o que acontece com uma boa parte da população brasileira, que se vê cada vez mais desassistida em suas necessidades. Ainda mais se estas forem de ordem psíquica! Parece que as pessoas só são vistas quando somatizam, ainda assim, por um curto período de tempo e de forma dicotimizada.

Ao estagiar numa clínica-escola, pude entender melhor estas questões biopsicossociais. Pude acompanhar, nas supervisões, o desenvolvimento de muitas pessoas que foram beneficiadas pelo atendimento gratuito e de boa qualidade oferecida pela escola formadora, seus formandos e pelos profissionais competentes que os supervisionaram. Através do serviço de triagem, do plantão psicológico, dos atendimentos à criança e ao adulto, observei que ainda falta muito para que as diferenças sociais sejam minimizadas. Não acredito na utopia de um mundo igualitário, mas dentro de nossa área de atuação, haveria de se ter mais espaço para o cidadão que, por não possuir recursos financeiros nem culturais, fica à mercê do “atendimento” fornecido pelo serviço público de saúde e suas infindáveis filas de espera.

A clínica-escola muito avançou neste sentido. A abertura dos CAPES e de outras instituições – até não governamentais – fazem o que podem. Mas ainda é pouco. As filas aumentam. A opressão e a falta de perspectivas gerais fazem suas vítimas.

Tudo se tornou urgente. O sofrimento é aqui e agora. A Psicoterapia Breve veio para lutar em seu favor, atendendo rapidamente ao maior número de pessoas. Instituiu-se o Plantão Psicológico. O atendimento se dá no momento da procura, acolhendo a pessoa que sofre no exato momento de sua necessidade. Mas as filas continuam.

Com minha formação acadêmica, na área da Psicologia, minha visão de mundo e de homem modificou-se. E isso é só o começo de uma jornada de aprendizado que durará até meu último suspiro de vida. Hoje, mais do que ontem e menos que amanhã, posso pensar, posso questionar, posso decidir, posso agir.

Posso pouco, eu sei, mas é nesse pouco a pouco que se faz a diferença!

Fica meu convite.

Parecer sobre o Relatório Final de Estágio de Erika Figueira

À

Associação Brasileira De Ensino em Psicologia – ABEP

Prezados Senhores,

Venho por meio desta recomendar o Relatório Final de Estágio de minha ex- aluna e ex-supervisionanda ERIKA FIGUEIRA para concorrer ao Prêmio Sílvia Lane.

Trata-se de um relatório muito bem elaborado e que reflete o envolvimento e seriedade com seus atendimentos clínicos ocorreram. Enquanto terapeuta-estagiária desenvolveu um trabalho exemplar.

O presente trabalho apresenta questões relevantes do quanto são importantes os serviços prestados nas clínicas-escolas de psicologia.

Cordialmente,

Profª Drª Maria da Piedade Romeiro de Araujo Melo
Supervisora de Estágio – Psicoterapia de Adultos
Coordenadora do Centro de Psicologia Aplicada
UNIP - Limeira