

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A CLÍNICA QUE SE VIVE: REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA DA PSICOLOGIA
CLÍNICA NA CONTEMPORANEIDADE

Carina Cavalcanti de Souza

NATAL/RN

2007

Carina Cavalcanti de Souza

A CLÍNICA QUE SE VIVE: REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA DA PSICOLOGIA
CLÍNICA NA CONTEMPORANEIDADE

Dissertação elaborada sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Elza Dutra e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Natal
2007

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A dissertação “A clínica que se vive: reflexões sobre a prática da Psicologia clínica na contemporaneidade”, elaborada por Carina Cavalcanti de Souza, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA.

Natal, RN, __ de _____ de 200__

BANCA EXAMINADORA

Elza Maria do Socorro Dutra

Heloisa Szymanski

Symone Fernandes de Melo

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. A incerteza do conhecimento, que a ciência moderna viu como limitação técnica destinada a sucessivas superações, transforma-se na chave do entendimento de um mundo que, mais do que controlado, tem de ser contemplado. Não se trata mais do espanto medieval perante uma realidade hostil possuída do sopro da divindade, mas antes, da prudência perante um mundo que, apesar de domesticado, nos mostra a cada dia a precariedade do sentido da nossa vida por mais segura que esteja ao nível da sobrevivência. (Santos, 1987, pp. 53-54)

Agradecimentos

A Deus, pela benção da vida.

A toda a minha família que sempre me apoiou em meus projetos. Especialmente a minha querida mãe, a quem tenho como exemplo de coragem, amor à vida e por não ter medo de tentar seguir adiante apesar de todas as adversidades.

Ao meu grande companheiro Adriano pelo suporte emocional e logístico, que foram decisivos para a conclusão desse trabalho.

Aos grandes amigos e irmãos que a vida me presenteou, especialmente Cinthya e Fívia, a quem não pude acompanhar de forma tão presente, momentos importantes de suas vidas.

À professora Elza Dutra, por ter acolhido a minha inquietação e ter aceitado compartilhá-la, possibilitando um espaço de construção de novos caminhos de compreensão e de exercício da escuta clínica.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN, especialmente à querida amiga Gina, que com todo o seu carinho e atenção me ajudou na realização dessa pesquisa e com quem construí uma bela amizade.

Aos psicólogos que permitiram dar vida ao nosso trabalho no momento em que compartilharam as suas práticas e suas reflexões sobre a Psicologia clínica.

À direção e aos colegas do Curso de Psicologia da Universidade Potiguar pela viabilização das minhas saídas da instituição para poder realizar as atividades que envolveram esse estudo.

À Heloísa Szymanski e à Symone Melo, por fazerem parte da banca examinadora e pela disponibilidade e cuidado com que tratam à pesquisa e à profissão que escolheram.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a conclusão de mais um projeto de minha vida.

SUMÁRIO

RESUMO	2
ABSTRACT	3
Apresentando o tema: o ponto de partida.....	4
1. CAMINHOS E (DES) CAMINHOS DA PSICOLOGIA: BREVE RECORTE DE UMA HISTÓRIA.....	10
1.1 – Psicologia clínica: “a linda princesa de olhos azuis da Psicologia”.....	22
1.2 – A “nova” Psicologia clínica	27
2. O SOFRIMENTO PSÍQUICO E O HOMEM DA MODERNIDADE.....	33
2.1 – Conceituando sofrimento	34
3. SOBRE A PESQUISA FENOMENOLÓGICA: BREVES APONTAMENTOS	44
3.1 – Procedimentos metodológicos	50
3.2 – Análise dos dados.....	55
4. COMO SE VIVE A CLÍNICA QUE SE VIVE: A CLÍNICA VISTA PELOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS.....	57
4.1 – A formação do psicólogo clínico	59
4.2 – O mercado das práticas psi.....	64
4.3 – O psicólogo clínico e os seus lugares.....	69
4.4 – A escuta clínica	74
4.6 – A “nova Psicologia Clínica”	83
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92

RESUMO

A crescente busca pelos serviços de Psicologia, expressa nas listas de espera nos postos de saúde, clínicas-escolas e em clínicas particulares, além do aumento da escolha da Psicologia como área profissional entre os vestibulandos, permite-nos tecer reflexões sobre o lugar atualmente ocupado pela Psicologia. A Psicologia clínica, uma das representantes das áreas da Psicologia, é o foco de maior atenção nesse estudo. O interesse em aprofundar a reflexão a respeito do espaço que o psicólogo e sua atuação vem tomando na sociedade atual, surgiu da nossa própria atuação como psicóloga clínica. Reflexões sobre *como*, e *do que* sofre o homem hoje, acompanharam nossa inquietação como pesquisadora e nos fez questionar a atuação da Psicologia clínica atualmente. Essa pesquisa teve como objetivo buscar compreender como os psicólogos clínicos vêem a sua prática clínica, na tentativa de levantar apontamentos do que é ser psicólogo clínico, diante do sofrimento psíquico, na contemporaneidade. Através da perspectiva fenomenológica de pesquisa, foram realizadas entrevistas semi-dirigidas e um grupo de discussão com psicólogos clínicos resultando as seguintes conclusões: a) Para a maioria dos participantes a formação do psicólogo é vista como insuficiente e distante da realidade social; b) Os discursos revelam ainda haver uma relação da prática do psicólogo clínico com o modelo médico de atendimento. No entanto, foi apontada uma mudança de concepção do conceito de clínica a partir da compreensão dos novos psicólogos e que está em processo de desenvolvimento; c) Encontramos, na maioria das falas, consenso na idéia de que o contexto social vivido no mundo contemporâneo tem gerado novas demandas de sofrimento; d) A escuta clínica é considerada a especificidade do psicólogo clínico. Acreditamos que este estudo tenha contribuído para fomentar a discussão sobre a formação do psicólogo e sobre os conceitos e modelos de clínica que ora baseiam a atuação dos profissionais que estão inseridos no mercado.

Palavras-chave: Psicologia clínica, sofrimento psíquico, contemporaneidade, pesquisa fenomenológica.

ABSTRACT

The increasing search for the psychological attendance, express in the waiting list in the clinics, clinic-school and in the private clinics, beyond the increase of the choice of psychology as professional career among the pre-college students, allows us to reflect about the place that is occupied by the Psychology, nowadays. The main focus of this study is the clinical Psychology, an area of psychology. The interest in to deepen the reflection regarding of the place that the psychologist and his acting had been assumed in our society, emerged from our own actuation as clinical psychologist. Reflections concerning the suffering of man of our time, accompanying our inquietude while researcher and made us question about the actuation of clinical psychology, nowadays. This research aimed to understand how the clinical psychologists perceive their practice, attempting to get appointments regarding of what is to be clinical psychologist in contemporaneity, more specifically, in the face of the psychic suffering. Based on a phenomenological perspective of research were accomplished semi-structured interviews and a discussion group with clinical psychologists. From the obtained results, we arrived to the following conclusions: a) the most of participants considered the academic formation of the psychologist insufficient and far from social reality; b) the speeches revealed that there is still a relation between the practice of clinical psychologist and the medical model of attendance. Nevertheless, was observed a change in the new psychologists' conception of clinic, but is still in development; c) in the most of speeches, we founded consensus about the idea of that the social context which the contemporaneous world lives, had generated new demands of suffering; d) the clinical listening is considered the specificity of the clinical psychologist. We believe that this study had been contributed to fomenting the discussion about the academic formation of clinical psychologist and, the concepts and models of clinic that now base the actuation of the professionals that are inserted on the work market.

Key-Words: Clinical psychology, psychical suffering, contemporaneity, phenomenological research.

Apresentando o tema: o ponto de partida...

Iniciar a caminhada nesse complexo território de realização de pesquisa, e mais ainda, realizar pesquisa em Psicologia clínica, tornou-se para mim, um sedutor desafio. A fonte de tal interesse tem origem em minha própria experiência como psicóloga clínica atuante, há onze anos. Concluí minha graduação no ano de 1995, no curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, realizando estágio na área clínica com crianças, fundamentada na Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers. A partir do ano seguinte, iniciei o exercício da prática clínica, atividade a qual continuo a exercer até o presente momento. Ao longo do curso, tive a oportunidade de fazer parte de duas bases de pesquisa: uma como bolsista de iniciação científica e, após a conclusão do curso, como bolsista de aperfeiçoamento científico. Embora as pesquisas tenham sido realizadas em áreas bem distintas, tais experiências possibilitaram um rico crescimento como aluna e estimularam o interesse e a paixão pela realização de pesquisa e pela vida acadêmica.

Exercitar a minha prática clínica em diversos lugares - consultório particular, serviço público de saúde, comunidades - permitiu-me perceber que são lugares onde se apresentam as mais diversas e singulares formas de expressão de sofrimentos, de histórias de vidas, onde os mais variados e ricos sentidos são expostos e re-significações acontecem. Quero dizer com isso, que pude vivenciar e exercer a escuta clínica independente do lugar onde atuava e, mais ainda, perceber que minha atuação como psicóloga clínica nesses locais ultrapassava qualquer arcabouço teórico específico, qualquer recurso técnico aprendido durante a graduação. Poder estar atuando nesses diversos lugares promoveu importantes confrontos entre o meu conhecimento teórico, o

conhecimento “técnico” e a minha atuação prática, causando estranhamento, dúvidas e uma constante busca por formas mais “adequadas” de atuação.

Embora vários outros estudos já tenham contemplado a Psicologia clínica como tema, decidi estudá-la partindo das minhas questões como psicóloga, e também a partir de questões surgidas ao longo do meu exercício como professora de Psicologia. Tenho podido presenciar ricas discussões entre os alunos, tanto em sala de aula como durante as supervisões de estágio em clínica. Além, é claro, das discussões que venho desenvolvendo como aluna de uma pós-graduação na mesma área.

É desse lugar de escuta que sou levada a questionar o meu próprio lugar como psicóloga/pesquisadora diante da demanda de sofrimento de um outro que me solicita, que me pede, que me tem muitas vezes como “solução”. Interrogo-me sobre como responder às queixas e às demandas que chegam, sendo uma profissional que lida com o sofrimento humano independente do *locus* ocupado e sem a segurança de um instrumento ou aparato científico.

Dentre os inúmeros aspectos que constituem o fazer clínico, tomo como ponto de partida a própria clínica psicológica como tema de estudo. Para tanto, será considerada como característica maior dessa clínica, a sua escuta, acreditando, dessa forma, que esta deveria ser a “marca registrada” de todo psicólogo, independentemente da sua área de atuação. Ao longo de todo o trabalho, ao me referir à clínica, estarei me reportando ao instrumento e ao olhar, que promovem essa escuta citada anteriormente, não se tratando então da clínica como espaço de atuação, mas considerando-a um lugar eleito de expressão de sofrimento(s) e também, um lugar de encontro(s).

Como psicóloga clínica, venho questionando sobre os possíveis e, talvez, reais motivos da crescente procura pelos serviços de Psicologia, e principalmente, pelo psicólogo clínico. Constata-se uma crescente procura pela profissão, anunciada entre os

primeiros lugares de concorrência em alguns concursos vestibulares, como também nos cursos de graduação, como uma das primeiras opções de escolha para a área de estágio. Vemos nas clínicas-escolas, nos postos de saúde, nas instituições onde existe o profissional de Psicologia, essa procura confirmada, muitas vezes, pela existência de lista de espera para o atendimento. Podemos afirmar também que na mídia, no imaginário popular e em todos os níveis da sociedade, existe um lugar de destaque ocupado pelo psicólogo clínico. Discorrer sobre as possíveis explicações para tal procura já seria objeto de estudo para uma outra pesquisa. Nesse momento, o meu interesse volta-se para a clínica que está sendo vivenciada pelos psicólogos que a fazem nos dias de hoje, nos tempos atuais, o que denominei de contemporaneidade. Embora o significado das palavras contemporaneidade e modernidade não sejam utilizadas de forma consensual entre os autores, para o presente estudo, contemporaneidade será considerada a época em que vivemos e que está inserida no contexto da modernidade. E a modernidade é a era demarcada pelos avanços da ciência e da tecnologia, berço de grandes modificações dos valores individuais e sociais.

Considera-se que grande parte dessas transformações carrega o consumo como mola propulsora das ações da sociedade, que busca de forma veloz, incessante e desenfreada ser consumidora das novas tecnologias, das novas idéias, dos novos valores, novos produtos, pelo novo. O homem contemporâneo ou da contemporaneidade, então, é o homem do tempo de agora, do tempo atual. Um homem que transforma e é transformado também por essa modernidade.

Debruçar-me sobre tal contexto de estudo e poder construí-lo coerentemente, sem dúvidas, tem também produzido momentos de angústia, na medida em que coloco a minha própria formação e atuação profissional em questão. Mas, lanço-me nessa

empreitada, por acreditar que é isso que acontece na clínica, numa pós-graduação, na vida. A afetação é dupla, ressoante, inquietante.

Ao lembrar de expressões de falas como: “eu vim aqui para desabafar! Estou sofrendo... preciso de ajuda”, “... nunca contei isso a ninguém...”, “Voltei porque me senti muito melhor depois daquela nossa conversa”, “é muito bom poder ter esse apoio...”, “se não fosse você já teria desistido de viver...”, “Sei que aqui posso falar tudo...”, “Sei que você não vai resolver meu problema de não ter onde morar mas me sinto bem quando venho aqui”, me permito angustiar e querer compreender que lugar é esse que ocupamos, que olhar estamos exercendo diante das demandas de sofrimento que nos chega. Será que estamos cuidando da nossa prática clínica? Nossas atuações são adequadas para a realidade atual?

Certamente esse estudo não conseguirá abranger todos os aspectos e meandros de tanta complexidade. Trata-se de um recorte de uma realidade. No entanto, me lanço nessa busca de tentar identificar e compreender como os psicólogos clínicos vêm a própria clínica psicológica, como estão vivenciando a clínica que fazem e qual conceito de clínica tem fundamentado suas atuações. Ou seja, o que denominei para esse momento, a clínica que se vive. A clínica vivida por mim como psicóloga-pesquisadora e a clínica que meus colegas de trabalho estão desenvolvendo.

Tais questionamentos permearam toda a construção dessa pesquisa que pretendeu auxiliar nas discussões sobre a atuação do psicólogo clínico e da própria formação acadêmica, na medida em que tentou fazer apontamentos sobre o que é ser psicólogo clínico diante do sofrimento psíquico, na contemporaneidade. Fazer parte de um programa de pós-graduação e poder desenvolver tal estudo fala desta busca, como também fala de inquietações: será que tal pensamento, ou afetação, ocorre com meus colegas de profissão que não se deparam com outra realidade além da experienciada nos

consultórios particulares? Seria esta experiência distinta daquela de quem atua em saúde pública? E o que dizer do sofrimento nos dias atuais, como esses profissionais lidam com as expressões do sofrimento e as teorias psicológicas por eles adotadas?

O presente estudo foi estruturado em quatro capítulos. O primeiro capítulo, denominado “Caminhos e (des) caminhos da Psicologia: breve recorte de uma história” apresenta uma contextualização breve sobre aspectos da história da Psicologia, apontando o contexto científico que embasou seu desenvolvimento. A partir daí, mas ainda no mesmo capítulo, seguirá uma discussão sobre dois subitens: um, retratando a Psicologia clínica, intitulado “Psicologia Clínica: *a linda princesa de olhos azuis*”, no qual procurei explicitar possíveis justificativas ou explicações sobre o lugar de destaque ocupado por essa área da Psicologia e, no seguinte, denominado “A Nova Psicologia Clínica”, no qual realizei uma reflexão sobre as mudanças conceituais que têm permeado as discussões atuais no âmbito da Psicologia clínica.

Num segundo capítulo, nomeado “O sofrimento psíquico e o homem da modernidade: o que tem chegado à clínica?”, fiz uma breve discussão sobre o contexto vivido pelo homem moderno e como esse contexto aparece refletido nos relatos de sofrimento que tenho encontrado em meu consultório, no posto de saúde e também através dos relatos trazidos por estagiários em supervisão de pessoas que buscam atendimento psicológico. O terceiro capítulo, “Sobre a pesquisa fenomenológica: alguns apontamentos”, apresento as idéias de alguns autores que explicitam o modo de se pensar e fazer pesquisa utilizando o método fenomenológico. Em seguida, num quarto capítulo, intitulado “Como se vive a clínica que se vive: a clínica vista pelos psicólogos clínicos”, a partir dos depoimentos dos participantes da pesquisa, destaquei alguns aspectos considerados significativos que se articulava com o tema da pesquisa e com a

literatura existente, buscando compreender como tem sido a experiência de ser psicólogo clínico nos dias de hoje.

**1. CAMINHOS E (DES) CAMINHOS DA PSICOLOGIA: BREVE
RECORTE DE UMA HISTÓRIA**



Figura 1. *Sleep* (Salvador Dali, 1937).

“Não há uma história das Psicologias, mas inúmeras histórias e modos de narrá-las”
(Figueiredo, 2006, p. 79).

Enveredar na tarefa de realizar um recorte de qualquer história torna-se um importante desafio. Não seria diferente sendo essa história a da Psicologia. Certamente, apenas esse tema já seria conteúdo suficiente para uma dissertação inteira. No entanto, esse capítulo pretende ressaltar o contexto de surgimento e desenvolvimento da Psicologia de forma a vislumbrar o panorama geral no qual o seu caminho foi trilhado. E posteriormente a isso, tecer reflexões acerca do desenvolvimento da Psicologia Clínica, dentro desse contexto.

Quando se fala em História da Psicologia não há, entre os historiadores, um consenso sobre uma data ou início do seu surgimento. Porém, o século XIX parece ser retratado como um marco institucional de sua fundação como disciplina (Ferreira, 2006).

Vidal (2006, citado por Ferreira, 2006) mostra que os livros de história da Psicologia, em grande parte, não consideram a Psicologia do século XVIII uma disciplina e a situam como uma “pré-história” ou uma história “pré-científica”. Acredita-se que a Psicologia do século XVIII pertença ao seu *passado* científico, mas não à sua *história*. Vem daí a famosa frase: “a Psicologia tem um passado longo, mas uma história breve” (Ebbinghaus, 1910, citado por Ferreira, 2006, p.49).

Figueiredo (2002) afirma que “a história dos estudos psicológicos está entrelaçada à história da modernidade e as suas vicissitudes” (p.26). Um ponto de partida para compreender esse enlace da história da Psicologia e a história da modernidade é discorrer sobre o contexto da ciência moderna.

Para Severiano e Estramiana (2006), apesar de o termo modernidade ter seu uso consolidado no século XIX, “a idéia de ruptura a ele relacionada já estava presente desde o início da instauração da moderna sociedade burguesa, no século XVI” (p.22). Os autores chamam atenção para o fato de que essa ruptura da modernidade, no âmbito

da filosofia, está relacionada à mudança do paradigma *cosmocêntrico*, para uma visão *antropocêntrica* onde o “Deus perdia sua centralidade, dando lugar ao homem, instrumentalizado pela ciência” (p.23).

A ciência moderna empreendeu grandes esforços na reconstrução de valores e critérios que pudessem promover o conhecimento. Buscou na regularidade, no controle, uma “segurança” que pudesse ordenar, de certa forma, o conhecimento científico e as transformações do mundo. Para tanto, criou um método científico que estabelecia leis universais, e o método experimental de pesquisa tornou-se o principal meio utilizado nas ciências da natureza, como a fisiologia, a biologia, a química, no seu exercício de investigação. No que se refere à Psicologia, segundo Massimi e Guedes (2004), até meados do século XIX não havia ainda uma Psicologia propriamente dita, mas idéias ou discursos psicológicos. Nesse período, os pressupostos epistemológicos e o método da ciência moderna passavam por questionamentos e mudanças.

Forghieri (2004) aponta que, a partir do início do nosso século, a Psicologia passa a fazer uso do método experimental e, com isso, alcança importantes descobertas sobre o psiquismo animal e humano. A utilização desse método, explica essa autora, “implicava considerar o ser humano como um objeto entre outros objetos da natureza, governado por leis que determinam os eventos psicológicos” (p.57). Além disso, tal método exigia do pesquisador um afastamento ou distanciamento do seu objeto de estudo: era preciso mensurar os fenômenos de forma objetiva, sem a influência humana.

Como seria possível tal separação no campo da Psicologia? Principalmente, como ressalta Vidal (2006, citado por Ferreira, 2006), sendo a Psicologia “a única ciência cuja metodologia deriva do estudo de seu próprio objeto” (p.48)? O cientista, como uma pessoa que realiza a pesquisa, acaba se transformando em um problema na construção do conhecimento científico. Paradoxalmente, a própria evolução científica

da modernidade acaba por colocar em questão a fidedignidade do seu método e a inadequação do paradigma dominante, que não mais alcançava a verdade.

Figueiredo (1996) sugere que

Ao mesmo tempo em que houve “a abertura de novos e infinitos espaços e perspectivas para a existência do homem”, decorrente de toda a movimentação e produção cultural, artística, literária, musical, filosófica, teológica e científica dos séculos renascentistas e em particular do século XVI, houve também uma “perda de raízes e referenciais estáveis”, onde “o recurso às experiências subjetivas individualizadas e de caráter privativo” tornou-se uma possibilidade e uma exigência na reconstrução de valores e critérios. (p.15)

O estabelecimento de novos valores decorrentes da consideração da existência entre um mundo subjetivo/objetivo, uma vida individual/privatizada e a vida social/coletiva, enfim, o público e o privado, tornou-se condição essencial para o “nascimento” do espaço *psi*, como pensam Peter Berger (1985) e Figueiredo (1992). Para esse último autor, tal separação foi denominada de “crise da subjetividade privatizada” e essa crise é considerada a abertura essencial para o surgimento e desenvolvimento da Psicologia. De acordo com Santos (1987), essa mudança de concepção já tem início desde o final do século XIX, através do questionamento dos pressupostos epistemológicos e do modelo de ciência moderna.

Nesse contexto de grandes mudanças, Ferreira, Calvoso e Gonzales (2002) mostram uma substituição do conceito de verdade da tradição metafísica. A “verdade passa a ser compreendida como múltipla, contextual, ligada às condições históricas e concretas do homem” (p.246). As várias experiências e diversidades oriundas da crise do modelo dominante de ciência promoveram, também, intensas transformações e múltiplos caminhos no campo da Psicologia.

Como mostra Ferreira (2006),

A Psicologia se situa, assim, em um espaço político entre o indivíduo autônomo e soberano (fonte do poder) e o indivíduo sob o controle das disciplinas (alvo dos poderes), realizando o trânsito entre eles. Poderíamos

dizer que, sem essa ambigüidade moderna, não haveria nem mesmo a Psicologia, pois, se só houvesse a individualidade autônoma, não haveria a suposição do indivíduo como objeto de conhecimento. (p.29)

Essa incessante busca do conhecimento sobre o humano e sua mais adequada forma de estudá-lo ou entendê-lo, tem sido uma das metas da ciência e também da Psicologia. Decerto, novos arranjos foram se configurando ao longo da evolução da própria ciência, novas formas de conceber o homem, como também novas formas de aplicação e de intervenção, incluindo a Psicologia, foram surgindo e se modificando ao longo dos tempos.

Inevitavelmente, o seu objeto de estudo também vem se modificando ao longo da história, evocando, conseqüentemente, uma nova maneira de compreender e atender as suas questões. Nesse sentido, torna-se uma constante e necessária consideração, contextualizar o tipo de conhecimento científico adquirido à realidade e à época vivida. E aqui se aponta um ciclo que anda em círculo, que não pode ser fixo, estável, na medida em que falamos de evolução, de homens fazendo ciência, de conhecimento.

A reavaliação da concepção objetivista da ciência moderna, conseqüentemente, provoca transformações na forma de se fazer ciência. E com a Psicologia não poderia ser diferente. Nesse sentido, torna-se indispensável considerar que a diversidade, a multiplicidade e as contradições apresentadas pela Psicologia são originárias de sua história e que tal característica é apontada por diversos autores que têm discutido suas origens e práticas (Figueiredo, 1993, Neubern, 2004, Penna 1997, Barreto 2001).

Partindo desse princípio, podemos considerar que a própria história da Psicologia é demarcada por momentos de “crises”. Seu surgimento e desenvolvimento carregam em sua bagagem histórica questões primordiais no que se refere ao seu “objeto” de estudo e à forma de estudar esse “objeto”. Objeto este que, por si só, já remonta a uma “crise de identidade” dentro da própria Psicologia. E que, para

Figueiredo (1993), seja a crise demarcada pela cisão corpo-mente a qual veio caracterizar inicialmente a sua própria constituição, ou a sua diversidade de pensamentos e sistemas psicológicos. Tal característica de “crise” ou dificuldade em tentar delimitar o que é específico da Psicologia, pode-se dizer, permeia as discussões e ações das práticas *psi* até os dias atuais.

Tal dificuldade da Psicologia em ter clara sua delimitação e especificidade é denominada por Figueiredo (1993) de “multiplicidade oficial da Psicologia” (p.89). Ele a divide em duas dimensões. A primeira dimensão diz respeito às inúmeras áreas de atuação dos psicólogos e, com isso, os novos modelos e contextos de atuação que também vão surgindo. Ele problematiza esta questão ao afirmar que a cada nova área acrescentada insere-se o psicólogo em novos contextos, nova demandas e novas relações com diferentes profissionais. Dessa forma, “as diferentes interfaces da Psicologia geram profissionais com saberes, práticas, destinações, linguagens, alianças e limites muito específicos” (p.90).

A segunda dimensão da multiplicidade gira em torno das várias correntes teóricas e metodológicas da Psicologia contemporânea. Ele afirma que não existe consenso entre as diversas correntes nem entre as definições dos ‘critérios de cientificidade’ que seriam a base de avaliação dos conhecimentos. Conclui, então, que se trata de múltiplas Psicologias. E ressalta que,

É preciso reconhecer que nem temos uma delimitação unívoca do campo, uma compreensão compartilhada do que é fundamentalmente nosso objeto, nem muito menos, há entre nós consenso sobre como gerar e validar conhecimentos. De fato, não há nem mesmo consenso quanto ao que é *conhecer*. (Figueiredo, 1993, p.22)

Nessa mesma direção em considerar a multiplicidade da Psicologia, Penna (1997) aponta para uma impossibilidade de unificação da Psicologia “justificada pela

extensa dispersão por ela sofrida, imposta pela utilização de perspectivas epistemológicas, metodológicas e conceituais totalmente diversas” (p.57). Essa consideração de uma utópica unificação, ainda segundo o autor, não compromete a Psicologia no que se refere a sua condição de conhecimento no singular.

Para Figueiredo (2002), o espaço psicológico, tal como hoje o conhecemos, nasceu e vive, precisamente, da articulação conflitiva das três formas de pensar e praticar a vida em sociedade ao longo do século XIX, a saber: o liberalismo, o romantismo e as práticas disciplinares. Para o autor, as relações entre esses pólos (liberal, romântico e disciplinar), permitiram o estabelecimento de novas formas de compreensão das experiências individuais e coletivas. A este território denominou de *território da ignorância* (p.146).

Figueiredo (2002) conclui que a Psicologia nasceu e sobreviveu em uma encruzilhada e a existência do que ele chama de Psicologias pode retratar as várias formas de fazer Psicologia. Ele afirma que

A história da Psicologia , a rigor, não existe, ao menos no singular. Existem sim, inúmeras maneiras de conceber o campo do “psicológico” e outras tantas maneiras de se inserir nesse campo, intervindo nele, praticando “Psicologia”. (2002, p.09)

Contribuindo para tal discussão, Barreto (2001) afirma que o projeto de uma ciência empírica e positivista, no qual a dimensão subjetiva do sujeito não era incluída, trouxe sérios problemas para a Psicologia que não encontrava lugar diante desta proposta. Para ser reconhecida como científica, era preciso solucionar os “desvios” de comportamento e melhor adaptar o sujeito ao seu lugar de trabalho, à sociedade, às normas estabelecidas, ao que era considerado “normal”. Era preciso fragmentar, dividir, para melhor controlar. Ainda tomando como referência a discussão sobre o modelo empírico e positivista de ciência e a inadequação deste modelo para a Psicologia, Safra

(2004) contribui para a discussão ao afirmar que, em decorrência do uso dos princípios metodológicos da tradição racionalista pela Psicologia, encontra-se uma “teorização da subjetividade humana e da situação clínica excessivamente abstrata e objetificada” (p.19).

Seguindo a mesma direção de pensamento de Figueiredo (2002) e Barreto (2001), Neubern (2004), ao fazer uma analogia com a mitologia grega, considera que a ciência moderna efetivou todos os esforços para que, como Narciso, não enxergasse o reflexo de sua própria imagem. Para esse autor, a própria Psicologia nasceu justificada por uma missão impossível que buscava, sobretudo, reeditar a proibição imposta a Narciso: “ela deveria estudar o universo da subjetividade sob uma ótica científica originária do reino da objetividade” (p.24).

Japiassu (1979) traz à tona uma discussão crítica sobre a construção histórica de uma identidade para a Psicologia e para os psicólogos que a exercem. Ele questiona a utilidade social da Psicologia e nos convida a refletir sobre a verdadeira ou real função do psicólogo na sociedade ou para a sociedade, principalmente quando este apenas “serve” às instituições nas quais estão inseridos, visando a adequar habilidades, adaptar para determinados fins em cargos específicos, moldar comportamentos esperados em escolas ou tentar adaptar o indivíduo à sociedade em que vive, não relevando a relação do homem com o mundo e consigo mesmo.

Esse autor defende que,

Para a realização de uma Psicologia libertária, essa relação se faz prioritária e que a tarefa essencial da Psicologia seria revelar para o homem o que significa “existir”. Tal tarefa implicaria num próprio conhecimento e reconhecimento de si mesmo enquanto psicólogo e ser humano. (1979, p.63)

No entanto, parece que no decorrer de seu desenvolvimento como ciência, a Psicologia e os psicólogos acabaram por se distanciar desse propósito e do seu próprio

“objeto” de estudo ao tentar apenas explicar os comportamentos humanos e de propor soluções. Japiassu (1979) aponta, assim, para o sério risco de a Psicologia ser concebida apenas a partir do modo como pode ser utilizada, “desempenhando em nossos dias uma tríplice função: função de prática técnica, de prática social e de prática teórica, onde, de certa forma em todas as funções, está implícito o homem como ser descritível” (p. 85).

Inserida no contexto científico discorrido anteriormente, a Psicologia como “candidata” a ser também denominada científica, estava destinada a aderir ao modelo científico vigente na época. Barreto (2001), afirma que,

De início, a ênfase positivista foi absorvida pela Psicologia Behaviorista e pela Psicologia Experimental, que são as que mais se aproximam desse ideal de ciência. As outras abordagens psicológicas, principalmente as provenientes da clínica, ficaram sem lugar e sem condições de serem confirmadas por este modelo epistemológico. (p.39)

Yamamoto (1987) afirma que a dificuldade de análise da área clínica começa na própria constituição dessa atividade na Psicologia, que na realidade está intimamente conectada ao desenvolvimento da Medicina, muito particularmente com uma de suas especialidades, a Psiquiatria. Segundo o mesmo autor, toda a atividade clínica da Psicologia (e não só dela) se pauta, desde sua origem, portanto, pelos parâmetros de “normalidade” e “patologia”. Tal modelo serviu à Psicologia, que necessitava responder ao contexto de desenvolvimento estabelecido e logo buscou “aprender” a tratar, a curar.

O contexto em cena exigia do profissional psicólogo tratar dos sobreviventes da guerra, separar os loucos dos normais, precisava-se indicar o melhor trabalhador para o cargo solicitado pelas indústrias, surgidas com a revolução industrial. Era preciso diagnosticar crianças com problemas na escola, trabalhadores que não se adequavam aos seus cargos. Para tanto, também foi preciso importar modelos de tratamento e diagnóstico já existentes, o que ocorre ainda nos dias de hoje, instrumentos que

pudessem identificar os mais aptos e os mais inteligentes. Os que não se incluíam nos comportamentos ou desempenho esperados, na escala de inteligência solicitada, por exemplo, tornavam-se o “problema”. Em certa medida, a Psicologia, e principalmente, a Psicologia clínica, destacam-se como o lugar de tratar desses desvios, de tudo o que foge à normalidade. Torna-se possível questionar que o próprio contexto de desenvolvimento da Psicologia, e mais precisamente da Psicologia clínica, favoreceu a ocupação desse lugar.

Ainda nessa direção, Ferreira Neto (2004) afirma que o modelo prevalecente de formação em Psicologia, até os anos 1980, foi calcado na noção de áreas de atuação (clínica, escolar e industrial) e embasado na própria legislação que regulamentou o ensino e a prática em Psicologia. Dentre as três grandes áreas de atuação, a clínica estabeleceu-se rapidamente como sendo a mais nobre. Segundo ele, a prevalência da clínica “marcou de modo intenso não somente os currículos, como também o imaginário social da figura do psicólogo” (p.82).

Contribuindo para tal compreensão, no que se refere ao modelo de atuação da Psicologia, Féres-Carneiro e Lo Bianco (2003) apontam que nas décadas de 1930 e 1940, período inicial do desenvolvimento da Psicologia, surge o profissional *psicotécnico*, um profissional capacitado a avaliar as características psicológicas dos indivíduos, principalmente no âmbito da infância, da escola e do trabalho, com a preocupação de realizar o aproveitamento mais adequado de potencialidades e aptidões que precisavam ser conhecidas. Afirmam que a principal herança deixada pelo psicotécnico foi o psicodiagnóstico, atividade mais específica exercida pelo psicólogo e que, posteriormente, evoluiu para o atendimento psicoterápico. A psicoterapia passa, então, a constituir-se em uma das identidades mais fortes da prática dos psicólogos.

Nesse sentido, a Psicologia era conhecida e reconhecida pela aplicação de suas técnicas, não havia ainda espaço para desenvolver outros modos de atuação. Morato (2004) chama a atenção para tal aspecto quando afirma que, durante as décadas de 1960 e 1970, o trabalho do psicólogo era assim caracterizado:

Tratava-se de um produto técnico a ser oferecido à população e, para que esta oferta fosse bem sucedida, o psicólogo deveria ignorar os possíveis desafios e críticas à sua atuação e compactuar com os poderes instituídos a fim de garantir a reprodução do sistema social dominante. (p.345)

Outros autores como Ferreira Neto (2004), Massimi e Guedes (2004), e Andrade e Morato (1996), também contribuem para o entendimento do contexto histórico e social vivido pela Psicologia no final dos anos 1970. Para esses autores, nesse período, houve uma expansão da Psicologia como ciência e profissão, tendo como principal motivador a força dos movimentos sociais e políticos surgidos para fazer resistência ao regime militar. Essa intensa movimentação e transformação favoreceram uma reavaliação e ampliação das práticas *psi*.

Ferreira Neto (2004) faz referência a um artigo de Passos, datado de 1984, intitulado “Psicoterapia e realidade social”. Neste artigo, é abordada a relação entre a prática psicoterápica e a realidade brasileira. Curiosamente, o autor aponta uma relação entre a questão do crescimento da demanda de psicoterapia no Brasil com o período de repressão do regime militar. Ele ressalta que no contexto social vivido, de restrições e controle da expressão e da liberdade, os atendimentos psicoterápicos serviam de “válvulas de escape” para a expressividade do sujeito, ao mesmo tempo em que se tornava um lugar de alheamento. Para Passos (1984, citado por Ferreira-Neto, 2004), “o espaço do consultório funcionava como um mundo mágico alheio a referências históricas, políticas ou econômicas... faltava, portanto à psicoterapia uma reflexão

crítica de seus limites e a presença das dimensões sociais e históricas no seio de sua prática” (p.121).

Féres-Carneiro e Lo Bianco (2003) afirmam que a crítica ao ponto de vista individualista que caracterizava a prática da Psicologia clínica promoveu a reflexão de novos modos de pensar o fazer *psi*. Passa-se, então, a contemplar a inserção social como fator importante na atuação psicológica.

Crises, transformações, movimentos, palavras presentes no decorrer desse texto sobre a história da Psicologia. Ao considerar, de forma geral, seus significados, torna-se possível assemelhá-las à própria história do homem, da ciência e da própria vida. Crise, no sentido de uma constante reavaliação de dúvidas que promovem movimentos, de momentos em que algo é questionado, colocado em discussão.

A própria reavaliação da concepção objetivista da ciência moderna expressa um movimento que provocou transformações na forma de se fazer ciência – e com a Psicologia não poderia ser diferente. Nesse sentido, podemos ressaltar que a diversidade, a multiplicidade e as contradições originárias de sua história fazem parte da própria história da evolução da humanidade e da sua busca pelo entendimento e explicação da própria existência e de seu lugar no mundo.

De uma maneira geral, podemos pensar que a grande crítica ao modelo científico era a sua exigência de objetividade, e, portanto, não havia um lugar para a subjetividade, a qual era, de certa forma, excluída. A mudança aconteceu, outras formas de se fazer ciência foram surgindo e se transformando e, dentre elas, a Psicologia, na qual a subjetividade encontra um lugar de destaque. E, dentre as várias Psicologias, a subjetividade é compreendida e explicada de várias maneiras, de acordo com as diversas correntes teóricas e áreas de atuação que foram surgindo ao longo de sua história. Nesse

momento, será destacada, dentre as várias formas de se fazer Psicologia, a Psicologia clínica.

1.1 – Psicologia clínica: “a linda princesa de olhos azuis da Psicologia¹”

Para nós psicoterapeutas, nada se apresenta mais urgente, do que desistir de uma vez por todas, e com toda sinceridade, de sempre decompor o ser humano com a ajuda de teorias psicológicas. Antes trata-se de recuperar o devido respeito diante da autenticidade e originalidade dada de cada fenômeno humano.
(Boss, 1977, p.25).

Como explanado anteriormente, consideraremos a Psicologia como a ciência que tem como objeto de estudo, a subjetividade. E para o presente momento, podemos considerar que a Psicologia clínica tornou-se o lugar eleito por excelência para “cuidar” da subjetividade. Refletiremos sobre essa condição.

Não tomando como verdade, mas como reflexão, é possível pensar que, dentro da Psicologia clínica, há uma forte imagem do psicólogo realizando a psicoterapia como modalidade prioritária de sua atuação. E tal concepção pode ser encontrada ainda nos dias atuais. A imagem de um profissional de Psicologia realizando atendimento individual, em longo prazo, em local privado, continua a prevalecer no imaginário

¹ Termo utilizado por Édio Raniere da Silva no artigo Psicologia Clínica um Novo Espetáculo: dimensões éticas e políticas (2001).

social. Pode ser questionado se nós, como profissionais da área, não estaríamos reforçando a manutenção dessa identidade, ao ver sendo repetido o mesmo modelo de atendimento nos diversos locais em que atuamos.

Essa tradição e *status* impressos do modelo clínico na Psicologia podem ser encontrados no próprio discurso dos que procuram os seus serviços, no qual, em sua grande maioria, o psicólogo, e principalmente o clínico, ainda é visto como um “doutor”, isto é, detentor do poder de um saber e que tem como atividade primordial o atendimento clínico individual entre as quatro paredes do consultório. De certa forma, tal visão muitas vezes é reforçada pela mídia (ou quem sabe pelos próprios psicólogos), ao caracterizar, seja em filmes, propagandas e novelas, a imagem de psicanalistas ou psicólogos (não há diferenciação quando se mostra na TV), realizando atendimento em consultório particular de forma individual. Dificilmente é levada ao público alguma atuação profissional fora desse âmbito.

Bock (1995), ao apresentar uma discussão sobre a identidade do psicólogo, aponta alguns fatores como determinantes. Um deles se refere à identificação oferecidas no currículo, pelas clínicas psicológicas, pelo tipo de estágio que é oferecido, levando a uma formação técnica especializada do trabalho clínico. Outro fator, para a autora, está ligado a aspectos sociais, incluído entre eles a autonomia profissional, o modelo médico, a ausência de cargos nas instituições, a necessidade de compatibilizar o trabalho profissional e o de casa, considerando a predominância feminina na profissão, além da prática pouco fundamentada que a maioria das categorias tem. Observamos que tal predomínio também se expressa no imaginário social do psicólogo. O que será que torna a Psicologia clínica a “linda princesa de olhos azuis” das práticas *psi*? (Silva, 2001).

Figueiredo (1996) apresenta um caminho que pode explicar tal fascínio. Ele afirma que existem confusões a respeito do que seja o psicólogo clínico e o que caracteriza a clínica psicológica. Para ele, a primeira confusão diz respeito ao lugar. O clínico é o que atende em consultório particular. Associada a uma outra, que diz respeito à clientela, o clínico é o que atende clientes particulares, sejam indivíduos um a um ou em grupo, sejam famílias. Assinala também a confusão que diz respeito ao regime de trabalho: o clínico seria um profissional liberal. Aponta ainda outras confusões geradas em torno da classificação da Psicologia clínica e as demais práticas psicológicas, tornando-as opostas.

Figueiredo (1995) ainda comenta sobre essa confusão e a inadequada oposição entre a clínica e as outras áreas e ressalta que,

É verdade que a clínica implica uma intervenção, mas é um equívoco pensá-la como mera aplicação de conhecimentos básicos; é verdade que o sentido da intervenção clínica se diferencia em alguns aspectos dos sentidos da intervenção educacional e organizacional, mas é um equívoco tratar a clínica como mera área de atuação, ou defini-la pela sua intenção curativa; é verdade que há um tipo de conhecimento que é produzido na clínica e só nela, mas é um equívoco tratar a clínica como mera área de conhecimento separada de outras áreas a partir de seus temas. (p.37)

Tal concepção de Psicologia clínica, caracterizada principalmente pelo atendimento em consultório privado, a grupos sociais das classes médias e altas, compreende a concepção de clínica denominada por alguns autores como “clássica” (Lo Bianco, Bastos, Nunes, & Silva, 1994). Engloba as atividades de psicoterapia e/ou psicodiagnóstico exercidas em consultórios particulares por profissionais liberais, tendo um enfoque teórico-técnico intra-individual. Nesse mesmo sentido, Benevides (2002) afirma que a influência do modelo médico na clínica psicológica acabou por deixar inscrita no imaginário social uma relação que se define por um atendimento individual ao paciente. Colaborando para tal discussão, alguns autores apontam que a expressão

Psicologia clínica remonta ao fim do século passado, introduzida por Lighter Witmer, em 1896. A tradição clínica, extremamente associada ao modelo médico, teve efeitos marcantes na formação da identidade profissional do psicólogo clínico, por ser um modelo de *status* social.

Féres-Carneiro e Lo Bianco (2003) aponta para a dificuldade de uma caracterização e denominação das atividades na área clínica: para ela, torna-se uma tarefa de difícil empreendimento, a começar pela própria ação do que seja “Psicologia clínica”. De forma sintética, assim é definido o psicólogo clínico:

Atua na área específica da saúde, colaborando para a compreensão dos processos intra e interpessoais, utilizando enfoque preventivo ou curativo, isoladamente ou em equipe multiprofissional em instituições formais e informais. Realiza pesquisa, diagnóstico, acompanhamento psicológico, e atenção psicoterápica individual ou em grupo, através de diferentes abordagens teóricas. (p.89)

As principais críticas direcionadas ao modelo clássico ou tradicional da Psicologia clínica vem questionar essa prática centrada em um indivíduo abstrato e a-histórico, críticas estas surgidas a partir dos anos 1970 e que, segundo Féres-Carneiro e Lo Bianco (2003), são responsáveis por uma drástica mudança de perfil da Psicologia clínica. Importante destacar que tais críticas acompanham todo o contexto de uma intensa movimentação política e social vivida nessa época.

A condição apontada acima demonstra e justifica as críticas existentes ao modelo clínico vigente nesta época: um psicólogo clínico à margem da vida sócio-histórica e cultural. E atualmente? Será que essa forma de “atuação” persiste entre os profissionais que ora fazem parte dessa categoria ainda nos dias de hoje?

Tais reflexões e críticas em relação ao modelo clássico, individualista, da Psicologia clínica, foram estimuladas pelas mudanças sociais ocorridas, principalmente com a entrada do profissional de Psicologia nos serviços de saúde.

Féres-Carneiro e Lo Bianco (2003) apontam para tal modificação quando afirma que,

Acompanhamos, então, as várias etapas por que passa a configuração da clínica em Psicologia e podemos tipificá-las através da passagem de uma prática dirigida ao atendimento diádico, exercido no âmbito privado, para um amplo espectro em que o psicólogo clínico está presente, não mais apenas nos consultórios, mas participando, nas instituições, nas comunidades, nas inúmeras frentes de trabalho em que se vislumbra a possibilidade de exercício e aplicação do conhecimento psicológico. (p.100)

Morato (2004) colabora com tal aspecto ao mostrar que a atuação do psicólogo, em uma realidade antes desconhecida por ele e tão diferente da realidade de uma população que tem possibilidades financeiras, fez com que novos trabalhos e novas formas de atuação pudessem ser pensados. No mesmo sentido, partindo desse novo lugar e dessa nova visão e possibilidades de atuação, Dutra (2004) vem afirmar que há uma maior articulação entre a clínica e o social e o “referencial teórico deixa de ocupar o espaço de principal norteador da prática, que passa a ser ocupado pelo compromisso ético do psicólogo” (p.382).

Importante ressaltar aqui, mesmo não podendo desenvolver uma discussão mais aprofundada sobre tal aspecto, que tais modificações de conceitos e de lugares agora ocupados por nós, psicólogos, vêm apontar para uma outra questão que remete a nossa formação. Como têm sido repassadas, nas grades curriculares das agências formadoras, tais mudanças e necessidades desse “novo” olhar, diante da evocada postura de compromisso ético do psicólogo? Fica aqui a questão. Para o momento, faz-se necessário tecer algumas considerações sobre o que “fala” esse novo conceito de clínica.

1.2 – A “nova” Psicologia clínica

“O que me trouxe aqui? Bem... venho hoje aqui, falar do que tenho sentido nesses últimos tempos... ando inquieta, insatisfeita, não me reconheço mais... diante deste novo mundo, deste novo homem, de novas realidades, me pego questionando meus valores, questionando minhas ações, sinto-me muitas vezes, sem saber o que fazer meio, perdida...”.

Imaginemos que essa “fala” imaginária retrata, em certa medida, questionamentos e reflexões que a própria Psicologia clínica tem realizado. Ao ocupar novos lugares, ela vem se confrontando com novas realidades e, conseqüentemente, o modelo de atuação antes conhecido tem sido colocado na berlinda diante das transformações do homem, da sociedade, do mundo. Desde a inserção da Psicologia clínica no serviço público de saúde, principalmente, questões sobre a adequação e eficácia do seu modelo de atuação têm sido colocadas em pauta em congressos, conselhos de Psicologia, em universidades e entre os psicólogos.

Considerando crise como um momento de repensar, refazer, refletir e propor alternativas que possam permitir práticas mais adequadas, mais aproximadas da realidade vivida hoje, podemos dizer que a Psicologia e a Psicologia clínica passam por uma crise na qual precisa procurar respostas para a questão: *o que é ser psicólogo clínico nos dias de hoje?*

Dutra (2004) desenvolve uma pertinente discussão na qual aponta as mudanças ocorridas nos saberes e fazeres da Psicologia clínica e as novas configurações dessa

área. A autora afirma que tais transformações devem passar por “uma verdadeira desconstrução do que se representava e se conceituava como Psicologia clínica” (p.381).

Tal abordagem, segundo Lévy (2001), supõe, da parte do clínico, que ele se desloque, não apenas fisicamente no “espaço” do outro, mas, sobretudo, mentalmente:

Em outras palavras, ela supõe uma *démarche*², da parte de um terapeuta, interventor ou pesquisador, caminhando às cegas, neste “espaço” que ele conhece pouco ou nada, e esforçando-se para escutar aqueles que tenta compreender, especialmente em seus esforços para dar sentido as suas condutas e aos acontecimentos que tecem sua história. O lugar do trabalho clínico corresponde a uma situação concreta e há um tempo vivido - e não uma atopia, como desejariam as ciências positivas. (p.19)

Para Figueiredo (1996), o que define a clínica psicológica como clínica é a sua ética: “ela está comprometida com a escuta do interdito e com a sustentação das tensões e dos conflitos” (p.40) Corroborando com esse entendimento, Safra (2006) contribui para uma compreensão do que seja este novo clínico ao afirmar que,

No mundo contemporâneo, a clínica precisa ser enraizada no *ethos* humano, contemplando a singularidade de cada analisando, para que não só possamos enfrentar o adoecimento do ser que nossos pacientes apresentam, mas para que a nossa prática seja uma ação política e de resistência às características do mundo em nosso tempo. (p.17)

Se, anteriormente, a atuação clínica caracterizava-se, principalmente, pela aplicação de instrumentos e técnicas, percebe-se, atualmente, pelas novas demandas sociais e de sofrimento psíquico, a necessidade de se focar a relação que se estabelece no momento da clínica. Uma relação que perpassa o teor técnico, uma relação valorizada pela própria relação.

² *Démarche* clínica: muito mais do que um conjunto de métodos e de técnicas, este se define como um posicionamento global em relação ao outro, mas também em relação ao saber e a sua elaboração; nesse sentido, coloca em novos termos a questão das relações entre pesquisa e ação, ou entre teoria e prática.

Figueiredo (1993) sugere que o psicólogo, em qualquer contexto em que trabalhe, possa ser caracterizado como um *profissional do encontro*. Justifica tal sugestão por acreditar que o lidar com o *outro* (indivíduo, grupo ou instituição) na sua *alteridade* faz parte da atividade cotidiana do *psicólogo*. Ressalta que,

Se não fôssemos cada um de nós constituídos multiplamente, se não fôssemos, pelos descentramentos contínuos, capazes de tirar partido desta multiplicidade constitutiva, se não fôssemos capazes de deixar a alteridade do outro *ressoar* nas nossas próprias alteridades estaríamos totalmente incapacitados para o exercício de nossa profissão. (p.93)

Nessa mesma direção de pensamento, Silva (2001) considera que o que define a clínica é a relação com o outro, e justamente por isso é que precisamos escolher uma forma de nos relacionarmos que sustente nossa prática. Esse mesmo autor defende que a melhor saída é sustentar a clínica no *ethos* do cuidado. E afirma que “se fazer clínica não é estar entre quatro paredes brancas promovendo a cura, entendemos que a função desta seria, justamente, cuidar de pessoas, cuidar de problemas” (p.79).

Desta forma, a questão do compromisso ético do psicólogo passa a ser o principal norteador da sua prática. Ou pelo menos deveria ser. Isso vem modificar a visão tradicional em que o psicólogo clínico é representado pelo espaço físico de um consultório ou sala. Essa modificação fala de um novo olhar dos próprios psicólogos diante do ser clínico.

Dentro dessa perspectiva, Boss (1977) já trazia uma discussão que apontava um modelo esperado de ser clínico e sugere que, como psicoterapeutas,

Temos que nos abster, sobretudo do agir presunçoso de levar, da nossa parte, quaisquer máximas e dogmas aos nossos pacientes... A meta mais alta da psicoterapia é sempre a abertura dos nossos pacientes para a capacidade de amar e confiar, a qual permite superar toda a opressão da angústia e da culpa como sendo meros mal-entendidos... Na psicoterapia trata-se de deixar que os pacientes recuperem inicialmente a experiência que lhes faltou, mas que no fundo é indispensável, da dedicação protetora e inabalável, do cuidado e amor na medida correspondente à essência singular dos pacientes. (p.43)

Consideramos inadequada a utilização do modelo tradicional sobre o qual viemos trabalhando até então, na medida em que ainda se busca enquadrar sujeitos em arcabouços teóricos, quando não há uma contextualização histórica, social e política do lugar vivido por esses sujeitos e também pelo profissional.

De certa maneira, a atuação psicológica tem sido colocada em questão pelas novas demandas e vivências que são apresentadas nos consultórios. Não se trata apenas de um desejo de se conhecer melhor ou de decidir o que fazer. Pode-se observar que pessoas, hoje, sentem-se absolutamente perdidas, sem chão, sem rumo. São discursos que falam de um sofrimento diante da própria vida, como se a vida em si fosse o maior problema. São questões existenciais também afetadas por questões financeiras, pela violência, pelo descaso, pelo medo. Diante dessa realidade atual, Safra (2004) afirma que precisamos, como terapeutas e psicanalistas, reconhecer que a nossa própria prática está adoecida, por estar baseada em hiper-realidades³. E continua ressaltando que “é preciso fundamentar nossa atividade clínica sobre as questões fundamentais do destino humano, o que significa estarmos posicionados sobre o *ethos* humano” (p.36-37).

Para Santos (2001), tal fundamentação faz sentido na medida em que acredita que a atividade clínica não pode ser reduzida a uma terapêutica. E afirma,

Seja qual for a teoria, usando técnicas terapêuticas ou não, ela tem de levar em conta a questão do sujeito. A técnica está presente, mas a clínica é também uma arte e, sobretudo, quando falamos de profissionais de saúde pública, comporta dimensões éticas que não podem deixar de ser levadas em conta. (p.96)

Descolar da técnica e colocar a questão da ética como fonte necessária para se desenvolver novos espaços e novas formas de atuação desse modo, diversos autores

³ O conceito de hiper-realidade refere-se à criação de falsas realidades ou simulacros, que passam a determinar e organizar o viver humano (Baudrillard, 1983, citado por Safra, 2006). Toda hiper-realidade constitui o falso e o aparente, levando o ser humano a um desenraizamento do seu *ethos* (Safra, 2004).

trazem a questão do compromisso ético do psicólogo como o principal norteador da sua prática. A ética aqui considerada não como sinônimo da Moral, mas como Andrade e Morato (2004) ressaltam,

Ética se referirá mais propriamente à etimologia de *éthos* (que, originariamente, significava *assento, morada*), designando posturas existenciais e/ou concepções de mundo capazes de dar acolhimento, assento ou morada à alteridade. Acolhimento à diferença produzida na processualidade que não se deixa capturar ou reduzir a ideais ou leis de conduta. (p. 346)

Da mesma forma Figueiredo (1995), ao conceber o sentido etimológico do conceito *ethos*, afirma que,

(...) considerar o *ethos* como casa, instalação, é ver nele - nos valores, nas posturas, nos costumes e hábitos - algo equivalente à moradia de onde podemos contemplar a uma certa distância as coisas 'lá fora' (como a casa organiza o espaço e gera uma série de diferenciações internas e externas, os costumes organizam nosso espaço e nosso tempo). (p.45)

Assumir a ética como fundamento para as nossas atuações vem definitivamente modificar a visão tradicional do psicólogo clínico, representado pelo espaço físico no qual atua, realizando as aplicações do seu conhecimento técnico. Essa modificação fala de um novo olhar dos próprios psicólogos diante do ser clínico. A clínica pautada numa ética e não apenas na técnica, essa é a característica principal da nova Psicologia clínica. De certa maneira, a existência dessa nova Psicologia clínica estará sendo apresentada ou não nos relatos dos psicólogos clínicos participantes dessa pesquisa, na medida em que, estarei buscando conhecer a compreensão que o psicólogo clínico tem da própria atuação da Psicologia clínica na contemporaneidade.

Temos estado com pessoas que se mostram entediadas, entristecidas, fragilizadas, inseguras e solitárias. E de uma solidão em meio a tantos muitos outros, também solitários. Vivendo, paradoxalmente, num mundo cheio de tantas possibilidades, globalizado, informatizado, tecnológico, mas sentindo-se desalojados.

Temos estado em contato com vários modos de *ser-doente* e de seres que, ao não encontrarem possibilidades em uma vida com saúde, encontram nas doenças suas formas de expressão próprias. E nós, profissionais de Psicologia, o que estamos realizando no encontro com esse outro, como compreendemos as formas de expressão dos indivíduos que chegam a nossos consultórios? E o nosso ser psicólogo diante do ser cliente, será que estamos abertos para sermos também afetados no nosso modo de ser, nesse encontro com o outro? O que estamos fazendo com “isso” que nos chega? A nossa atuação profissional tem dado conta da diversidade que nos é apresentada? Aqui, encontra-se mais um ponto de reflexão importante que talvez possa ser contemplado no relato da experiência dos psicólogos participantes dessa pesquisa.

2. O SOFRIMENTO PSÍQUICO E O HOMEM DA MODERNIDADE



Figura 2. O Grito (Edvard Munch, 1893)

“De onde será que provém, nas pessoas psicicamente doentes do nosso tempo, este recente congelamento e estarecimento que encobre profundamente a angústia e a culpa? Nós dificilmente erraremos se o associarmos à prepotência atual da tecnologia” (Boss, 1977, p.17).

2.1 – Conceituando sofrimento

Encontramos em Houaiss (2001) sofrimento podendo significar ação ou processo de sofrer, dor causada por ferimento ou doença; padecimento, dor moral; amargura, ansiedade, angústia, vida miserável; miséria, penúria, dificuldade. Ao referirmos a sua etimologia e semântica, temos, no grego *pherein* e no latim *ferre*, carregar, *suffere*, carregar por debaixo, que também significa oferecer, suportar, permitir, tolerar. No século XV, sofrimento, em francês, queria dizer dor e carregava a idéia de resignação e de tolerância possível ou não. Desde o século XVI, sofrer remete a experimentar uma dor (Barus Michel, 2001). No século XVIII, o sofrimento para os poetas e artistas do movimento romântico era algo inspirador. Para o homem da modernidade, o sofrimento é algo que precisa ser evitado a qualquer custo. Acreditamos que a palavra sofrimento assume diversos significados e sentidos que são demarcados por questões subjetivas e culturais. Enfim, podemos dizer que o sofrimento fala de um modo de ser do homem de cada época na história.

Embora seja diverso, podemos de certa forma afirmar que o sofrimento retrata um incômodo, um mal-estar, um sinal, que “fala” de algo que não está bem. É em razão de um sofrimento que procuramos ajuda, procuramos um remédio, uma saída, procuramos nos “curar” do que nos faz sofrer. Seja ele um sofrimento físico, orgânico, ou seja, um sofrimento causado por uma angústia, perdas, tristezas, o que consideraremos aqui sofrimento psíquico. Certamente em muitos momentos eles estão relacionados, sofremos fisicamente por algo que nos afeta psiquicamente e/ou sofremos psiquicamente por sentirmos grande mal estar físico. Estaremos nos referindo, principalmente, ao sofrimento psíquico para o presente momento.

Segundo Andrade e Morato (2004),

Etimologicamente originário do grego *pathos*, *sofrer* assume o significado de sentir, experienciar, tolerar sem oferecer resistência, ser afetado, dizendo da condição de se pôr em movimento por qualquer emoção. Em latim, *sofrer* origina-se de *subferre*, referindo-se a suportar por debaixo, implicando dois significados: tolerar um peso e sustentar um peso. No primeiro, sofrer diz respeito a uma dor, ao passo que no segundo diz de uma força ou de um poder ser. Assim, em ambas as origens, sofrimento refere-se à situação de ser afetado pela ambigüidade própria da condição humana. Diz da dor frente ao desamparo do homem na sua tarefa de existir, suportando a inospitalidade dos acontecimentos para conduzir-se adiante. (p. 350)

Para Barus-Michel (2001),

Existe sofrimento quando a capacidade de controle e de elaboração das sensações e das representações fica ultrapassado, quando as capacidades intelectuais se esgotam, a repercussão emocional atravanca o psiquismo, abafando a atividade intelectual, a capacidade imaginativa (aquela de formar novas representações. (p.02)

Dessa forma podemos entender que a capacidade de criar novas representações está relacionada à maneira com que o sofrimento é significado pelo sujeito diante da realidade em que se encontra. Essas diversas formas de representações e afetações (reação) diante do sofrimento são expressas em nossos consultórios. São formas de expressar o sofrimento vivido na atualidade. E diante de muitos relatos entendemos que sofrer, hoje, não é permitido. Sofrer, atualmente, fica para os “fracos”. E fraco é aquele que se sente ameaçado de alguma forma, mas demonstra esse sofrimento, mesmo que seja adoecendo.

Vemos, nos dias de hoje, novos modos de adoecimento, novas fugas, novos sintomas e também velhos sintomas “repaginados”, decorrentes da vida moderna. É notório o crescente número de pessoas relatando um “vazio” existencial, uma falta de sentido para a vida, sentimentos de grande tristeza, angústia, depressão, vontade de não mais viver, nos consultórios e salas de atendimento psicológico. Muitos parecendo estar aprisionados pelo medo, aprisionados pelos valores socialmente impostos, perdidos em

um mundo que muitas vezes não reconhecem, em um mundo que também não o tem reconhecido como sujeito.

Inegavelmente, o processo de globalização registra inúmeras, e até impensáveis, mudanças no modo de viver e de se comunicar. Vêm-se, atualmente, aparatos tecnológicos incríveis que possibilitam o acesso às mais diversas áreas de conhecimento, tornam o dia-a-dia mais ágil, prático, um mundo inteiro pode ser acessado- em um *click*, temos hoje a facilidade de um mundo virtual ao alcance das mãos.

Existe uma enorme facilidade de realizar contatos entre pessoas que se encontram em outras cidades, em outros países, em outros continentes. E em meio a tantas facilidades decorrentes da evolução tecnológica que aproxima o mundo, o homem moderno parece ter deixado de encontrar-se com ele mesmo, de encontrar-se com os outros. Os efeitos dessa nova forma de vida estão refletidos no mal-estar encontrado na contemporaneidade.

Safra (2006) chama a atenção para o que ele denomina de uma *experiência de solidão insuportável* presente nas pessoas em seu consultório. Ele aponta essa experiência como sendo uma questão importante no mundo atual, no qual as pessoas não encontram um lugar, “as pessoas se sentem não pertencendo a uma comunidade. O que as leva a se sentirem para fora do mundo humano” (p.26).

A mesma atenção é ressaltada por Cruz (2003), quando afirma que “a vida necessita antes de tudo de reconhecimento. Não basta um corpo existir e poder circular: é preciso inserir-se nos diferentes níveis de troca. No mercado de trocas, na relação” (p.52).

Tais colocações nos levam a pensar que talvez, por não serem reconhecidos e não se reconhecerem, não se sentirem pertencendo a lugar algum, podem estar sendo o

terreno fértil para as ações de violência, de desespero, do consumo desenfreado de drogas, do suicídio, em nossa época. Por que não pensarmos que tantas pessoas buscam em nossos consultórios de Psicologia um lugar de reconhecimento?

Imaginemos o cenário. De um lado, pessoas vivendo em uma constante disputa por um lugar de destaque, um insano *projeto de felicidade* que pode incluir itens como: carro importado, corpo construído nas clínicas de estética, compras nas mais conhecidas lojas dos *shoppings-centers*. É preciso ser VIP⁴, é preciso ser visto, ser celebridade. Ao surgir um traço de tristeza ou desencanto pela vida, parece surgir uma vozinha quase hipnótica dizendo “você não pode ficar triste”, “não demonstre fragilidade”, “vá fazer compras que tudo melhora”, ou “não sofra, separe logo”, “faça uma cirurgia plástica que serás outra pessoa”. Para muitos, “lugar de ser feliz é no *shopping*”⁵.

De outro lado, encontra-se parte de nossa população desejando essas possibilidades acima, porém o acesso é limitado, pois ainda lhes falta o alimento na mesa. Tentam, das mais possíveis formas, serem incluídos nessa fatia globalizada, nesse mundo tão cheio de *felicidade*. Como no conto infantil da Cinderela, que pelo sapatinho de cristal pôde ser reconhecida, também desejam ter o tênis da moda, o celular da moda, o corpo da moda, muitos também se convencem que lugar de ser feliz é no supermercado ou nas lojas dos *shoppings-centers*. Pois há um verdadeiro mercado (ilusório) vendendo uma “felicidade instantânea”, tipo *fast-food*, com apelos sedutores de momentos de felicidade proporcionados pela droga do momento, pela moda do momento, pela “onda” do momento.

Para Peixoto Júnior (2003), estamos diante de um sintoma social. Ele afirma que esse sintoma “torna os sujeitos meros consumidores de produtos que lhes prometem o

⁴ Iniciais que se referem a um lugar de destaque, alguém diferenciado por algum motivo (*very important person*).

⁵ *Slogan* publicitário de um shopping da cidade.

gozo de uma existência supostamente plena e, paradoxalmente, os tornam cada vez mais insatisfeitos” (p.160).

Nessa direção, estar sendo continuamente afetado pelas exigências de um mundo tecnológico e competitivo e de consumo, certamente tem promovido a necessidade de se criar e recriar formas de expressão, como alternativa para escapar ou de se incluir nessas exigências, podendo inclusive “escolher” o adoecimento como *linha de fuga*, da mesma forma que a crescente medicalização também se torna uma saída para não sentir. Não sentir aqui, significando não sentir coisas negativas, ruins. Afinal, estamos em uma era onde imagem é tudo. Onde tudo é movimento. Onde tudo é festa.

O mundo contemporâneo, segundo Safra (2006), “é um mundo de ruídos em que o silêncio é evitado e desse modo o encontro consigo mesmo é adiado” (p.33). Inúmeros são os relatos de pessoas afirmando que não suportam ficar um tempo em companhia de si mesmas, pessoas que fazem de tudo para não terem um tempo para ficar “pensando na vida”, precisam preencher todo o tempo para não sentirem. Sentir-se só, sentir medo, sentir como estão. Precisam estar naquela badalada festa, onde todo mundo vai estar. Precisam ser vistas circulando alegremente e dentro da moda. Percebemos como uma fuga de algo que nem mesmo elas sabem do que se trata. E ao chegarem ao consultório, mostram em suas falas, que ao final de tudo isso, a solidão parece ser ainda maior, pela rapidez na quais os eventos, as relações e as transformações acontecem.

2.2 – O que tem chegado à clínica?

Podemos afirmar que viver em uma sociedade de exagerado consumo, mudanças constantes e rápidas de referenciais, de grande competitividade, tem promovido comportamentos de ansiedade, medo, depressão. É surpreendente perceber, por exemplo, a ansiedade existente no relato de algumas crianças no consultório, por sentirem grande dificuldade em frequentar a escola, até mesmo desenvolvendo sintomas físicos como dores de cabeça, dores no estômago, não por dificuldades de adaptação à própria escola, mas de enfrentar a competição, a indiferença e a humilhação de colegas que são levados por seus motoristas particulares, nos seus carros importados, por usarem o tênis “tal”, a mochila “tal”, terem o boneco “tal”, o celular “tal” e elas não. Percebemos tal aspecto presente entre as pessoas de classe média, média alta, como também entre comunidades carentes.

Elas relatam sentirem-se menos valorizadas por não possuírem determinado objeto que se torna seu desejo de consumo; muitas vezes, esse objeto é transformado em desejo de consumo por ter sido lançado como a moda do momento. Muitos desejam tanto tais objetos, que fazem de tudo para adquiri-los, e essa aquisição pode se dar via roubo, assalto, etc. Outros preferem se isolar, se revoltar, por não fazerem parte desse pequeno grupo capaz de consumir o que está na moda, por um não ter.

Lembremos de Safra (2004) quando ele aponta que “uma das necessidades fundamentais do homem no estabelecimento de seu *ethos* é a de ser recebido no mundo humano pelo Outro” (p.127). Parece-nos que nos dias atuais vivemos desalojados, desamparados nesse reconhecimento diante de outros humanos, diante da própria condição humana. *ter*, hoje, parece estar à frente de *ser*. Muitas crianças nas salas de atendimento já expressaram, sabiamente, que não gostariam de crescer, de tornarem-se

adultas, pois já não se sentem protegidas como antes. Elas argumentam que ser adulto significa que você deixa de ser cuidado, acarinhado, alimentado. E que “*adulto só trabalha, vive estressado e não tem tempo para fazer nada*”. De certa maneira, essa é uma representação da realidade vivida por muitos adultos.

Alguns adolescentes trazem, em seus relatos, a marca da sociedade de consumo na qual estamos inseridos. Algumas adolescentes sofrem por não terem o corpo evidenciado nas passarelas, nas novelas, na mídia como um todo. Embarcam em dietas sem orientação e tratamentos para transformar seus corpos nos corpos mais desejados e algumas dificilmente gostam do resultado que vêm. Acompanhamos vários casos de anorexia e bulimia entre adolescentes nos dias de hoje e acreditamos ser uma relação influenciada diretamente por uma realidade que é construída e baseada em consumo, em um desejo de pertencer e ser reconhecido. As adolescentes que vivem em famílias com maiores condições financeiras pedem de presente de aniversário uma cirurgia plástica, acreditando que é a solução para a sua felicidade. Algumas se sentem um pouco felizes quando conseguem comprar aquela calça da propaganda, é como se sentissem a própria modelo que a usa. São “preenchimentos” também passageiros, até que a moda passe. E o vazio volte. Outras preferem viver em um mundo virtual, já que a vida real está difícil de ser enfrentada. Não se sentem seguras para entrar em contato, compartilhar.

Lembramos bem de um adolescente que em uma das sessões afirmou que “*o problema do mundo era o dinheiro*”. Ele tinha como pensamento que viver na época do homem das cavernas era mais fácil, afinal estava tudo ali na natureza, era só caçar, pescar e quando não tinham podiam trocar com outros. Não era preciso pagar aluguel, não era preciso ter carro, não havia preocupação com as roupas, já que aproveitavam a pele dos animais que caçavam. Para esse garoto, era difícil lidar com o dinheiro. Vivia em uma família abastada, mas não se sentia compreendido por seus pais,

relatava que não havia diálogo, tudo era mediado pelo dinheiro. Sentia-se discriminado por suas idéias e comportamentos considerados malucos. Será que são idéias tão malucas assim?

Para Safra (2006),⁶ é fundamental que possamos viver experiências de hospitalidade para podermos nos sentir pertencendo ao mundo humano. Esse fenômeno, para esse autor, é constitutivo e encontra-se impossibilitado de acontecer no mundo contemporâneo, pois, para ele, vivemos em um mundo que conspira contra a alteridade, é um mundo no qual não há espaço para a singularidade se revelar, não permite a experiência de hospitalidade e isso faz com que algumas pessoas se sintam fora do mundo humano. Dessa forma, ele afirma que estamos lidando na clínica, hoje, com o inumano. Estamos diante de arremedos do mundo humano e são desafios para a nossa clínica na atualidade.

Talvez possamos compreender que é pela exclusão social, e todas as suas conseqüências, que vivenciamos, cada vez mais, relatos de extrema violência e desesperança na vida, gerando comportamentos destrutivos como reação a essa condição. Pensamos ser fundamental considerar esse fenômeno social em nossas atuações e intervenções clínicas.

Nesse momento recorreremos a Heidegger (1979) e ao que ele denomina de formas de existência inautênticas, que são a *facticidade*, *existencialidade* e a *ruína*. Tais formas de existência apontam para um modo de ser que em algum aspecto fala do homem da modernidade. Principalmente quando se refere à ruína, como um “desvio de cada indivíduo de seu projeto essencial, em favor das preocupações cotidianas, que o distraem e perturbam, confundindo-o com a massa coletiva. O *eu* individual seria

⁶ Aula ministrada no Curso Reinventando a clínica contemporânea: Novos parâmetros para novas formas de adoecimento e sofrimento, no EPSI, em João Pessoa em 26 maio de 2006. DVD da Série Formação Clínica com Gilberto Safra, edições Sobornost.

sacrificado ao persistente e opressivo *eles*” (p.9). É sobre essa ruína que pensamos se encontrar, talvez, o homem de hoje. Segundo Heidegger (1979), seria a própria angústia a mola propulsora de uma saída, ou melhor, de um retorno ao *ser-si-mesmo*, pois é a angústia que reconduz o homem ao encontro de sua totalidade. Por que não dizer que falta ao homem contemporâneo, ou seja, nos falta, reconhecer e cuidar da nossa própria “casa”, lugar onde possamos habitar, onde possamos cuidar de ser? Talvez seja essa espécie de morada que muitas pessoas hoje buscam nos consultórios de Psicologia. Talvez seja um momento de realmente refletir o nosso fazer.

A Psicologia pode ser considerada mais um objeto de consumo? Ao menos temos como forte indicador a crescente procura pelos seus serviços e a crescente presença de psicólogos nas mais diversas instituições e locais de trabalho. Não podemos aqui assumir uma visão de causa e consequência apenas, mas afirmar que o mundo contemporâneo trouxe questões importantes na constituição da subjetividade. A “identidade” de cada um parece ser definida pelo produto a ser consumido e ela torna-se reconhecida na medida em que pode se realizar e ter o que é moda. Podemos lembrar aqui, que em outras épocas, as pessoas se afiliavam por semelhança de idéias, de valores, de preceitos. Havia um outro sentido. Não que ainda não existam grupos ou pessoas assim, porém não é maioria na época atual.

Para Cruz (2003), “o capitalismo contemporâneo tem o poder de cooptar aquilo que se apresenta como diferente, tornando-o produto. E por fim, acaba todo mundo se tornando igual pelo produto que faz uso, que está na moda. Uma *igualdade* que homogeneíza, que massifica” (p.49). E a subjetividade? E as diferenças?

Romero (2000) afirma que o não reconhecimento do outro como meu semelhante tem consequências no relacionamento interpessoal e diz: “quem não se

reconhece no outro se encaminha ora para a psicopatia, ora para psicose – que são as duas formas extremas de ruptura interpessoal” (p.183).

Nessa mesma direção aponta Safra (2006), ao afirmar que

O mundo contemporâneo tem como projeto driblar tanto a precariedade quanto a finitude, o indizível do ser humano. É um mundo com uma cultura que não fornece elementos simbólicos para que a pessoa possa acolher a sua finitude para, a partir daí, constituir sentidos. Em decorrência disso encontramos estados psíquicos em que o indivíduo vive situações de pânico por se sentir aprisionado na experiência do mal infinito que não se acaba. É um mundo de ruídos em que o silêncio é evitado e desse modo o encontro consigo mesmo é adiado (p.33).

Gondar (2003) aponta para as dificuldades que determinadas formas de sofrimento trazem à clínica contemporânea. Para ele, são novos impasses que confrontam a escuta, o entendimento teórico e a intervenção clínica do psicanalista (psicoterapeuta). Cruz (2003) indica que a clínica deve operar como problematizadora de nossas práticas, como uma “Clínica da clínica” (p.55). As reflexões desse autor partem também da sua própria experiência como psicólogo no intuito de promover uma discussão sobre o fazer *psi*. Caminho seguido por nós que ao entrarmos em contato com as experiências de outros colegas buscamos compreender o exercício e o ser clínico de cada um.

3. SOBRE A PESQUISA FENOMENOLÓGICA: BREVES APONTAMENTOS



Figura 3. *Caminho seguro* (Jacó Oliveira, 2006)

“O conhecimento psicológico é reflexão e ao mesmo tempo vivência; é conhecimento que pretende descobrir a significação, no contato efetivo do psicólogo com sua própria vivência e com a de seus semelhantes” (Forghieri, 2004, p.22).

Como alunos de graduação, no contato com disciplinas como metodologia científica, ou métodos e técnicas de pesquisa em Psicologia, aprendemos que a neutralidade e a objetividade científica eram postulados básicos; isso significava atuar de forma científica e que não havia interferência ou influência, ou pelo menos não deveria haver, entre objeto-pesquisado e pesquisador. Esse método, eleito pela ciência, era o método experimental, criado inicialmente nas ciências naturais e posteriormente utilizado por outros ramos da ciência, como a própria Psicologia.

Desde então, questionávamos e refletíamos sobre essa neutralidade científica, sobre a cisão corpo/mente, sobre controle e aplicação do conhecimento científico. E, principalmente, como controlar, dividir ou compreender aspectos humanos como as experiências vividas por cada um e os seus significados. Como estudar objetivamente algo que é subjetivo? Algo que pretendemos com esta pesquisa.

Tais reflexões foram “alimentadas” ao iniciar o estudo da fenomenologia e de sua proposta de fazer pesquisa, na pós-graduação. A partir de então, o conhecimento de outros modos de fazer pesquisa nos foi apresentado, “outros modos de se compreender tudo o que existe e que já tinha sido significado pelo olhar metafísico” (Critelli, 1996, p.09).

Identificamo-nos, como pesquisadores, com tal modo de pensar, principalmente ao mostrar o quanto é preciso considerar a experiência vivida, a historicidade, a linguagem e a afetividade, o corpo, o tempo, ou seja, a subjetividade como elemento essencial de compreensão da existência humana. Tal modo fala-nos de uma mudança de visão sobre o homem e uma ampliação nos modos de compreender as diversas formas de expressão do ser humano e sua relação com o mundo, com outros seres, com as coisas do mundo e com ele mesmo. Essa compreensão pode ser acessada, viabilizada, quando fazemos uso do método fenomenológico, também na pesquisa.

Segundo Moreira (2002) o homem construiu, entre tantas coisas, a ciência, na sua tentativa de conhecer o mundo, dominá-lo e torná-lo mais confortável. Neste sentido, ele afirma que “ciência pode ser conceituada como um outro mundo, artificial, construído sobre o mundo físico e emocional do homem: é uma tentativa de reconstrução do mundo e do homem feita em termos simbólicos, conceituais”. (p.1). Dentro das possibilidades de se fazer ciência, ele aponta os desdobramentos do método fenomenológico de pesquisa.

Na apresentação do seu livro *O Método Fenomenológico na Pesquisa*, Moreira (2002) explica que o método fenomenológico desdobra-se em dois caminhos: o filosófico e o empírico. Em ambos os casos, o ponto de partida é a realidade e o objetivo é a sua compreensão. No âmbito filosófico, essa compreensão irá ficar sempre centrada naquele que conduz a análise. O filósofo (ou analista, como queira) apreende o objeto e pela reflexão chega a compreender sua estrutura (essência). No âmbito empírico, entretanto, será necessária uma adaptação, pois o objeto, em primeira instância, é sempre o universo do outro, é sempre uma parcela do mundo vista pelos olhos do sujeito. A apreensão dessa visão do outro deverá, forçosamente, passar pelo seu depoimento: o filósofo, ou melhor, o pesquisador, precisará que os sujeitos da pesquisa lhe relatem suas experiências, suas compreensões, seus sentimentos, suas impressões.

Dessa forma, podemos pensar que uma única hermenêutica, como tal, não poderia dar uma resposta a todas as áreas de conhecimento e sim, cada área teria a sua hermenêutica. Na Psicologia, então, não deveria ou poderia ser diferente. Relembremos o próprio trajeto da Psicologia na sua busca em ser consolidada como ciência, quantas escolas de pensamento, quantos modelos de homem. É ciência humana, empírica ou ciência natural? Ou seria *ciência humana empírica*?

Tal questionamento foi levantado no texto “Investigação da Psicologia Entendida como uma Ciência Natural” (ano e autor), onde foi defendido o projeto de uma ciência humana empírica, por se entender que uma Psicologia dita natural não faria jus ao homem como pessoa e aponta como possibilidade de mudança a Psicologia poder utilizar-se do movimento fenomenológico da Filosofia como forma de estudar “o homem como pessoa e ao fazê-lo, preencher uma lacuna no conhecimento do homem a respeito de si mesmo” (página?).

Importante destacar que, nos estudos sobre pesquisa fenomenológica, se aponta uma mudança de paradigma em relação à busca da compreensão humana, ao considerar como “objeto” de pesquisa o vivido, os sentimentos e as relações subjetivas existentes entre o pesquisador e o fenômeno estudado. Tal afirmação faz sentido na pesquisa em questão, em que parto da minha própria experiência como psicóloga/pesquisadora ao colocar em questão o(s) conceito(s) de clínica que fundamentam as ações dos psicólogos nos dias de hoje. Tomando como base o que esta pesquisa se propõe, é nesse último âmbito que ela estará fundamentada, na medida em que objetiva compreender o significado de clínica para os psicólogos que a fazem, por meio de seus relatos.

Realizar uma pesquisa utilizando o método fenomenológico, segundo Dutra (2002), significa dizer que,

Ao contrário da pesquisa científica tradicional, a relação estabelecida nessa técnica de pesquisa situa-se muito mais próxima de uma relação de intersubjetividades, própria do existir humano e da própria clínica, a qual se insere numa perspectiva existencial. Isso porque o encontro ao qual nos referimos aqui implica a abertura dos sujeitos à experiência, nesse caso, pesquisador pesquisado, quando um deles revela-se para o outro, que, por sua vez, é afetado por essa e na sua experiência. (p.374)

Para Moreira (2002), o método fenomenológico é uma particular estratégia de pesquisa qualitativa, isto é, uma particular forma de conduzir tal tipo de pesquisa. Ele

aponta que o termo fenomenologia deriva de duas outras palavras de raiz grega: *phainomenon* (aquilo que se mostra a partir de si mesmo) e *logos* (ciência ou estudo). Portanto, etimologicamente, Fenomenologia é o estudo ou a ciência do fenômeno, sendo que, por fenômeno, em seu sentido mais genérico, entende-se tudo o que aparece, que se manifesta ou se revela por si mesmo (Moreira, 2002). A palavra *fenomenologia*, ao que tudo indica, foi usada pela primeira vez pelo matemático, astrônomo, físico e filósofo suíço-alemão Johann Heinrich Lambert (1728-1777) e posteriormente, com sentido diferente, por G.W.F. Hegel, na sua *Fenomenologia do Espírito* (original de 1807). Não obstante, como movimento filosófico e com sentido e as ramificações que ostenta até o presente, a Fenomenologia nasce no início do século XX com a obra *Investigações Lógicas*, de Edmund Husserl (1859-1938).

Para Husserl, a Fenomenologia era uma forma totalmente nova de fazer filosofia, deixando de lado especulações metafísicas abstratas e entrando em contato com as “próprias coisas”, dando destaque à experiência vivida (Moreira, 2002). Dessa mesma concepção parte AmatuZZi (2002), ao afirmar que a pesquisa fenomenológica, em Psicologia científica, descreve uma *essência*, a partir de depoimentos concretos de pessoas falando de suas experiências. Com isso, ele acredita que essa descrição permite que o pesquisador obtenha uma visão mais clara do assunto ou experiência vivida.

Para Critelli (1996), a fenomenologia surgiu como uma crítica à metafísica e ao paradigma científico que elevou a Psicologia, na época da sua constituição, ao *status* de ciência. Vale ressaltar que a adoção de uma nova perspectiva para estudar determinados conceitos vai de encontro ao caráter imutável da verdade considerado pela metafísica tradicional. Porém, apesar da fenomenologia ser contrária à visão da verdade contida na metafísica, ela não a considera como uma inverdade, mas como uma limitação. Ao desconsiderar a fluidez de determinados fenômenos, a metafísica deixa de lado uma

grande parcela do fenômeno humano. Enquanto a metafísica “fala de forma lógica do ser, a fenomenologia fala dos modos infindáveis de ser” (p. 15).

Segundo Merleau-Ponty (1996) “tudo aquilo que sei do mundo, mesmo por ciência, eu o sei a partir de uma visão minha ou de minha experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência não poderiam dizer nada” (p. 3). Para este filósofo, a aquisição mais importante da fenomenologia foi, sem dúvida, ter unido o extremo subjetivismo ao extremo objetivismo em sua noção do mundo ou da racionalidade e afirma que,

O mundo fenomenológico é não o ser puro, mas o sentido que transparece na intersecção de minhas experiências, e na intersecção de minhas experiências com aquelas do outro, pela engrenagem umas nas outras; é, portanto inseparável da subjetividade e da intersubjetividade que formam sua unidade pela retomada de minhas experiências passadas em minhas experiências presentes, da experiência do outro na minha. (p.18)

Para Holanda (2002), “A fenomenologia é um método de acesso à realidade concreta do mundo” (p. 36). Segundo este autor, para se investigar fenômenos humanos é preciso utilizar um método compatível com este fenômeno e esse método deve valorizar os aspectos da intersubjetividade humana. Pois o que se deseja é “alcançar o significado da realidade e do mundo para um sujeito que é encarado como ator e protagonista de sua própria vivência” (p.38).

Entendemos que é nessa visão sobre o homem e a busca de um entendimento de si mesmo que a proposta da perspectiva fenomenológica de pesquisa se apresenta como possível meio de compreender as modificações e necessidades do homem no mundo contemporâneo. Fazer uso do vivido como pesquisa e acreditar na possibilidade do pesquisador atuar como facilitador do acesso a esse vivido, e também como participante do mesmo, coloca-nos diante de uma grande responsabilidade de atuação e/ou intervenção diante do outro que nos permite investigá-lo. Principalmente quando, como

psicólogos/pesquisadores, somos parte viva nesse modo de fazer pesquisa, na medida em que nos relacionamos com a experiência vivida de um outro, por meio das informações relatadas e conteúdos emocionais expressos em seus discursos. Certamente, ao tomar a pesquisa fenomenológica como meio de acessar uma experiência, somos também afetados ao entrar em contato com o universo do outro.

Para Dutra (2002), “assumir uma estratégia qualitativa de pesquisa fenomenológica, como a narrativa, significa, antes de tudo, adotar como horizonte teórico e filosófico a existência, compreendida na experiência vivida” (p.377).

Segundo AmatuZZi (2001) uma das coisas que caracterizam uma Psicologia de inspiração fenomenológica é a importância do vivido. Ele considera o vivido como sendo nossa reação interior imediata àquilo que nos acontece, antes mesmo que tenhamos refletido ou elaborado conceitos. O mesmo acredita que, dentro da perspectiva fenomenológica, não há diferenças essenciais entre pesquisa e atendimento psicológico ou psicoterapia e que a aproximação do vivido desencadeia mudanças. É como uma volta à fonte, *às coisas mesmas*. A pesquisa fenomenológica, a qual fundamenta o nosso referencial, ainda segundo o autor, tenta compreender o que acontece através por meio do clareamento do fenômeno, não tendo intenção de verificar dados, mas sim de compreendê-los (p.60). Esclareceremos a seguir como estruturamos a pesquisa junto aos psicólogos clínicos.

3.1 – Procedimentos metodológicos

Instrumento de pesquisa

A estratégia de pesquisa utilizada na realização desse estudo foi qualitativa, de caráter fenomenológico-existencial, e o instrumento de acesso à experiência foi a

narrativa. Foram realizadas entrevistas semi-abertas, com uma pergunta disparadora que permitiu ao psicólogo participante falar sobre a sua experiência clínica: *como tem sido a sua vivência como psicólogo clínico?*

Participantes da pesquisa

Fizeram parte do presente estudo profissionais de Psicologia que estão atuando como psicólogos clínicos. A participação dos psicólogos se deu de forma diferenciada. em um primeiro momento realizamos uma discussão em grupo e no segundo momento realizamos entrevistas individuais. Tais momentos serão explicitados em seguida, mas torna-se importante ressaltar que os participantes do grupo de discussão não foram os mesmos participantes das entrevistas individuais.

Procedimentos

Sobre o Grupo de Discussão

Ao realizar o que denominamos de grupo de discussão, tivemos como objetivo promover um encontro entre os profissionais de Psicologia no qual os mesmos pudessem relatar a sua prática clínica e dialogar com outros colegas de profissão sobre as práticas desenvolvidas por eles. O encontro aconteceu no Serviço Integrado de Psicologia (SIP) da Universidade Potiguar, espaço escolhido pela disponibilidade de sala, cedida à pesquisadora por ser professora-supervisora na instituição, e pela fácil localização.

A idéia da realização desse grupo de discussão que teve como título “A Prática da Psicologia Clínica na Contemporaneidade”, surgiu como possibilidade de conseguirmos identificar alguns aspectos importantes que surgissem durante a discussão no grupo que pudessem servir de “guia” inicial no desenvolvimento da nossa pesquisa.

Inicialmente, foi encaminhado um convite, por meio da lista de cadastro de psicólogos do Conselho Regional de Psicologia da nossa região (CRP 13), via correio eletrônico pelo próprio Conselho, aos psicólogos devidamente registrados.

Ao Conselho Regional de Psicologia, foram previamente esclarecidos os objetivos da pesquisa e solicitado o envio do convite por meio da lista de psicólogos existente no momento. Não houve o estabelecimento de nenhum tipo de critério seletivo como idade, tempo de atuação, local de formação ou nascimento. Tornou-se critério importante já ser psicólogo atuando profissionalmente.

No convite estava especificado o objetivo do grupo de discussão, a data e o local do encontro e pedia confirmação da presença do profissional que poderia ser feita até um dia antes, por *e-mail* ou por telefone do local onde seria realizado o grupo, ambos expressos no convite.

Após confirmação da presença, entramos em contato por telefone com os onze (11) psicólogos interessados em participar do grupo de discussão, quando então foi reafirmado do que se tratava aquele momento, deixando claro que fazia parte de uma pesquisa de mestrado que tinha a clínica como tema de estudo. Dos onze participantes confirmados, apenas quatro compareceram no dia marcado. Interessante apontar que durante esse contato foi evidenciada pelos psicólogos a escassez de eventos que abrissem espaço para se dialogar sobre a clínica. Ocorreu também a procura de alunos do curso de Psicologia para participar desse momento, o que não foi possível, pela decisão que tomamos de convidar apenas psicólogos atuantes, já que o nosso interesse era a prática da clínica psicológica. Cada psicólogo presente no momento da realização do grupo era convidado a falar sobre a sua própria experiência, por meio de uma pergunta disparadora: *como tem sido a sua experiência como psicólogo clínico?*

Antes de iniciar a discussão, foi apresentado e lido junto com os participantes um termo de consentimento livre e esclarecido, o qual, além de explicar os objetivos do momento e o uso das informações adquiridas, solicitava autorização para a gravação de voz dos participantes e o uso das informações apresentadas para a pesquisa em questão. Todas as participantes concordaram em autorizar a presença da pessoa responsável pela gravação⁷ e assinaram o termo autorizando o uso das informações. O tempo de duração do grupo foi de aproximadamente 1 hora e 10 minutos. Após a realização do grupo de discussão, a gravação foi ouvida e as falas foram transcritas em sua forma literal.

Sobre os participantes do grupo

Além da pesquisadora e da responsável pela gravação de voz, o grupo foi formado por quatro psicólogas que foram denominadas de participantes. A seqüência de apresentação das participantes, todas do sexo feminino, seguiu a ordem de apresentação inicial dos relatos, ou seja, na seqüência das falas. Em relação ao tempo de conclusão do curso de graduação em Psicologia, duas tinham 2 anos, uma, 14 anos e outra, 22 anos de formação em Psicologia, realizadas em universidades federais e fundamentadas em diferentes abordagens teóricas. Todas as participantes atuam como psicólogas clínicas e trabalham em consultórios particulares e a maioria delas (três) atua também em serviços públicos de saúde.

Diante dos conteúdos apresentados no grupo de discussão, mas pela impossibilidade⁸ de marcar novos grupos, decidimos entrar em contato com os outros psicólogos que se disponibilizaram a participar da pesquisa, mas que não puderam estar

⁷ A pessoa responsável pela gravação de voz era uma outra mestrande, bolsista da mesma base de pesquisa.

⁸ Impossibilidade advinda da pouca disponibilidade de horário dos profissionais em marcar novos encontros em datas que contemplassem a todos, além da proximidade das festas de final de ano.

presentes no dia em que o grupo aconteceu. O contato foi realizado por telefone e por meio dele conseguimos marcar entrevistas com quatro psicólogos. As entrevistas foram marcadas previamente nos locais e datas indicados pelos profissionais. Todos os encontros aconteceram nos seus respectivos consultórios.

Sobre as entrevistas individuais

Como dito anteriormente, conseguimos realizar as entrevistas com quatro psicólogos. Mantivemos o mesmo procedimento seguido no grupo de discussão, a pesquisa e a pesquisadora foram apresentadas, juntamente com a apresentação e leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e a sua devida assinatura. Para esse momento, a gravação da entrevista foi realizada pelo próprio pesquisador. Como estímulo inicial para os relatos, mantivemos a mesma pergunta disparadora: *como tem sido a sua experiência como psicólogo clínico?*

Dentre os quatro profissionais entrevistados, denominados de participantes, apenas um era do sexo masculino. Todos eles foram formados em universidade pública e concluíram seus cursos de graduação na área clínica. O tempo de formação entre os quatro participantes das entrevistas individuais variou entre 15 anos (duas pessoas), 18 anos e 24 anos (uma pessoa). Todos atualmente trabalham em consultório particular, embora não seja a única atividade desenvolvida, dentre eles, outras atividades como a docência e supervisão acadêmica e atendimento em serviço de saúde mental também foi relatada.

3.2 – Análise dos dados

Após contextualizarmos o enfoque fenomenológico que fundamentou a realização dessa pesquisa e pela mesma tomar como objeto de estudo a experiência vivenciada pelos psicólogos participantes-narradores de suas práticas, estaremos inferindo ao longo da análise dos depoimentos, que os mesmos estão representando as idéias e os sentimentos dos narradores. Considerando que ao narrar a sua própria experiência como psicólogo clínico, os participantes entram em contato com o que foi vivido e tem sido experienciado por eles em suas atuações profissionais, o que pode levar a uma re-significação e novas articulações dessa mesma experiência. É um retorno ao que foi vivido e que está sendo expresso no momento atual da sua fala.

Para Dutra (2002), apesar de o termo experiência⁹ ser utilizado para nomear diversas e variadas situações, a experiência sempre nos remete àquilo que foi aprendido, experimentado, ou seja, aquilo que em algum momento foi vivido pelo indivíduo.. Segundo a mesma autora,

Na Psicologia, não se dispõe de uma teoria da experiência, em razão do que, tal termo tanto pode referir-se a um objeto de pesquisa relacionado a um experimento, no contexto da pesquisa experimental, como também nos remete à dimensão vivencial da psicoterapia, ao mundo vivido, singular e existencial do indivíduo. (p.110)

Seguimos, para esse momento de análise, os procedimentos sugeridos por Martins e Bicudo (1994). Os passos metodológicos seguidos foram os seguintes:

Após transcrição das falas, realizamos uma leitura atenta do depoimento de cada participante-narrador, buscando um entendimento sobre o conteúdo narrado, ao mesmo tempo em que apontávamos aspectos mais relevantes. Para Szymanski, Almeida e

⁹ De acordo com o Dicionário de Psicologia e Psicanálise, experiência é a aquisição prática, pelo indivíduo, dos conhecimentos que o contato direto com os eventos físicos ou mentais lhe proporciona Cabral (1979).

Pradin (2002), a leitura das transcrições já se configura em um primeiro momento de análise. Ela afirma que o pesquisador, ao ler as transcrições dos depoimentos, revive a entrevista e os aspectos da interação que se estabeleceram entre os participantes da pesquisa. Para a autora, “cada reencontro com a fala do entrevistado é um novo momento de reviver” (p. 74).

Os aspectos mais relevantes, que foram destacados como possíveis articuladores do fenômeno estudado, consideramos como núcleos significativos. Tais núcleos serviram de guia para a análise e discussão do conteúdo apresentado nas falas/depoimentos dos participantes. Importante ressaltar que esses núcleos significativos representam um recorte das narrativas como um todo, e que certamente a escolha e definição desses núcleos seguem uma influência da nossa visão como pesquisadores-participantes em relação com os narradores e a experiência vivida, durante o momento da realização do grupo de discussão e da entrevista.

Após a estruturação dos núcleos significativos, iniciamos o processo de interpretação dos dados, embora, de certa forma, a interpretação dos dados já tenha sido iniciada no momento em que selecionamos os núcleos significativos. Como mostra Dutra (2002), os significados são compreendidos a partir do diálogo com os autores que ajudaram a construir o corpo teórico do trabalho e aqueles que investigaram a temática. Assim, utilizamos trechos dos depoimentos dos participantes para realizarmos a análise dos dados.

4. COMO SE VIVE A CLÍNICA QUE SE VIVE: A CLÍNICA VISTA PELOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS



Figura 4. *Olhar 33* (Madalena, Internet)

“O conhecimento psicológico é reflexão e ao mesmo tempo vivência; é conhecimento que pretende descobrir a significação, no contato efetivo do psicólogo com sua própria vivência e com a de seus semelhantes” (Forghieri, 2004, p.22).

Tomaremos essa citação de Forghieri acima descrita como ponto de partida para iniciar a análise da discussão sobre os conteúdos que surgiram ao longo dos depoimentos dos participantes dessa pesquisa. Trazemos aqui fragmentos de falas. Fragmentos que representam um todo e apontam significados de uma experiência vivida. Experiência que foi permitida ser compartilhada entre os participantes do grupo de discussão e pesquisadora, e pelos participantes das entrevistas individuais e a pesquisadora. E, agora, também será compartilhada por outros pesquisadores e interessados no campo da Psicologia clínica. Compartilhamento que nos coloca pertencendo a um lugar, pertencendo a uma comunidade, chamada científica.

Por essa preciosa possibilidade permitida e pelo reconhecimento da valorização da construção de um trabalho científico, a partir desse momento os participantes da pesquisa não serão denominados por nomes de pessoas. A presença e a participação dessas pessoas tornaram possível um movimento de reflexão. Portanto, serão denominados, simbolicamente, por pedras preciosas, quando utilizarmos trechos de suas falas. Como a coleta de informações aconteceu em dois momentos diferenciados, fica assim definido, na seqüência: Participantes do grupo de discussão; participante 1 (Ametista); participante 2 (Esmeralda); participante 3 (Safira) e participante 4 (Cristal).

Para os entrevistados individualmente: participante 1 (Rubi), participante 2 (Topázio), participante 3 (Pérola) e participante 4 (Jade). Embora tenhamos realizado dois momentos diferenciados, o momento do grupo (grupo de discussão) e os momentos individuais (entrevistas), encontramos nas falas de todos os participantes algumas semelhanças e pontos que podemos destacar como importantes. Dessa forma, diante do que foi trazido no decorrer da expressão das falas dos participantes, estruturamos os seguintes núcleos: a formação do psicólogo clínico, o mercado das práticas psi, o

psicólogo clínico e os seus lugares, a escuta clínica, a demanda e o sofrimento psíquico na contemporaneidade, e a “nova Psicologia clínica”.

4.1 – A formação do psicólogo clínico

Iniciamos por esse núcleo significativo por considerarmos pertinente trazer a questão da formação como o ponto de partida para o exercício de uma prática. Em certa medida, boa parte dos participantes apontou como questão fundamental a necessidade de haver uma avaliação constante da própria formação do psicólogo, principalmente no que se refere à necessidade de haver, entre as disciplinas oferecidas, uma maior aproximação entre a formação teórica e prática durante a graduação e a realidade social e de mercado de trabalho. Alguns participantes apontaram também que essa distância, de certa forma, acaba sendo refletida entre o tipo de conhecimento produzido pelas universidades e faculdades e o alcance desse conhecimento pela comunidade. Para a maioria dos participantes, a realização do curso de graduação em Psicologia não tem preparado para a atuação profissional junto às demandas encontradas nos serviços públicos de saúde e nos serviços de saúde mental.

Importante ressaltarmos que essas lacunas apontadas, entre o que é produzido pela Psicologia nas salas de aulas das universidades e a realidade do cotidiano e dos problemas existentes das comunidades (não acadêmica ou científica), muitas vezes só são percebidas no momento em que o profissional de Psicologia entra em contato com outras realidades, antes não vivenciadas por ele no processo de sua formação. Muitos dos alunos não conhecem a realidade social dos usuários dos serviços públicos e das comunidades que trazem como marca questões sociais importantes. Nessa direção,

estudos de Baptista (2000) apontam para certo alheamento das disciplinas oferecidas nos cursos de Psicologia sobre a realidade social. Esse autor afirma que

O dia-a-dia exposto nos jornais é abafado nas salas de aula dos cursos de Psicologia... Fala-se em justiça social, no oprimido, mas nossas práticas cada vez mais compactuam com as violências simbólicas e concretas. Compactua-se através do silêncio, através de atos de amor ao próximo, um próximo sem rosto, sem cheiro, sem sexo, sem cor ou país. Um amor ao invisível e ao espelho. Um narcísico e cínico ato de amor. (p.16)

Encontramos tal aspecto apontado na fala de Rubi quando ela ressalta: “eu vejo muitas vezes um descompasso em relação à universidade com a sociedade”.

Ainda em relação às questões que envolvem a formação do psicólogo, em alguns depoimentos, encontramos a descrição de três tipos de formação: a acadêmica, que é a formação dada pelo próprio curso de graduação em Psicologia; a profissional ou clínica, que se refere aos cursos de formação oferecidos após a conclusão do curso, por diversas instituições, e que propõe instrumentalizar tecnicamente o psicólogo em sua atuação clínica; e a formação pessoal, que se trata da própria psicoterapia ou análise pessoal, que de certa forma é “exigida” ao profissional da clínica- uma exigência que é implícita e que se mantém, principalmente entre os psicólogos clínicos. Entendemos que há certo consenso de que a formação acadêmica é insuficiente para o exercício da profissão e que, segundo alguns relatos, para ser considerado um bom profissional de Psicologia clínica, é preciso realizar, de forma articulada, as outras duas formações. Os próprios psicólogos falam dessa necessidade, como refere Jade: “isso foi ensinado, eu aprendi, na graduação e nos cursos de formação que eu fiz, eu não parei, eu tava sempre em busca de novas formas de ajudar mais”.

Podemos afirmar que tais aspectos apontados pelos participantes em relação à formação do psicólogo encontram-se de acordo com a literatura e pesquisas existentes sobre o assunto, como por exemplo, as pesquisas realizadas pela Câmara de Educação e

Formação Profissional do Conselho Federal de Psicologia, em 1994. No tocante a área da Psicologia clínica, o estudo apontou para a necessidade de compromisso com a realidade brasileira, de uma formação básica generalista e sólida e de especialização posterior em nível de pós-graduação, de uma graduação mais voltada para a formação do que para a informação e de uma revisão nos modos de ensinar vigentes até aqui (Duran, 1995).

Entendemos que essa questão da formação perpassa a realidade vivenciada por muito dos profissionais da prática *psi*, não apenas para os psicólogos clínicos. No entanto, parece haver uma preocupação maior com a atuação profissional para os psicólogos que se encontram exercendo atividade como clínicos, demonstrada por eles mesmos.

Segundo Topázio,

Eu acho que o psicólogo clínico tem que se trabalhar. Eu não acredito assim que psicólogo, um terapeuta, que ele possa atender bem, ouvir bem, estar aberto pra ouvir bem, ter uma escuta boa se não se conhecer bem. Assim, pra ele dar a mão, estender a mão ao cliente, pra essa viagem de auto-descoberta que é a terapia, nós temos que passar pelo inferno para chegar ao paraíso né, é indispensável que o terapeuta saiba guiar, guiar também pela própria experiência.

Para Rubi, existe algo além de uma preparação teórica ou profissional:

Acho que isso não é só uma questão da formação, eu não trabalho só com psicanalistas, não é isso, tem psicanalistas mais fechados, psicólogos mais abertos, acho que toca aí no ser de cada um, acho que não pega só na questão da formação não, algumas pessoas são mais sensíveis ao novo... E eu "tô" me incluindo viu, não "tô" me excluindo não, de reconhecer que falha que não tem modelo pronto, colocar isso pra um colega às vezes fica difícil, saber de toda essa exposição.

Esses discursos fazem-nos pensar que será por meio da formação profissional ou clínica que o psicólogo se tornará mais habilitado a ser psicólogo, considerando que a formação passa a ser um momento de treinar, exercitar, afinar a escuta como instrumento próprio. Isso é reforçado em todos os cursos de formação que existem,

quando afirmam que não pode haver uma atuação adequada sem a articulação da teoria, terapia e supervisão. Mesmo assim, não foi relatada pelos participantes a existência de disciplinas ou trabalhos durante a graduação que pudessem promover o exercício dessa escuta ou trabalho pessoal. Encontramos também, ao longo dos depoimentos, uma indicação de certa compartimentalização entre o que é teoria, conhecimento teórico, especialização; e o que é prática, o olhar clínico, a vivência, a escuta. O que nos leva a considerar que essa distância pode ser amenizada diante do trabalho pessoal do psicólogo, em seu próprio trabalho psicoterapêutico e as transformações pessoais vividas ao longo da sua experiência. Ilustraremos essa reflexão com uma fala de Jade: “É uma mudança de lugar, de perspectiva. Isso é pessoal, aí mudou toda a minha clínica, mudou toda a minha experiência, mudou toda a minha vivência. O que mudou foi o meu modo de ser psicólogo, meu modo de olhar o outro, isso mudou mesmo”.

Podemos considerar que tal fala encontra-se em consonância com alguns aspectos apontados nos estudos realizados por Figueiredo (1993). Segundo esse autor, as transições e mudanças que ocorrem ao longo da atividade profissional do psicólogo, principalmente com os psicólogos clínicos, fazem parte de um verdadeiro movimento contínuo de elaborações, que ele define como “processo de metabolização do conhecimento tácito do psicólogo” (p.91). Para esse autor, o que são metabolizadas são as experiências, as informações teóricas que geram “diferenças *entre* psicólogos, mas, principalmente, *diferenças de cada um para consigo mesmo* ao longo do tempo” (p.91).

Em certa medida, podemos pensar que as formações existentes (teóricas, técnicas, pessoais) buscam uma aproximação ou aprofundamento do conhecimento tácito do psicólogo. Figueiredo (1993) afirma que

O conhecimento explícito e expresso como *teoria* só funciona enquanto conhecimento tácito; o conhecimento tácito do psicólogo é o seu saber de ofício, no qual as teorias estão impregnadas pela experiência pessoal e as estão

impregnando numa mescla indissociável; este saber de ofício é radicalmente pessoal, em grande medida intransferível e dificilmente comunicável. (p.91)

As transformações pessoais e o trânsito entre as diversas correntes teóricas são relatados pelos participantes da pesquisa. Como diz Topázio,

Eu sinto que eu mudei muito. Por exemplo, eu comecei trabalhando com a linha rogeriana, certo, comecei trabalhando na abordagem centrada na pessoa, eu era rogeriano depois fui trabalhar com Gestalt. Depois, cinco anos depois, eu comecei a trabalhar, comecei a trabalhar com bioenergética, agora eu já começo a trabalhar também com constelação familiar. Então, assim, a gente vai vendo para o paciente, paralelo a isso eu vou me trabalhando também.

Jade também traz em sua fala essas modificações: “todo esse processo pessoal e teórico, essas crises teóricas também mudaram muito o meu modo de ver, a forma como eu faço a clínica”.

Podemos inferir, a partir das falas acima, que é a própria experiência adquirida ao longo do exercício da profissão que acaba por determinar o modo de ser clínico de cada psicólogo, com sua formação teórica margeando essas transformações. Importante destacarmos ainda sobre os aspectos relacionados à formação, que duas participantes consideraram perceber uma modificação do perfil dos novos psicólogos que estão sendo formados. Para Jade,

Eu acho que esses alunos estão mais próximos dessa nova idéia da Psicologia, social mesmo, dessa Psicologia menos tradicional, embora eles vão fazer Psicologia clínica, vão ter consultório, mas com uma outra forma, um outro olhar, é o que eu sinto. Pelo menos a visão que os alunos estão saindo da universidade é essa, dessa clínica mais ampliada, que eu posso fazer clínica em qualquer lugar, que eu posso ter uma sala, mas que a minha escuta vai para qualquer lugar. E isso é difícil pra quem tem anos de formado.

Jade indica que o caminho para essa mudança parte do contato que os alunos tem ao fazer parte de projetos de extensão e pesquisa nos primeiros anos do curso de algumas universidades. Para ela, a própria universidade tem repensado a grade

curricular do curso e promovido uma inserção do aluno em contextos sociais diversos. Podemos pensar que as disciplinas deveriam servir como uma ponte entre a realidade vivenciada em sala de aula e a realidade existente fora dela, para que as discussões sobre as práticas possam articular um conhecimento mais aproximado das questões sociais. Uma formação que promova uma visão crítica das próprias ações dos profissionais de Psicologia, como ressaltam Josephson e Neves (2000):

Uma formação que, em vez de promover somente a aquisição e a legitimação de conhecimentos, seja obstinada na arte de criticar e problematizar a si mesma, tornando-se assim, uma força viva capaz de explorar o que pode ser mudado e de mostrar o quanto o pensamento pode e deve diferir de si mesmo. (p. 13)

4.2 – O mercado das práticas psi

Chamamos de mercado das práticas *psi*, o contexto atual vivido pelos psicólogos clínicos em exercício e as suas ofertas de atividades profissionais. Encontramos em vários depoimentos a confirmação de uma crescente divulgação dos serviços que a Psicologia pode prestar à comunidade, apontando o aumento da demanda, principalmente por meio da influência da mídia nesse mercado. Foram realizadas pelos participantes, várias leituras sobre esse mercado de trabalho, sobre as demandas institucionais e a questão da permanência das pessoas quando conseguem receber algum tipo de atendimento. Na maioria das falas, considerou-se terem ocorrido mudanças em relação ao espaço ocupado pelo psicólogo.

Topázio fez o seguinte comentário,

Eu penso que as pessoas estão descobrindo que através de um psicólogo, através de uma terapia elas podem ser ajudadas, elas podem ser ajudadas a ajudarem mais. Hoje através da divulgação da mídia, das novelas principalmente, nas novelas aqui acolá aparece uma pessoa que faz terapia,

que faz análise, que faz psicoterapia, que aparece sendo analisada, aparecem cenas, aparece em filmes também, então isso tem ajudado muito a difundir a Psicologia e mostrar às pessoas que a psicoterapia é uma coisa normal, é um trabalho preventivo em busca da saúde, da saúde geral. Dizia-se naquela época que era coisa de “doido”, essa mudança é muito grande.

Ressaltamos aqui, que ao se referir “àquela época”, Topázio fala do início da sua atividade profissional há 24 anos. Era um momento no qual se iniciava o desenvolvimento da Psicologia na cidade e existiam poucas clínicas de Psicologia. E a atuação clínica era relacionada ao modelo médico, à psiquiatria. Topázio ainda falou da dificuldade em desenvolver um trabalho clínico dentro da primeira instituição na qual atuou e afirmou,

Foi uma batalha grande, por que as pessoas não aceitavam, não entendiam o que era isso, não sabiam o que era a Psicologia clínica.

Ametista também ressalta que a mídia, de uma forma geral, exerceu e exerce uma grande influência na divulgação da Psicologia e diz,

Cada vez mais há divulgação do trabalho das práticas psi, no meio de televisão, as novelas trazem, os filmes,... A gente tem essa divulgação hoje... Isso vai ampliando e isso faz com que a população chegue.

Ao lembrar o início de sua atuação, Rubi explicita outros motivos que podem estar ligados à questão da divulgação, para o aumento da procura pelo psicólogo, e diz,

Eu penso primeiramente que a oferta cria demanda, então eu acho que tem um aspecto aí... Naquela época não existia demanda, não existia nem psicólogo na cidade! Eu acho que isso é um dos motivos principais.

Importante pensarmos aqui nessa relação entre oferta e demanda no mercado das práticas *psi*. Alguns autores tratam essa questão e destacam que o psicólogo não deve assumir o papel de um prestador de serviços. Nesse sentido, para Figueiredo (1996), seriam “serviços a serem consumidos e avaliados e regulados pela lógica e pela ética do mercado e dos direitos do consumidor” (p.40).

Neubern (2005) também questiona tal ponto e afirma:

É como se a relação comercial implicasse que alguém especializado (o clínico), servindo-se de um conhecimento confiável (as teorias) devesse se ocupar das questões do cliente, sem que este, o maior interessado, necessariamente entrasse e problematizasse suas demandas, refletisse abertamente o trabalho terapêutico em seus cenários cotidianos e buscasse, enfim, a autonomia para gerir e construir seu próprio destino. Nesse sentido, pode ser destacada a criação de uma verdadeira cultura de consumo terapêutico, em que a terapia existe como um produto em si a ser consumido por um público que a demanda, mas sem que necessariamente isto se reverta em processos de mudança mais efetivos. (p.79)

Caberia então, pensarmos que, ao seguir apenas a lógica do mercado, o psicólogo clínico pode estar a serviço do mesmo. Estaria contribuindo para a criação e permanência de uma demanda potencial e constante para manter seu próprio trabalho, seu consultório, então seria mantido financeiramente pela própria manutenção das queixas dos seus clientes. Dessa forma, os consultórios particulares estariam garantidos. Podemos tomar esta como uma questão que pode, em alguma medida, justificar o destaque da Psicologia clínica como área de atuação. Principalmente, se levarmos em consideração que é justamente a questão do consumo que tem promovido muitos males na contemporaneidade e tal mal-estar é tratado dentro dos consultórios de Psicologia.

Leitão e Nicolaci-da-Costa (2003) contribuem para essa discussão e explicam:

O capital não é em si um problema, como a terapia não é em si um produto: ambos estão inseridos numa rede de significações, sentidos e cenários sociais e é nessa mesma rede que devem ser pensados conscientemente seus respectivos usos. Se é certo que a sociedade se complexifica e exige cada vez mais respostas dos especialistas (Ehrenberg, 1998), não é menos correto que tais demandas sejam acompanhadas e desenvolvidas por uma reflexão ética e responsável. Afinal, sendo a Psicologia clínica também uma construção da sociedade, ela não pode eximir - se da responsabilidade de se refletir, sobretudo, no que diz respeito a seus impactos nessa sociedade. (página?)

Em relação à oferta de serviços da Psicologia, apenas para responder a um mercado, uma colocação foi ressaltada por Ametista. Ela chama a atenção para o que denominou de *proliferação da Psicologia* e comenta:

Hoje em dia qualquer problema em casa leva ao psicólogo... as crianças e adolescentes... e na maioria dos casos o problema não é a criança... são os pais... ou é o adolescente... ou são os pais que são adolescentes... Então eu acho que a gente tem que ter uma postura ética..., escutar... ver o que se coloca, ser muito ético nesta questão, pra você acabar não psicologizando... não sei... não colocando a criança no lugar de doente.

Cristal também aponta a necessidade de um esclarecimento por parte dos próprios profissionais sobre o seu trabalho para a população que o procura e nos diz:

Existe uma procura e cabe a nós enquanto profissionais estar esclarecendo na medida do possível, na medida dos ouvidos de quem importa ouvir, de quem está chegando, para a população sobre o nosso trabalho, que expectativas eles têm em relação ao nosso trabalho.

Os depoimentos mostram, que embora o papel do psicólogo atualmente seja mais divulgado e desmistificado sobre o lugar de tratar “doidos”, as pessoas ainda não sabem o que realmente podem esperar de uma atuação psicológica e que tipos de atividade o psicólogo pode exercer.

Nesse sentido, diante da sua experiência, Safira ressalta:

Às vezes esperam mais do que é, do que o psicólogo pode fazer, é muito interessante quando chega assim normalmente eu pergunto, qual a sua expectativa vindo até aqui tal, e às vezes as expectativas são altíssimas.

Essa questão é ampliada quando Jade ressalta que essa dificuldade de compreensão sobre as atividades desenvolvidas pelo psicólogo não atinge apenas a população, para ela essa confusão atinge os próprios profissionais:

A minha vivência me diz que as pessoas não sabem, mas as pessoas não sabem por que a gente mesmo não sabe.

Podemos considerar, em certa medida, que tal aspecto pode estar demonstrando a existência ainda presente da imagem do psicólogo como o clínico, de consultório privado, atendendo individualmente, em consonância com os estudos de Figueiredo (1996). Podemos refletir que, provavelmente, algumas atuações de psicólogos podem

estar fortalecendo uma manutenção dessa relação de mercado. Sabemos que essa é uma questão muito delicada e importante, principalmente entre os psicólogos clínicos que atuam em clínicas particulares.

No que se refere à questão da manutenção de clientes na clínica (consultório), obtivemos depoimentos divergentes. Topázio diz que,

Tenho vários colegas que também as clínicas estão cheias, e tem várias pessoas se formando todo ano, tem gente que eu nem conheço, mas que a gente sabe que estão trabalhando, então assim, a cidade está aumentando, o número de psicólogos aumentou, mas tem cliente pra todo mundo, entendeu. A competição aumentou e também as pessoas estão procurando mais, procuram hoje os postos de saúde, antes a terapia era mais elitizada, só fazia terapia quem tinha condições de pagar ou que tinha um bom convênio.

Rubi diz:

Eu vejo trabalho de colegas recém formados, é muito difícil, quanto tempo você passa mantendo a clínica com poucos pacientes, e o que é que faz com que algumas pessoas continuem e outras não.

Pérola colabora com essa discussão quando fala da sua insatisfação em relação à insegurança financeira como psicóloga clínica atuando em consultório e afirma:

É muito difícil você viver como psicólogo, essa é uma insatisfação que eu tenho sabe, porque, você depois de muitos anos de formado você continua... não tem nenhuma tranquilidade, não tem nenhuma perspectiva de que daqui a um tempo, não vai ter, não tem tantas propostas de emprego, não tem, isso é uma coisa que me entristece com relação à nossa profissão.

A partir dessas falas, podemos afirmar que a realidade encontrada no mercado de trabalho em nossa cidade, local de atuação dos participantes, não é tão diferente do que é encontrado em outras localidades. Segundo Yamamoto, Siqueira e Oliveira, a Psicologia “ainda é uma atividade profissional em busca de um reconhecimento público e de consolidação no mercado de trabalho do Rio Grande do Norte” (1997, p.43), não se encontrando diferente do resto do Brasil no que se refere às atividades desempenhadas, que se concentram, ainda que de maneira desigual, nos três grandes pólos (saúde,

entendida majoritariamente como clínica, organização e escolar), sendo que a grande maioria se encontra na saúde-clínica.

Nesse sentido, a profissão no estado ainda segue outras tendências nacionais: a predominância feminina na profissão; mais da metade dos psicólogos desenvolvendo atividades de psicoterapia; atuando em clínicas psicológicas particulares; e vislumbrando-se uma tendência para um aumento da inserção no setor público. O que se percebe em Natal/RN, é que, nos últimos anos, tem aumentado a demanda de candidatos ao vestibular nos cursos de Psicologia, aparecendo entre os cinco primeiros mais procurados da UFRN nos últimos quatro anos; percebe-se um aumento de concursos públicos para psicólogos; aumento de oferta de vagas para professores de Psicologia, em virtude do número de cursos; e um aumento do número de cursos de Psicologia.

4.3 – O psicólogo clínico e os seus lugares

Convidados a refletir sobre o lugar que ocupam como psicólogos clínicos, alguns participantes apontaram que sentem muitas vezes a sua atuação parecer inadequada diante do contexto atual em que vivemos. Como ressalta Ametista,

Hoje em dia as pessoas têm pressa para resolver seus problemas, e eu não tenho à oferecer um tempo determinado... O tratamento exige que o paciente vá pelo menos uma vez por semana, no mínimo uma vez por semana... Então exige tempo dele, dinheiro... Um investimento financeiro e por um tempo que ninguém sabe, então diante desta realidade atual, dos remédios, dos psicotrópicos atuais e tudo, e outros tipos de terapias que existem, várias práticas que não são nem considerados da Psicologia, tarô... Essas coisas... A gente concorre com tantas outras terapias que eu me sinto às vezes um pouco dinossauro oferecendo assim algo totalmente contra o que está aí.

Segundo Ametista, que atua fundamentada teoricamente na psicanálise, as pessoas chegam ao seu consultório querendo resolver de forma imediata o seu mal-

estar, e com isso o tempo da análise torna-se um ponto considerado desfavorável por boa parte dos seus analisandos. E a medicação acaba sendo vista, por alguns, como a solução mais rápida. Em concordância com esse pensamento, Rubi aponta como necessário,

Ter que ter uma paciência e pensar nesse mundo moderno onde a aceleração está colocada o tempo inteiro nessa pressa que se coloca hoje, você sustentar uma clínica é difícil, difícil nesse sentido.

E amplia essa reflexão, quando indica que o psicólogo é de certa forma cobrado a dar uma resposta, como acontece com outros profissionais nas quais suas atribuições comportam uma direção para uma solução de problemas ou conflitos e continua o seu pensamento ao afirmar que,

Nós somos convocados a estar nesse lugar, de responder aí... Se posicionar frente a um lugar muito particular aí, lógico que o médico tem que dar respostas, que o psiquiatra até tem que dar respostas, tem outras funções aí, onde a função é dar resposta mesmo, um juiz precisa dar uma resposta, tem que dar um veredicto, tem que julgar. Mas aí não é o nosso caso.

Enfatizamos que tal expectativa pode estar relacionada ao modelo mais conhecido e divulgado de atuação do psicólogo, baseado no modelo de clínica tradicional do início do desenvolvimento da Psicologia, em que o diagnóstico ocupava um lugar de destaque e havia a grande influência do modelo médico de tratamento, como discutimos no primeiro capítulo desse trabalho. Ainda percebemos as marcas da herança médica em alguns discursos e atuações e também, como expectativas da maioria da população em relação ao trabalho do psicólogo.

Ametista ainda ressalta,

Diferente do médico que oferece um remédio, a gente não oferece algo assim concreto, então às vezes eu acho que é difícil o paciente compreender até por que também, apesar de eu achar que Psicologia hoje em dia todo mundo fala muito, fala que é necessário, tudo hoje em dia é psicólogo para cá, psicólogo

para lá, mas as pessoas não sabem o que o psicólogo faz, como é esse trabalho... você tem sempre que explicar o que é...

Contribuindo para a discussão sobre o papel ou o lugar ocupado pela Psicologia clínica nos dias atuais, Esmeralda trouxe, em sua fala, uma indicação de que nossa atuação, segundo ela, nem sempre é fundamental ou necessária, e que muitas vezes o que leva alguém ao consultório é a falta de espaço para expressar o que sente entre as famílias e uma ausência de uma rede de apoio no enfrentamento de problemas, como por exemplo, numa situação de falecimento de um ente. Esmeralda afirma:

O meu papel era o que o padre fazia lá. Se você disser o que é que eu fiz em termos assim, que seja de uma prática psi..., claro que eu dei um lugar de escuta a ela, e que poderia ter sido mesmo um padre, uma boa pessoa sensível, uma boa amiga... Eu acho que outros mecanismos que antes existiam na sociedade não funcionam mais, aquela coisa da amiga de bairro...

Podemos encontrar esse aspecto apontado por Esmeralda, em algumas falas de nossos clientes quando referem sentirem-se sozinhos, desamparados, sem apoio em momentos importantes de suas vidas. Como se não houvesse mais um espaço entre as pessoas para falarem de si no dia-a-dia. Ouvimos muitas pessoas relatarem que não se sentem compreendidas e que gostariam de poder serem ouvidas. Nesse sentido, tal apoio muitas vezes é procurado nos consultórios de Psicologia. Concordando com tal pensamento, Safira ressalta que “*está faltando um espaço de escuta...*” e as pessoas procuram o psicólogo em busca desse espaço. Da mesma forma, Esmeralda aponta que as pessoas não têm parado para escutar o outro e diz,

O conversar é assim, tem que conversar, tem que conversar... Senta, conversa... Assim, não é a coisa do escutar.

Ao pensarmos sobre tal colocação, acreditamos ser essa uma questão importante e que reflete de certa forma, o modo de vida do homem contemporâneo, sem tempo para exercer o encontro com outros, em constante busca por melhores condições de vida e de

status social, em luta muitas vezes consigo mesmo para ser visto e ter sua posição social garantida.

Ressaltamos que as mudanças sócio-econômicas que nosso país tem sofrido, têm levado a uma revisão do modelo de atendimento psicológico em longo prazo em consultórios particulares devido ao declínio financeiro vivido pela classe média, que não tem mais como sustentar tal serviço. Outro ponto fundamental para a modificação dos modelos vigentes de atendimento psicológico foi a entrada do profissional de Psicologia nos serviços públicos de saúde. Tal inserção pode ser considerada um marco nas transformações das idéias, modelos e propostas de atuação diante da nova realidade social, embora ainda encontremos psicólogos apenas transportando o modelo de clínica privada, mesmo atuando na saúde pública.

Pérola indica em sua fala a existência da transposição desse modelo e diz:

É consenso de certa forma que merece no mínimo um questionamento o psicólogo fazer apenas atendimento individual num posto de saúde. Mas por uma série de questões, por exemplo, eu escuto alguns colegas dizerem que não se sentem confortáveis, seguros para fazer atendimento em grupo por que não tiveram a formação de grupo, entendeu, e aí acabam fazendo só atendimento individual porque se sentem mais confortáveis fazendo aquilo, enfim, por outras razões, acabam reproduzindo esse modelo.

Diante dessa discussão, acabamos por retornar à questão que envolve a nossa formação generalista, as especializações e formações realizadas após a graduação e a diversidade das áreas de atuação. Contraditoriamente, somos formados para atuar em qualquer área, porém as atuações acabam precisando se especializar e se diferenciar justamente pela área ser específica. E, erroneamente, acabamos por enfatizar a formação técnica em detrimento de uma atuação fundamentada em posturas éticas diante do sofrimento humano, independente do local ou área em que estivermos atuando. Precisamos ter cuidado em não deixar a teoria, a técnica, nos afastar da vivência com o outro, ter cuidado em não se especializar ao ponto de se afastar de uma escuta e de um

olhar clínico. E considerar a clínica não como uma área de atuação específica, mas como propõe Perez (1999, citado por Tassinari, 1999),

O uso do termo clínica passará a designar a especificidade do trabalho do psicólogo, referindo-se a uma forma de olhar os fenômenos que ultrapassam a obviedade dos fatos e vai buscar no oculto, no não dito, nas entrelinhas, a interpretação intersubjetivamente construída e compartilhada, que confere significado e pertinência à existência concreta. (p.11)

Podemos identificar uma direção nesse sentido na fala de Rubi, quando chama a atenção para nossa inserção e atuação nas diversas instituições, sejam públicas ou privadas; ela diz,

Como as instituições precisam de normas para poder funcionar, então eu acho que muitas vezes é um erro, é uma armadilha que nós profissionais da área clínica deixamos escorregar aí, cair, e muitas vezes se perder na questão de normatização... Se se prender a essa questão normativa a clínica dança, a clínica dança, e o sujeito se perde. Eu vejo muitas vezes esse olhar clínico se perdendo em função do cumprimento das demandas institucionais, a instituição demanda isso e o profissional tem que ir lá e cumprir e aí eu trabalho com o conceito de sujeito, a Psicologia é o indivíduo...

Em concordância com tal pensamento, Tassinari (1999) aponta para a necessidade de o profissional de Psicologia atentar para as questões políticas, socioculturais e as mudanças institucionais para que nossa atuação psicológica não seja “engolfada” pelo poder institucional. Nesse sentido, torna-se essencial estarmos atentos aos lugares que ocupamos e como estamos exercendo o nosso papel. Talvez seja preciso questionar em alguns momentos a quem estamos servindo e de que maneira nossas intervenções respondem aos reais pedidos das pessoas que nos procuram e das instituições nas quais estamos inseridos. Sobre essa atenção, Villari (2004) afirma,

Estarmos alertados sobre o tempo que habitamos significa encontrarmos suas marcas em cada demanda, em cada relacionamento terapêutico, identificando sua natureza histórica. As marcas deste tempo trazem, além das estruturas e formas clínicas conhecidas, novas formas subjetivas que desafiam as práticas e as teorias psicológicas. (p. 24)

4.4 – A escuta clínica

Ao longo da discussão no grupo e na realização das entrevistas individuais, pudemos perceber que a maior parte dos participantes considerou haver uma especificidade na atuação clínica. Ressaltamos que, para alguns deles, é a escuta clínica que diferencia a Psicologia clínica de outras áreas de atuação. Perguntamos sobre o que seria essa escuta clínica e obtivemos as seguintes definições:

Topázio faz a seguinte consideração:

É uma escuta diferente. Na clínica eu chego mais perto do cliente, para que eu possa entender mais, entender melhor, é fantástico, eu acho mágico isso de você atender uma pessoa, de semanalmente encontrá-la, analisar as reações dela.

Segundo Pérola, a escuta clínica pode ser definida da seguinte forma:

É essa escuta, essa disponibilidade de ouvir, essa disponibilidade de compreender o que está lhe trazendo, o que está lhe dizendo. Eu acho que isso é o que a gente acaba fazendo, e faz aqui, e faz lá, ou em qualquer lugar. Essa disponibilidade para ir até o outro, de se aproximar do outro, entender o que ele está dizendo, ouvir realmente o que ele está dizendo.

Tais falas assemelham-se ao que Dutra (2004) tem considerado como escuta clínica. Ela afirma que

O diferencial da escuta clínica encontra-se na qualidade da escuta e acolhida que se oferece a alguém que apresenta uma demanda psíquica, um sofrimento, para um outro que se propõe a compreender esta demanda. Representa uma determinada postura diante do outro, entendendo-o como sujeito que pensa, sente, fala e constrói sentidos que se expressam, se criam e se modificam nessa relação de subjetividades, num determinado mundo e num certo momento das suas histórias. Significa como diz González-Rey (2001), “outorgar à psicoterapia um lugar diferente dentro de outros campos de atividade profissional do psicólogo”. (p. 212)

Em sua experiência, atuando numa instituição pública onde atendia pais, Cristal assim fala:

Sobre o lugar da escuta, o lugar de se ouvir, passa pelo acolhimento, um acolhimento..., eram desempregados, totalmente diferentes do que a gente vê no consultório, que tem condições de pagar, pessoas que têm uma condição de

vida melhor, teoricamente melhor, hipoteticamente falando, mas assim... Eles só queriam mesmo um espaço para ser ouvidos, serem acolhidos dentro das suas angústias.

Jade também traz essa consideração em seu discurso e afirma que as pessoas “voltam pra ter um acolhimento porque ninguém está compreendendo lá fora”.

Segundo Rubi, é a escuta clínica que diferencia a atuação e intervenção do psicólogo clínico, ela expressa a seguinte opinião,

Veja bem, uma dinâmica, quem é que não pode aplicar, me diz, qualquer um, não precisa ser psicólogo,... se não tiver alguém atinado ao discurso, às intervenções, aos cuidados, aí não é psicólogo, qualquer um pode..., perde a particularidade do sujeito, que a gente tem que ficar muito atento a isso... Um psicólogo que não tenha assim nenhuma formação... Fica muito difícil, ou vira um administrador, tecnocrata, ou qualquer outra coisa, vira um pedagogo, essa é nossa especificidade, é a escuta, né?

Nessa mesma direção, Cruz (2003) diz que “é sobre o invalidado, sobre o que não escutam os que devemos prestar atenção... Na escuta que fazemos de nossas escutas” (p.58). Para esse autor, o que é próprio da clínica é a sua capacidade de escuta.

Uma escuta, que para ele significa,

Escuta antes de tudo daquilo que não está aparente que não se encontra audível e que, portanto, não encontrou sua forma de expressão... Mesmo que a questão do lugar possa parecer um tanto elementar, o onde se faz ainda assume um peso relevante no estabelecimento dos lugares de fala e de escuta. (p.60)

Pérola, em seu depoimento, indica partir do mesmo princípio, embora discorde que apenas o psicólogo clínico tenha essa escuta e afirma,

Não é uma exclusividade, mas certamente é uma ferramenta que normalmente deveria ter ou tem e que outros não têm ou não tiveram essa preocupação, essa prioridade. Mas acho que é claro que é uma ferramenta que está mais presente na nossa rotina do que em outros profissionais. Se ele não tiver essa escuta, fica complicado, é muito difícil ouvir o outro é um exercício você quase que se abstrair de você mesmo e tentar estar junto do outro, não é uma tarefa fácil. Mas não diria que é exclusiva do psicólogo clínico, acho que tem profissionais que são muito sensíveis mesmo.

Ao longo das falas, pudemos perceber que a maioria dos participantes relaciona a atuação clínica a uma escuta diferenciada e essa escuta exige uma disponibilidade e uma habilidade do profissional que não é algo ligado a uma técnica em si. Trata-se de uma outra ordem. Nessa direção de pensamento, encontramos vários autores que também apontam, em certa medida, para essa afirmação.

Para Morato (2006)¹⁰, “ser clínico não é uma especialidade da Psicologia, ser clínico é ser psicólogo, é um modo de agir, uma atitude que demanda alguma coisa que não pode ser treinada”. Para essa autora, “ser clínico é deixar a alteridade do outro, ressoar nas nossas próprias alteridades” e afirma que “essa é a diferença entre qualidade da escuta de um padre, de um amigo. Eles estão fora, nós enquanto clínicos falamos de dentro (de nós mesmos) para um outro. Cuidar do outro é cuidar também de mim”. Concordamos com tal colocação e acreditamos que assumir uma atitude clínica e desenvolver uma escuta diferenciada deveria fazer parte das ações de todos os profissionais da Psicologia, quer estejam inseridos em escolas, empresas, hospitais ou outros locais de atuação. Nesse sentido, teríamos verdadeiramente uma clínica ampliada. Como mostra Cruz (2003), “uma clínica que tenha condições de ultrapassar os modelos existentes de enquadre das subjetividades, estando atenta ao que se produz, ao novo e ao inusitado” (p.57).

Para Figueiredo (1996), “clínica é *inclinarse diante de*, dispor-se a *aprender-com*, mesmo que a meta, a médio prazo, seja *aprender-sobre*” (p.129). *Aprender-sobre* para esse autor pode assim ser explicado:

Se cabe ao clínico aprender com o paciente algo que mais ninguém pode ensinar, algo que não está disponível em parte alguma, que só ocorre no próprio clínico e que apenas com grande dificuldade, e sempre imperfeitamente, conseguimos nomear e, quem sabe, teorizar, sua ‘técnica’

¹⁰ Aula ministrada no Curso de Especialização em Psicologia Clínica Fenomenológico-Existencial da Universidade Federal do Rio Grande do Norte em abril de 2006.

basicamente será a de instituir o tempo e o espaço para que o outro venha a ser e se mostre em sua alteridade. (p.130)

Entendemos, assim, a escuta clínica como o meio próprio do psicólogo buscar compreender o que está sendo dito, ouvir o que não é dito e permitir a criação de um espaço para que as singularidades possam ressurgir. Espaço esse, cada vez mais restrito nos dias atuais. Talvez o nosso tempo necessite de mais escuta do que de olhares, como indica Figueiredo (1996),

O olhar sugere a soberania e o distanciamento de quem vê e ao ver se apodera do que é visto, enquanto que a escuta coloca o que ouve numa posição mais próxima, passiva, padecente. É mais fácil dirigir o olhar que a escuta; é mais fácil abrir e fechar os olhos que os ouvidos. Os olhos pedem luz para funcionar, os ouvidos funcionam melhor no silêncio. Os olhos se lançam sobre o mundo iluminado à procura, enquanto os ouvidos esperam silenciosamente. (p.131)

Diante do que foi exposto, podemos dizer que a escuta clínica é algo que caracteriza a Psicologia clínica, embora não seja exclusiva dela. As falas dos participantes sugerem que a escuta clínica é o que diferencia o psicólogo de outros profissionais e que de certa forma deveria ser o principal instrumento no exercício da profissão, independente da área na qual o psicólogo atue.

4.5 – A demanda e o sofrimento psíquico na contemporaneidade

A discussão dos modos de sofrimento na contemporaneidade apresentou certa tendência em concordar sobre a existência de novos sintomas de adoecimento decorrentes do modo de vida atual. Alguns consideram que os sintomas são os mesmos, porém a mudança maior se refere à forma de compreensão do sofrimento dada pelo profissional. No entanto, a maioria aponta que o sofrimento psíquico do homem contemporâneo é permeado por profundas questões sociais.

Concordamos com tais colocações e entendemos que o homem contemporâneo sofre as pressões advindas de uma sociedade extremamente consumista, competitiva, violenta e que vivencia mudanças constantes e velozes de valores. E que tal forma de se viver tem evocado novas formas de expressão de angústia e mal-estar.

Encontramos em Safra (2004) subsídios para compreender de que forma o modo de vida do homem contemporâneo tem contribuído para as diferentes formas de sofrimento. Para esse autor, as diferentes formas de sofrimento hoje encontrados na clínica são decorrentes de “fraturas da cidadania, estilhaçamento da ética, fenômenos que se encontram na literatura psicológica e social sob a categoria de *exclusão social*” (p.140). Ele chama a atenção para algumas modalidades de sofrimento, denominadas de humilhação, desenraizamento e invisibilidade. De certa maneira, todas estão ligadas à questão da exclusão social, sendo a humilhação considerada pelo autor, como “a situação em que o ser humano é não só impedido de participar do campo social como um todo, mas, fundamentalmente, é visto pelas pessoas das classes dominantes como inferior e desprezível” (p. 140). Segundo o autor, o desenraizamento acontece no registro étnico, no estético e no ético. “O desenraizamento étnico se dá pela perda da conexão com os elementos sensoriais e culturais que remetem o ser humano à memória de sua origem e aparece como uma impossibilidade de pertencer e de encontrar seus *iguais*” (p.141). No desenraizamento estético, Safra (2004) aponta para uma falta de relação, no mundo atual, entre a estética do corpo e a estética das máquinas. E afirma que “organizações estéticas excessivamente abstratas, decorrentes da estética das máquinas ou do mundo digital, levam a um tipo de adoecimento vivido como forma de enlouquecimento, em que o corpo deixa de ser um lugar de alojamento da psique” (p.142). O desenraizamento ético, para o autor, “surge em um mundo nem sempre regido por um respeito e por uma responsabilidade pelo humano” (p.142).

Sobre a invisibilidade, Safra (2004) afirma ser a experiência vivida pelos pacientes, de não serem vistos no campo social, e ressalta:

Trata-se de uma situação que freqüentemente vem acompanhada pelo sentimento de humilhação, mas a experiência de não ser visto ganha preponderância... O mal-estar decorrente dessa situação pode gerar uma desesperança e amargura ou, em casos extremos, deflagrar comportamentos violentos como única forma de alcançar alguma visibilidade (p.143).

Sem dúvidas, encontramos em nossos consultórios expressões dessa exclusão social e das fraturas causadas por ela e estamos, cada vez mais, deparando com depoimentos que nos afetam e colocam todo o nosso conhecimento numa espécie de berlinda. Ao questionarmos, aos participantes da pesquisa, sobre as principais formas de sofrimento relatadas por seus pacientes, encontramos diversas opiniões.

Jade colaborou com essa discussão ao responder:

É muita angústia! São rompimentos de laços afetivos (morte, separação) que sempre deixam a pessoa em sofrimento. Tem chegado também muitos casos assim de síndrome de pânico, de fobias, depressão, algumas depressões mais graves também, mas geralmente é sofrimento mesmo, dessa incompreensão do outro que não escuta.

Ametista diz,

Eu acho que a maioria chega com depressão. Hoje em dia tudo é depressão também não é, uma tristeza..., alguém morre..., você está se sentindo triste... É proibido ficar triste hoje em dia... Essa coisa de que ninguém mais pode chorar, ninguém mais pode envelhecer, eu também vivo isso, ninguém pode mais..., as pessoas dizem “olhe fulaninho perdeu uma pessoa e tem que ir para um psicólogo”.

Safira expressa a seguinte afirmação,

A gente está vivendo numa sociedade que não fazer sucesso não é tolerado. Você tem que ter, ganhar mais, tem que ser a psicóloga conhecida de tal lugar, é sempre mais, eu acho que isso, eu percebo muito isso hoje em dia... E todo mundo sabe...

Esmeralda sugere uma explicação para essas exigências de sucesso partindo da idéia de que vivemos uma troca de mitos. Segundo ela, trocamos o mito de Édipo pelo mito de Narciso e explica:

A gente está vivendo a cultura do narcisismo, Narciso morre por se transformar em objeto de amor dele próprio, então ele é espelho dele mesmo, então quando você vê isso refletido nos atendimentos, você vê essa falta... Que as pessoas têm pressa pra tudo, não pode mais ter luto, não pode mais chorar, não tem projeto de vida, não tem interdito, tudo pode tudo.

Para colaborar com o ponto de vista de Esmeralda, achamos interessante recorrer à definição de Eizirik (1995) sobre o narcisista:

Narcisista não é só aquele “que tem excessivo amor a si mesmo”, mas também aquele que é intensamente frágil para suportar a diferença, por isso quando lembramos do mito nos remetemos ao culto a uma imagem irreal, ilusória de si mesmo e do mundo. (p.24)

Ainda sobre os sintomas contemporâneos, Esmeralda diz,

Eu estou na clínica há 22 anos, e eu não tenho assim visto muita diferença de sintomatologia, isso nos jovens... Pessoas da minha idade não... O que é que quero dizer com isso, as pessoas estão vindo por algum sofrimento psíquico... Também trabalho no serviço de saúde neste tempo, e o que diferencia de fato é a questão social, mas o sofrimento é muito grande.

Cristal sugere uma concordância ao afirmar que,

Acho que sempre adoeceram, sempre enlouqueceram, mas que viver hoje de certa forma também é muito louco... Assim, essa coisa que você não tem garantia de nada... Talvez antigamente... tinha uma estrutura... hoje em dia é completamente ilusório... É igualmente louco você ser são, digamos assim.

A opinião de Jade é que não houve mudança na demanda dos seus clientes, mas faz uma diferenciação quanto ao seu modo de atuar hoje. Ela nos disse,

Eu acho que a demanda sempre foi muito parecida com o que eu tenho hoje. Mas o meu olhar e minha forma de ver é que é diferente, na verdade os casos eram os mesmos, rompimentos, morte, depressão era tudo isso. O diferente é a forma como eu olho hoje... O que mudou foi o meu modo de ser psicólogo, meu modo de olhar o outro, isso mudou mesmo... a mudança maior é na minha prática, no meu modo de fazer, os pedidos são os mesmos, as demandas são as mesmas, mas o sentido é diferente.

Rubi aponta a existência dos sintomas considerados clássicos, mas também o surgimento de novos sintomas nos relatos que ouve em seu consultório. Ela assim diz,

É, tem uma mudança dos sintomas clássicos, hoje em dia você vê aí os sintomas contemporâneos, anorexia, bulimia, essas compulsões às compras... A obesidade, esse lado aí que eu acho que é muito da contemporaneidade, muito do endividamento... E também essa falta de rumo.

Topázio, ao fazer uma análise comparativa dos relatos e motivos pelos quais as pessoas buscavam ajuda do psicólogo no início de sua atuação e nos dias de hoje, chegou à seguinte conclusão:

O que eu noto hoje é que os adultos, a fala dos adultos de hoje, na clínica, é bem diferente da fala deles há vinte anos atrás... Hoje o estresse é muito maior. As pessoas estão mais estressadas, estão mais inseguras, estão com muitos medos, são medos assim, medo de sair de casa, medo de viajar, medo de que os filhos saiam, do que pode acontecer com os filhos, então é um medo, que eu não ouvia, eu não escutava esses relatos quando eu me formei, há vinte e quatro, vinte e cinco anos atrás. Então hoje tem essa coisa diferente, tem elementos novos.

Por elementos novos, destacados por Topázio, entendemos ser a violência e o medo que tem adoecido hoje as pessoas e, para Cruz (2003), isso pode sugerir que estamos revivendo os tempos da barbárie. Ele ressalta o papel do Estado nessa condição de insegurança e medo vividos pela população e afirma,

Além disso, a precariedade de discurso, a fragilidade de uma narrativa que permita construir uma história, faz com que essa mesma boa parte da população seja considerada inviável; ou seja, justamente aquela que não encontra seu lugar, seu reconhecimento. Neste caso estou falando da miséria incidindo diretamente nas condições da subjetividade. (p.55)

Nesse sentido, podemos ressaltar que tal pensamento de Cruz (2003) encontra concordância com o que foi expresso anteriormente por Safra (2004). E sobre a violência a que estamos submetidos, em todos os níveis e a todo o momento, podemos afirmar que em muitas situações vivenciadas ela já não é mais identificada como violência.

Pérola aponta outros aspectos que têm motivado o sofrimento do homem contemporâneo,

As pessoas encontram muito pouco lazer, quase não tem, é quase inexistente, não tem mais aquele tempo do ócio, de ficar sem fazer nada, o horário de trabalho se estende durante muito tempo não é, acho que vêm também as pressões do mundo globalizado, do ter, do consumismo, das necessidades que são criadas e financeiramente acaba ganhando pouco pra suprir todas essas necessidades que de certa forma foram criadas, mas que acabam existindo.

Parece-nos que estamos vivendo uma grande contradição: no momento em que tanta tecnologia proporciona tantas facilidades para o nosso dia-a-dia, não conseguimos dar conta de tantas necessidades, criadas por nós mesmos, e assim, nos colocamos em situação de sofrimento. Como afirma Berman (1986), “a moderna humanidade se vê em meio a uma enorme ausência e vazio de valores, mas ao mesmo tempo, em meio a uma desconcertante abundância de possibilidades” (p.21).

Safra (2006) ¹¹ nos convida a pensar que o mundo contemporâneo é um mundo constituído por um mesmo, onde todos precisam se vestir da mesma forma, todos precisam parecer iguais. Para esse autor, esse aspecto obtura qualquer possibilidade do diverso, do outro, não permitindo assim a experiência de hospitalidade, de revelações de singularidade: “É um mundo que conspira contra a alteridade”.

Em Boss e Condrau (1976), encontramos semelhança de pensamento, principalmente no que se refere à afirmação de que o homem cada vez mais se encontra afastado de si mesmo. Segundo esse autor,

Inegavelmente os homens também não cessam de afastar-se existencialmente uns dos outros e de se tornarem estranhos entre si. No meio das massas humanas de nossas grandes cidades, a maior parte dos homens sentem-se cada vez mais isolados e separados de seus semelhantes. (p.29)

¹¹ Aula ministrada no Curso “Reinventando a clínica contemporânea: Novos parâmetros para novas formas de adoecimento e sofrimento”, no EPSI, em João Pessoa em 26 de maio de 2006. DVD da Série Formação Clínica com Gilberto Safra, edições Sobornost.

Morato (2006)¹² mostra que a manifestação do sofrimento se amplia a partir das situações que acontecem e que não podemos pensar somente na angústia existencial. Segundo essa autora, a angústia existencial é origem, é constitutiva do ser humano. Para ela, estamos nos referindo a uma outra angústia e que estamos diante de demandas que se manifestam de uma outra ordem.

4.6 – A “nova Psicologia Clínica”

Prosseguindo a leitura das narrativas, chegamos à percepção de que os discursos dos participantes sugerem um entendimento de que a Psicologia clínica não pode ser considerada a mesma Psicologia clínica que tinha como fundamento a técnica e o modelo médico como referência. É necessário considerar todas as modificações atravessadas ao longo da história da humanidade e as características de cada sociedade.

Boa parte dos depoimentos definiu a clínica de forma coerente com a discussão levantada por autores como Andrade & Morato (2004), Dutra (2004), Figueiredo (1996; 2002), Safra (2004; 2006) e Silva (2001), já referenciados ao longo desse estudo. Relembramos a discussão realizada sobre a ética e os seus significados e para o momento acreditamos ser adequado relembrarmos que a ética ou o *ethos* está relacionado com o *habitar o mundo*, como mostra Figueiredo (1996). Essa ética tanto se refere aos costumes e hábitos, como a morada do ser e com o *existir no mundo* (p.45). E a nova concepção de clínica está fundamentada no enfoque dessa ética, em contraposição ao uso de técnicas.

¹² Aula ministrada no Curso de Especialização em Psicologia Clínica Fenomenológico-Existencial da Universidade Federal do Rio Grande do Norte em Abril de 2006.

Podemos citar como exemplo o depoimento de Rubi. Ela mostrou a seguinte compreensão:

Hoje com meu percurso e minha formação em psicanálise eu tenho consciência de que a clínica é muito mais ampla do que um atendimento individual, de consultório, a clínica trabalha com a escuta e a escuta pode se dar em qualquer lugar... A clínica é feita em qualquer lugar que se escute e que se intervenha, baseado em pressupostos teóricos em formação idônea.

Jade afirmou que há uma grande diferença de conceituação, entendimento e atuação entre os alunos recentemente formados e os profissionais que saíram da universidade há mais de 20 anos. Para ela, essa discussão sobre uma nova clínica é mais facilmente compreendida e aceita pelos novos profissionais. E nos afirma,

Pelo menos a visão que os alunos estão saindo da universidade é essa, dessa clínica mais ampliada, que eu posso fazer clínica em qualquer lugar, que eu posso ter uma sala, mas que a minha escuta vai para qualquer lugar. E isso é difícil para quem tem anos de formado.

Podemos pensar que em certa medida as mudanças ocorridas nos projetos políticos pedagógicos das agências formadoras estão promovendo uma mudança na conceituação e nos modos de atuação de todos os psicólogos. E o significado de ser psicólogo clínico, realizando uma nova clínica, precisa estar relacionado a posturas éticas e políticas, como sugere Dutra (2004):

A nova concepção de clínica na Psicologia passa, então, a buscar uma articulação mais concreta entre a clínica e o social. Podemos dizer que o novo fazer clínico inclui uma análise do contexto social em que o indivíduo está inserido. (p. 382)

Em entrevista concedida a RedePsi (2006), Morato aponta para essa mesma direção de pensamento e afirma que “a população não pede mais terapia nos moldes tradicionais, pede um acompanhamento em períodos de crise, para repensar questões, para suportar momentos difíceis e para organizar-se satisfatoriamente no meio em que vive”.

Encontramos na fala de Jade, contribuição para esse entendimento. Ela diz,

Eu não consigo mais nem ver meus clientes em processo de psicoterapia... Eu ouvi isso e concordo que a gente faz uma escuta continuada, é muito melhor do que processo de psicoterapia. Porque eu sei que existe um processo, um processo de auto-conhecimento que a gente está em busca, mas nem todas as pessoas que chegam para a clínica vem apenas procurando auto-conhecimento, às vezes é apenas uma angústia momentânea e não precisam de um processo, por que autoconhecimento já tem, elas precisam de uma escuta, de um acolhimento, de algo mais urgente para aquilo que está acontecendo e não necessariamente ela tenha que ficar em processo.

Podemos aqui perceber uma mudança no modelo de atendimento clínico tradicional em longo prazo. Em certa medida, essa modificação é pertinente diante do que tem chegado aos consultórios de Psicologia. Ressaltamos a existência de novas modalidades de atendimento psicológico, como por exemplo, o plantão psicológico, que surgiu como uma possibilidade de realizar uma escuta e um acolhimento emergencial, trabalhando com os conteúdos trazidos no momento exato da necessidade. E outros tantos trabalhos e intervenções inovadoras, possíveis de serem realizadas em função do modo de vida contemporâneo. Embora, para muitos, essas modalidades não sejam conhecidas e nem reconhecidas, principalmente pelos profissionais que foram formados na época em que tais modalidades de atendimento não eram discutidas nem possíveis de serem realizadas nas disciplinas oferecidas pelos cursos de Psicologia.

Como pode ser mostrado por Leitão e Nicolaci-da-Costa (2003),

Grande parte dos trabalhos da Psicologia continua a utilizar exclusivamente teorias tradicionais para interpretar os impactos psicológicos gerados pelo novo contexto social. Com muita frequência, os psicólogos analisam novos sentimentos, comportamentos e conflitos humanos como diferentes manifestações de velhas e conhecidas tendências, deixando de captar aquilo que de novo emerge na configuração psicológica do homem contemporâneo. (p.422)

Andrade e Morato (2004) possibilitam o enriquecimento dessa discussão quando justificam que a mudança na concepção de clínica passa pela dimensão da ética.

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 essa abertura para o mundo, possibilite a criação de outras dimensões à compreensibilidade da humanidade do homem. (p.351)

Encontramos na fala de Jade um caminho nessa direção, quando ela ressalta,

O olhar para a clínica que não é só de consultório, é abrangente, a clínica vai para o posto de saúde, a clínica vai pra delegacia... A minha clínica hoje é assim, parece com o formato da clínica tradicional, mas aqui dentro não é mais uma clínica tradicional porque dentro de mim já não existe mais, aquilo já se desconstruiu, eu já me sinto uma nova clínica e é isso que eu passo pra meus alunos, mesmo que você tenha uma sala, num consultório é essa clínica... Para que as pessoas compreendam.

Costa (2002) defende que é através da ética que poderemos transformar as nossas ações e afirma que

Só o compromisso com esta ética pode poupar-nos do risco do tecnicismo laboratorial, “consultorial” ou “privativista” que corta artificialmente o sujeito de seus elos com os outros, para reencontrá-lo, depois, na figura do indivíduo sem mundo; sem futuro; sem comunidade e sem parceria, na construção da minuciosa arte de viver solidariamente e amorosamente. (p.12)

De maneira geral, os participantes não definiram claramente que baseiam suas atuações na ética ou trataram o momento vivenciado por eles como psicólogos clínicos ou como estando diante de uma nova Psicologia clínica. Dentre as oito pessoas que participaram dessa pesquisa, apenas duas trouxeram essa questão. Podemos explicar que tais apontamentos fazem parte de um processo de mudança ocorrido ao longo dos estudos e transformações pessoais pelas quais passaram e que são pessoas que

acompanham essa discussão em meios acadêmicos. No entanto, em todos os discursos foi percebida uma inquietação e necessidade de haver um maior aprofundamento das questões que envolvem o ser psicólogo clínico hoje. Tanto após a realização do grupo de discussão quanto ao final de cada entrevista individual essa necessidade foi colocada.

Para a maioria dos participantes, o trabalho como clínicos ainda é um trabalho individual, de certa forma isolado. Para Ametista, “*é um trabalho muito solitário*” e sugere haver a necessidade de acontecer mais encontros entre os profissionais da área. Não apenas encontros científicos, como seminário, supervisões, mas encontros entre os próprios psicólogos, para que possam falar de si, dos seus trabalhos. Um espaço para trocar experiências. Safira também aponta essa necessidade e diz:

Eu estava pensando e acho tão importante, tão interessante ter momentos assim, é pra gente discutir sobre a clínica que eu gostaria que tivesse mais.

Topázio concorda com a falta de contato entre os profissionais e fala:

Achei a iniciativa boa por você fazer um estudo de como está a clínica hoje, o que é que os psicólogos estão falando, qual a linguagem, como é que está a clientela, o que é que se está fazendo em Natal. Por exemplo, eu sinto falta de saber o que é que os colegas estão fazendo, fica difícil de fazer contato, ninguém se conhece, trabalha com o que, não sei se um seminário, ou o que pudesse fazer uma integração entre as pessoas.

Estamos, nesse momento, talvez percebendo um caminho de possíveis transformações. Encontros entre os que vivem a clínica. Pensamos ser esse um primeiro passo para se repensar as práticas de cada um, saindo das idéias, saindo das reflexões, um direcionamento para se compreender a necessidade de uma nova clínica. Uma clínica que não mais se aprisiona em função da sua fundamentação teórica, mas que precisa abrir espaço para uma reconstrução das teorias e das práticas psicológicas baseada na realidade vivenciada pelos nossos clientes/pacientes e também por nós mesmos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A clínica que se vive”. Toda a construção desse trabalho partiu da reflexão de experiências vividas, por nós, como psicólogos clínicos. Iniciamos esse estudo afirmando que pretendíamos construir reflexões a respeito da prática clínica na contemporaneidade a partir da escuta de psicólogos que vivenciam a clínica. Ao longo de nosso trabalho, tivemos a oportunidade de entrar em contato com os participantes da pesquisa e pudemos ouvir um pedido de novos encontros, desejando dialogar mais sobre suas práticas. Sentimo-nos gratificados por esse momento. Também pudemos realizar um retorno, mesmo que breve, à trajetória da história da Psicologia e compreender o desenvolvimento da Psicologia clínica. Esse percurso promoveu novos questionamentos e proporcionou novas articulações. Dentre elas, a percepção de que a mudança de concepção do conceito de clínica está em processo, e em certa medida, não poderia ser diferente, se considerarmos todo o desenvolvimento da Psicologia ao longo da história. Ela surgiu e cresceu às margens de outras disciplinas e por muito tempo “precisou” ser sombra da medicina e da psiquiatria, até para existir como possibilidade.

Pudemos pensar também que, da mesma forma que o contexto pós-guerra trouxe um campo de desenvolvimento do trabalho do psicólogo, demanda essa advinda das consequências da segunda guerra, tivemos outros momentos que acabaram por criar demandas para a Psicologia clínica, como o período de ditadura militar. E que momento estamos vivenciando hoje? Todo o contexto de evolução das tecnologias, vividos por nós no mundo moderno, também tem gerado novas demandas. Contraditoriamente a toda essa evolução, estamos diante de graves e antigos problemas sociais, cada vez mais gerados e mantidos pelas condições sub-humanas de sobrevivência, pelo sofrimento

causado pela violência, pela miséria, pelo descaso, pela falta de intervenção do Estado em áreas fundamentais de organização de qualquer sociedade. Nós, psicólogos clínicos, estamos inseridos nesse contexto, nas universidades e faculdades e a população que tem procurado os serviços da Psicologia também.

Nesse sentido, podemos dizer que é a própria solicitação de ajuda de parte da sociedade, diante do panorama social vivido atualmente, que tem nos feito repensar as nossas atuações. E toda essa realidade que se apresenta em nossos consultórios tem nos colocado em situações de sofrimentos que não estão contemplados nos livros das teorias e técnicas das práticas *psi*, e nem poderiam estar. São fenômenos do mundo contemporâneo, são novas demandas e novas solicitações. E ainda insistimos em lidar com novos contextos sociais assegurados por antigas formas de se pensar e realizar a clínica e a própria Psicologia. Precisamos abandonar de vez a ilusão que as nossas técnicas, diagnósticos e modelos de tratamento, que nos foram apresentados como únicos recursos em nossas formações, nos proporcionavam, uma falsa segurança de que sabíamos como agir e o que fazer. A partir dessa nova crise em que estamos inseridos na atualidade, e da qual este trabalho é reflexo desse momento, possamos, junto aos que solicitam nossa intervenção, sejam usuários dos serviços de saúde pública, usuários dos serviços das clínicas-escolas, das delegacias da mulher, da criança, do adolescente, junto às comunidades, aos agentes de saúde, aos alunos em salas de aulas e nas práticas, enfim, em todos os setores da sociedade, realmente construir uma nova clínica.

Diante dessa discussão nos é apontada uma reconfiguração do modelo de atuação do psicólogo clínico e a necessidade de reavaliar sua prática nos novos contextos de atuação clínica; o psicólogo precisa ampliar sua visão de mundo e buscar compreender a realidade da população que solicita seu serviço. Estar atento às reais demandas do seu local de atuação, adaptar o olhar à população, ao pedido, à

complexidade de cada situação, de cada lugar, de cada instituição. Sair do seu primeiro modelo de atuação que já se tornou inadequado para a realidade em que vivemos. Definitivamente, precisamos abrir mão da herança do modelo médico de atendimento, das “brigas” e separações entre as escolas de pensamento e pelos locais de atuação. A partir do que pudemos compreender, diante das reflexões dos participantes da pesquisa, podemos afirmar que não há, ainda, de fato, grandes modificações nas atuações clínicas e nem há realizações de um trabalho em conjunto. Os próprios psicólogos falam da ausência de possibilidades de haver uma maior troca de informações e experiências entre a categoria. O trabalho clínico foi apontado como algo muito isolado e solitário por muitos participantes. A idéia da necessidade de adequação das práticas em função da nova realidade social está presente nas discussões, mas para muitos ainda é só uma idéia. No entanto, parecem ser apontadas mudanças na formação dos novos psicólogos, os quais já incluem em sua bagagem, questões referentes às novas demandas e aos lugares da Psicologia clínica.

Em relação ao mercado de trabalho para o psicólogo clínico, ao menos em nossa cidade, foi apontado como sendo não satisfatório. Ainda são poucas as oportunidades de emprego. Talvez, por isso, ainda se mantém como uma primeira alternativa a opção de atuação na clínica de consultório particular que, apesar de ser, financeiramente, um investimento em longo prazo, encontra-se em grande expansão. E não podemos reduzir essa escolha a uma sedução econômica. Boa parte dos profissionais disse ser verdadeiramente apaixonada pelo exercício da clínica e foi exatamente essa paixão que os mantiveram em seus consultórios, mesmo quando não havia resultados financeiros. Certamente teríamos outros apontamentos se houvesse uma ampliação desse estudo, se além de ouvir psicólogos clínicos que atuam predominantemente em consultórios particulares, pudéssemos buscar a compreensão da visão sobre a clínica dos psicólogos

que estão inseridos nos serviços públicos de saúde, nos hospitais, nas organizações, nas escolas, nas comunidades, profissionais que atuam junto ao poder judiciário, nas varas de infância e adolescência, com políticas públicas, psicólogos que trabalham junto às vítimas de emergências e desastres, etc. Temos muito ainda a conhecer e a dialogar. Também pudemos compreender que ser psicólogo clínico na contemporaneidade é ser também desalojado, viver a clínica em nossos dias é viver constantes desafios. Ser um profissional que promove encontros, que cuida de relações, em um mundo onde cada vez há menos espaço para o compartilhar, é também estar diante de constantes mudanças. Certamente as mudanças trazem angústias, e sabemos muito bem disso! Temos em mãos o desafio de repensar nossas práticas, a partir delas mesmas, e poder escutar o diferente, o desconhecido, na tentativa de construir novos caminhos de saúde para os psicicamente adoecidos do nosso tempo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amatuzzi, M. M. (2002). Pesquisa Fenomenológica em Psicologia. In M. A. T. Bruns & A. F. Holanda (Orgs.), *Psicologia e Fenomenologia - Reflexões e Perspectivas* (pp. 17-26). Campinas: Átomo & Alínea.
- Andrade, A. N. de, & Morato, H. T. P. (2004). Para uma dimensão ética da prática psicológica em instituições. *Estudos de Psicologia*, 9 (2), 345-353.
- Baptista, L.A. S. (2000). *A fábrica de interiores: a formação psi em questão*. Rio de Janeiro: EdUFF.
- Barreto, C. L. (2001). *A Psicologia clínica e o mal-estar contemporâneo: Impasses e re-significações*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.
- Barus-Michel, J. (2001). Sofrimento, trajetos, recursos - dimensões psicossociais do sofrimento humano. In T. Aiello-Vaisberg & F. F. Ambrosio (Orgs.), *Trajetos do Sofrimento: Rupturas e (re) Criações de Sentido* (pp. 17-39). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Benevides, R. B. (2002). Saúde Mental: a importância de se assegurarem direitos. In C. Rauter, E. Passos, & R. Benevides (Org.), *Clínica e Política: Subjetividade e Violação dos Direitos Humanos* (pp.123-140). Rio de Janeiro: TeCorá.
- Berger, P. (1985). Para uma compreensão sociológica da psicanálise. In: S. A. Figueira (Org.), *Psicanálise e ciências sociais* (pp. 11-26). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Berman, M. (1986). *Tudo que é sólido desmancha no ar: a aventura da modernidade*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Bock, A. M. B. (1995). Eu caçador de mim: pensando a profissão de psicólogo. In M. J. P. Spink, *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da Psicologia social* (pp. 280-291). São Paulo: Brasiliense.
- Boss, M. (1977). *Angústia, culpa e libertação: ensaios de psicanálise existencial*. São Paulo: Duas Cidades.

- Boss, M., & Condrau, G. (1976). Solidão e comunidade. *Daseinsanalyse*, 2, 36-49.
- Cabral, A. (1979). *Dicionário de Psicologia e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura.
- Costa, R. (2002.). *Ética do discurso e verdade em Apel*. Belo Horizonte: Del Rey.
- Critelli, D. M. (1996). *Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. São Paulo: EDUC/Brasiliense.
- Cruz, W. C. (2003). *Duas ou três idéias sobre o fazer psi e a contemporaneidade*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Duran, A. P. (1995). Alguns dilemas na formação do psicólogo: buscando sugestões para superá-los. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Psicólogo brasileiro - práticas emergentes e desafios para a formação* (pp. 331- 371). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Dutra, E. (2002). A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 371-378.
- Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da Psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 381-387.
- Eizirich, M. F. (1995). Paradigmas da subjetividade contemporânea. *Educação, subjetividade e poder*, 2 (2), 22-25.
- Féres-Carneiro, T., & Lo Bianco, A. C. (2003). Psicologia Clínica: uma identidade em permanente construção. In O. H. Yamamoto, & V. V. Gouveia (Orgs.), *Construindo a Psicologia Brasileira: desafios de ciência e prática psicológica* (pp. 99-119). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferreira Neto, J. L. (2004). *A formação do psicólogo: clínica, social e mercado*. São Paulo: Escuta.

- Ferreira, A. A. L. (2006). O múltiplo surgimento da Psicologia. In A. M. Jacó-Vilela, A. A. L. Ferreira, & F. T. Portugal (Orgs), *História da Psicologia: rumos e percursos* (pp. 13-46). Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Ferreira, R. F., Calvoso, G. G., & Gonzáles, C. B. L. (2002). Caminhos da pesquisa e a contemporaneidade. *Psicologia: reflexão e crítica*, 15(2), 243-250.
- Figueiredo (1992). *A invenção do psicológico*. São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, L. C. M. (1993). Sob o signo da multiplicidade. *Cadernos de subjetividade*, 1, 89-95.
- Figueiredo, L. C. M. (1995). *Modos de subjetivação no Brasil e outros escritos*. São Paulo: EDUC.
- Figueiredo, L. C. M. (1996). *Revisitando as Psicologias: da epistemologia à ética nas práticas e discursos psicológicos*. São Paulo/ Petrópolis: EDUC/ Vozes.
- Figueiredo, L. C. M. (2002). *A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação, 1500-1900*. São Paulo: EDUC/Escuta.
- Figueiredo, L. C. M. (2006). A questão do sentido, a intersubjetividade e as teorias das relações de objeto. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 19, 79-80.
- Forghieri, Y. C. (2004). *Psicologia fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisas*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Gondar, J. (2003). A sociedade de controle e as novas formas de sofrimento. In M. Arán (Org.), *Soberanias* (pp. 81-89). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Heidegger, M. (1979). *Conferências e escritos filosóficos*. São Paulo: Abril Cultural.
- Holanda, A. (2002). Pesquisa fenomenológica e Psicologia eidética: elementos para um entendimento metodológico. In M. A. T. Bruns, & A. F. Holanda (Orgs.), *Psicologia e pesquisa fenomenológica - Reflexões e perspectivas* (pp. 41-64). São Paulo: Omega.

- Houaiss, A. (2001). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. São Paulo: Nova Cultural.
- Japiassu, H. A. (1979). *Psicologia dos psicólogos*. Rio de Janeiro: Imago.
- Josephson, S. C., & Neves, C. A. B. (2002). A Crítica como Clínica. In: L. D. Machado, M. C. C. Lavrador, & M. E. B. Barros (Orgs.), *Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo* (pp. 99-108). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Leitão, C. F., Nicolaci-da-Costa, A. M. (2003). A Psicologia no novo contexto mundial. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 421-430.
- Lévy, A. (2001). *Ciências clínicas e organizações sociais: sentido e crise do sentido*. Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC.
- Lo Bianco, A. C., Bastos, A.V. B., Nunes, M. L. T., & Silva, R. C. (1994). Concepções e atividades emergentes na Psicologia clínica: implicações para a formação. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação* (pp. 7-76). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Martins, J., & Bicudo, M. A. V. (1994). *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Moraes/EDUC.
- Massimi, M., & Guedes, M. C. (2004). *História da Psicologia no Brasil: novos estudos*. São Paulo: EDUC.
- Merleau-Ponty, M. (1996). *A fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes.
- Morato, H. T. P. (2004). Para uma dimensão ética da prática psicológica em instituições. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 345-353
- Moreira, D. A (2002). *O Método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson.
- Neubern, M. S. (2004). *Complexidade & Psicologia clínica: desafios epistemológicos*. Brasília: Editora Plano.

- Neubern, M. S. (2005). A dimensão regulatória da Psicologia clínica: o impacto da racionalidade dominante nas relações terapêuticas. *Estudos de Psicologia*, 10(1), 73-81.
- Peixoto Júnior C. A. (2003). Uma breve leitura do sintoma social dominante na atualidade. In M. Áran (Org.), *Soberanias* (pp. 153-161). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Penna, A. G. (1997). *Repensando a Psicologia*. Rio de Janeiro: Imago.
- RedePsi (2006). *Entrevistas - Henriette Tognetti Penha Morato*. Obtido em 26 de janeiro de 2006, de <http://www.redepsi.com.br/portal/modules/>
- Romero, E. (2000). As dimensões da existência como fundamento para uma abordagem compreensiva e fenomenológica em Psicologia. In D. S. P. Castro (Org.), *Fenomenologia e Análise do existir* (pp.165-190). São Paulo: Sobraphe.
- Safra, G. (2004). *A po-ética na clínica contemporânea*. São Paulo: Idéias & Letras.
- Safra, G. (2006). *Hermenêutica na situação clínica*. São Paulo. Edições Sobornost.
- Santos, B. S. (1987). *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Afrontamento.
- Santos, G. A. (2001). Ética, formação, cidadania – A educação e as nossas ilusões. In G. A. Santos (Org.), *Universidade, formação, cidadania* (pp. 149-167). São Paulo: Cortez.
- Severiano, M. F. V., & Estramiana, J. L. A. (2006). *Consumo, narcisismo e identidades contemporâneas: uma análise psicossocial*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Silva, É. R. (2001). Psicologia Clínica, um novo espetáculo: dimensões éticas e políticas. *Psicologia Ciência e Profissão*, 21 (4), 78-87.
- Szymanski, H., Almeida, L. R., & Pradin, R. C. A. R. (2002). *A entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva*. Brasília: Editora Plano.

- Tassinari, M. A. (1999). *Plantão Psicológico Centrado na Pessoa como promoção de saúde no contexto escolar*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Villari, R. A. (2004). Da necessidade à demanda: produzindo sujeitos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24 (4), 22-29.
- Yamamoto, O. H. (1987). *A crise e as alternativas da Psicologia*. São Paulo: EDICON.
- Yamamoto, O. H., Siqueira, G. S., & Oliveira, S. C. C. A. (1997). Psicologia no Rio grande do Norte: caracterização geral da formação acadêmica e do exercício profissional. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 2(1), 42-67.