

PUC

NELISA DE ARAÚJO GUIMARÃES

A PRÁTICA DA PSICOLOGIA CLÍNICA EM QUESTÃO: CONSIDERAÇÕES SOBRE A
INSERÇÃO SOCIAL DO PSICÓLOGO CLÍNICO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

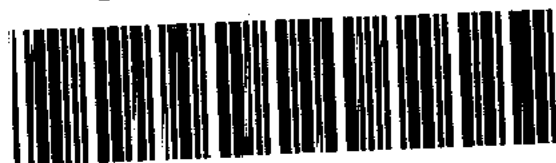
P.U.C./RJ

Rio de Janeiro, 15 de fevereiro de 1982

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Rua São Vicente, 225 - CEP 22453
Rio de Janeiro — Brasil

N.Cham. 150 G963a TESE UC

Título A prática da psicologia clinica em questão : considerações



Ex.1 PUCB

0104674

BC - PUC

DOAÇÃO

NELISA DE ARAUJO GUIMARÃES

A PRÁTICA DA PSICOLOGIA CLÍNICA EM QUESTÃO: CONSIDERAÇÕES

SOBRE A INSERÇÃO SOCIAL DO PSICÓLOGO CLÍNICO

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Esther Frankel

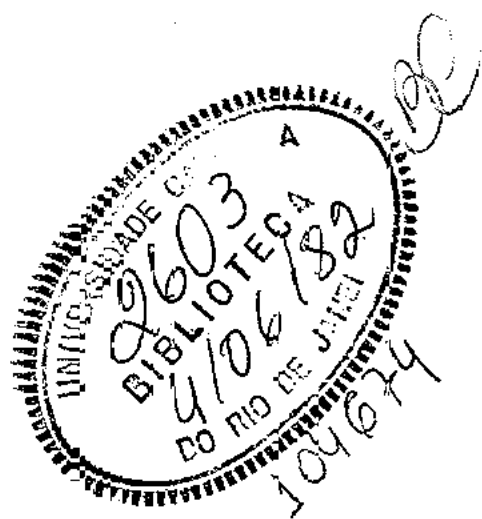
Departamento de Psicologia

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro, 15 de fevereiro de 1982

71 387

24



150

69/82 a

7/11/82

BB-14849-9

SC 7

A Suzana Queiroz Campos Tonin,
minha estrela-guia

- na vida

Meus agradecimentos

- a Esther Frankel, pelo acompanhamento amigo.
- a Vera Portocarrero, Maria Alice R. Carvalho, Elisa Dias Veloso, Marianne Schreier, Maria Elizabeth Leite Ribeiro, Helena Martins da Silva, Suzana Cruz, pela colaboração.
- a Maria Regina Domingues de Moraes, pela confiança sempre renovada.
- a Roberto Curi Hallal, pelo exemplo de uma prática profissional coerente e apaixonada.
- a Marcos, pelo carinho constante e imprescindível.
- a meus pais, pelo apoio incondicional.
- ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ, pela possibilidade criada de pensar e produzir.
- a CAPES, pela ajuda financeira recebida.

Com gratidão especial:

- a meus alunos e supervisandos, pela provocação e pelo desafio.

"No caminho do conhecimento, estamos lutando contra alguma coisa; e essa coisa é sempre inexplicável, maior, mais poderosa do que nós".

(Carlos Castañeda, 1974)

Não tenho a menor sabedoria

Não percebo o mistério

e o não-sentido

Resta-me a explicação precária

e fragmentada

das hipóteses racionalizadas

(Nelisa, 1980)

R E S U M O

A trajetória dos escritos corresponde à trajetória de indagações sobre a inserção social da prática do psicólogo clínico. Parte da justificativa das opções sobre o tema e a metodologia: preocupação com a definição dessa prática, e apoio na análise arqueológica dos discursos social e "oficial" sobre a psicologia clínica, análise que visa revelar lacunas, condições de exterioridade e correlação de forças no acúmulo dos enunciados aí encontrados. Prossegue através da relação fragmentada (dificilmente poderia ser completa...) dos eventos marcantes encontrados na história da prática da psicologia, e mais especificamente da psicologia clínica contextualizada - Rio de Janeiro, Brasil. Prossegue ainda através do levantamento das características histórico-políticas de tal contexto e das diretrizes políticas quanto à saúde aí adotadas. Desses dois prosseguimentos, chega a uma análise da revelação ideológica encontrada na prática da psicologia enquanto definida pela legislação pertinente e pelas normas do Conselho Federal de Psicologia: a demanda oficial coloca a psicologia clínica na função de recurso auxiliar e disciplinar para controle e normatização dos indivíduos. O impasse é visto dentro das intrincadas relações de poder e das formas que surgem no processo de ideologização - a prática da psicologia clínica, e sobretudo da psicoterapia, se mostra apoiada nos conceitos "fabricados" de doença mental, normal-patológico, ajustado-desajustado, e na prática classificatória e controladora da "clínica". Surge uma saída para a confusão de identidade do psicólogo clínico: a perspectiva de uma atuação consciente de suas condições sociais e engajada num projeto de promoção de mudanças.

R E S U M É

Ce travail est un essai d'indagations sur l'insertion de la pratique de la psychologie clinique dans la société. Il commence par une description du thème et de la méthodologie utilisée; le thème du travail est une discussion sur la pratique psychologique, et la méthodologie utilisée est l'analyse archéologique des discours "officiels". Cette analyse vise à révéler les lacunes, les conditions d'extériorité et la corrélation de forces dans l'accumulation des énoncés qui s'y trouvent. Dans la continuité du travail, on fait une recherche "fragmentée" des événements les plus importants de l'histoire de la psychologie clinique dans un certain contexte - Rio de Janeiro, Brésil. Ensuite, on fait aussi une recherche des caractéristiques historiques et politiques de ce contexte, et des définitions politiques concernant la santé de la population. On arrive à une analyse idéologique de la pratique de la psychologie, telle que définie par la législation et les normes du Conseil Fédéral de Psychologie. On arrive, tout de suite, à la conclusion que les exigences officielles chargent la psychologie clinique d'une fonction de recours auxiliaire et disciplinaire destinée à contrôler et à normatiser les individus. Il y a un impasse dans la psychologie clinique qui se pose à partir des relations complexes de pouvoir et à partir du processus d'idéologisation trouvés dans cette pratique. La pratique de la psychologie clinique, et surtout de la psychothérapie, est fondée sur les concepts "fabriqués" de maladie mentale, normal - pathologique, ajusté - mal ajusté, est sur l'attitude classificatoire et de contrôle de la pratique "clinique". Il y a, peut-être, pour le psychologue clinique, une option devant cette confusion d'i-

dentit : la perspective d'être conscient de ses conditions social
les et de s'engager dans un projet de changements.

S U M Á R I O

| | | |
|------|---|-----|
| I. | INTRODUÇÃO | 1 |
| | 1. Uma opção pessoal | 1 |
| | 2. Um corte - na história da psicologia | 3 |
| | 3. Um recorte - metodológico | 9 |
| II. | ENFOQUE DE UMA PRÁTICA | 15 |
| | 1. Fragmento histórico da prática da psicologia clínica | 15 |
| | 2. Fragmento histórico da prática da psicologia no Brasil | 30 |
| | 3. Fragmento histórico da prática da psicologia clí- nica no Rio de Janeiro | 50 |
| III. | ENFOQUE DE UM CONTEXTO | 63 |
| | 1. Fragmento histórico da recente situação políti- ca brasileira | 63 |
| | 2. Algumas especificidades da situação política do Rio de Janeiro | 70 |
| | 3. Alguns esclarecimentos sobre a política de saú- de no Brasil | 76 |
| IV. | ENFOQUE DA RELAÇÃO PRÁTICA VERSUS CONTEXTO: UMA RE- VELAÇÃO IDEOLÓGICA | 96 |
| | 1. Uma definição de ideologia | 96 |
| | 2. Alguns aspectos de uma revelação ideológica ... | 106 |
| | 2.1 Na legislação federal que regulamenta a pro- fissão de psicólogo - em destaque a defini- ção do campo da psicologia clínica | 106 |

| | | |
|-----|--|-----|
| 2.2 | Nos pareceres e resoluções do Conselho Federal de Psicologia - em destaque as condições da prática da psicologia clínica | 121 |
| 2.3 | Na legislação municipal e estadual que cria o cargo e o quadro de psicólogo no Rio de Janeiro | 127 |
| 3. | O psicólogo clínico no Rio de Janeiro: agente de um recurso auxiliar e disciplinar? .. | 129 |
| V. | A QUESTÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO CLÍNICO | 133 |
| 1. | Sua inserção social | 133 |
| 1.1 | A questão do poder | 133 |
| 1.2 | O psicologismo e a produção de ideologia | 134 |
| 1.3 | O conceito de doença mental e sua abordagem clínica | 138 |
| 1.4 | A psicoterapia | 144 |
| 2. | Suas condições de existência e desenvolvimento | 147 |
| VI. | CONCLUSÃO | 152 |
| | APÊNDICE (entrevistas) | 155 |
| | BIBLIOGRAFIA | 179 |

I. INTRODUÇÃO

1. Uma opção pessoal:

A opção implica uma infinidade de perdas. Falar do Psicólogo Clínico no Rio de Janeiro, Brasil, num tempo recentíssimo, ainda atual na sua continuidade, é optar por um pretendido engajamento crítico, que perde, pela falta de distanciamento, isenção, aparente neutralidade e possibilidade de obter informações mais organizadas. Às vezes, ver o passado longínquo com os olhos de agora significa percorrer um trajeto de explicações e justificativas até o presente. E ver o passado recente pode significar um corte com o passado remoto, para não perceber as origens de formação do objeto em questão. Mas, ver o passado recente é ver mais de perto o presente - e, isso sim, me parece fundamental no momento.

Houve um tempo em que não existia o psicólogo clínico, e seu aparecimento certamente se deve a condições históricas (da história dos saberes, das idéias, e da história política das sociedades) que criaram a possibilidade e, talvez, uma necessidade à qual tem procurado responder. É fundamental a consciência desse tempo para não considerar a prática do psicólogo clínico como um a priori incontestável: pode ser necessário admitir a sua falta de identidade, a sua morte, o seu silêncio, para constituir (ou revelar de que se constitui) a sua fala, o seu discurso, as características de sua atuação, a sua identidade. Afinal, a vida se afirma sobre a morte, a fala sobre o silêncio, a identidade sobre o não existir.

Há uma história da psicologia, na qual se insere a história

da psicologia clínica; há uma história da filosofia, da qual emerge a história da psicologia; há uma história da biologia, da fisiologia, da pedagogia, da medicina, da psiquiatria, com as quais a psicologia clínica mantém estreitas relações; há uma história dos conceitos de higiene, doença, normalidade-anormalidade, loucura, etc., que tem permitido a intervenção de técnicas normatizadoras no âmbito social; e há muitas outras histórias, que podem trazer referências a tudo que compôs o nascimento da prática clínica em psicologia. A tessitura dessas referências é tarefa gigantesca. A proposta que assumo é infinitamente mais humilde e limitada: olhar os antecedentes e as condições que culminaram com o reconhecimento legal do profissional psicólogo, com o estabelecimento de suas atribuições, com a organização e o controle da classe de psicólogos e com o crescimento imenso da opção por uma prática clínica (especialmente privada) entre os psicólogos. Não será um olhar desinteressado - o interesse se remete diretamente ao trabalho exercido como psicoterapeuta, supervisora e professora, à necessidade de entender e situar esse trabalho, e à preocupação de desvendar suas implicações, sua utilidade social, sua significação enquanto emergente e atuante num determinado contexto social. Logo, não será também um olhar exclusivo - a inclusão de uma perspectiva política se faz necessária para compreender, por um lado, o momento histórico geral vivido por esse contexto social e, por outro, para compreender o jogo de poder específico que tornou possível a vitória na luta pelo reconhecimento legal da profissão de psicólogo:

"... uma NOVA ERA acabava de surgir para a Psicologia. Os Psicólogos brasileiros consertavam

uma luta que se haveria de concluir, meses depois, com sua grande vitória: A DEFINIÇÃO PROFISSIONAL DE UMA CLASSE" (Soares, 1979-pg.34).

Vitória que, embora comemorada ufanisticamente pelo Conselho do Conselho Federal de Psicologia A.R. Soares, não tem, entretanto, garantido ao psicólogo clínico direitos inconstestáveis, como o direito à prática da psicoterapia, por exemplo (alguns projetos-lei têm surgido para retirar do psicólogo clínico o direito de praticar a psicoterapia e entregá-lo integralmente aos médicos).

A opção de tomar como foco algumas condições recentes do trabalho do psicólogo clínico no RJ parte da sua expansão nesta cidade (expansão que tem ocorrido simultaneamente em outros grandes centros urbanos do país), do seu reconhecimento crescente e dos conflitos encontrados nessa expansão e nesse reconhecimento.

2. Um corte - na história da psicologia:

Psychê=alma. Logos=razão. A palavra PSICOLOGIA foi forjada por Goclenius no século XVI. Mas, o estudo da alma tem 2500 anos de idade, com origem identificada na filosofia grega. "Alma" referia-se a: nascimento, morte, vida, sonhos, delírio, potencia dos ventos; sombra, espírito, sopro, atividade... Como ilustração, eis aqui uma descrição de morte feita por Homero nas *Iliadas*, XVI :

"A alma abandona seus membros e se vai, voando, para o Hades, lamentando seu destino, deixando a força e a juventude ..." (citado em: Mueller, 1978 - pg. 5).

O homem começou a ser dividido, analisado. Foram se construindo as dicotomias corpo-espírito, corpo-alma, sentidos-razão, e várias maneiras de explicar uma possível oposição ou uma interrelação: elementismo, animismo, naturalismo, esperitualismo, reducionismo, racionalismo, empirismo, atomismo, associanismo, materialismo, positivismo, fenomenologia. Algumas frases de alguns pensadores ilustram as diferentes maneiras de resolver ou explicitar tais dicotomias:

"Fosse o olho um ser vivo, e a visão seria sua alma" (Aristóteles, De Anima II, citado em: Mueller, 1978 - pg. 43).

"... dar mais créditos a nossa razão do que a nossos sentidos" (Descartes, Princípios de Filosofia, citado em: Mueller, 1978 - pg. 152).

"O coração tem razões que a própria razão desconhece" (Pascal, Pensées IV, citado em: Mueller, 1978 - pg. 163).

"... as impressões recebidas... não cessam ... e, embora as esqueçamos, não se apagam" (Leibniz, Nouveaux Essais Sur l'Entendement Humain II, citado em: Mueller, 1978 - pg.182).

"A imaginação, influenciada por uma idéia forte ou uma violenta paixão, influi no corpo e no temperamento; reciprocamente, as doenças do corpo atacam a imaginação e o espírito" (La Mettrie, Traité de l'Âme, citado em: Mueller, 1978 - pg. 200).

"Não se pode estar à janela e ver-se passar pela rua. No teatro, não se pode ser, ao mesmo tempo, ator no palco e espectador na sala" (A. Comte, Cours de Philosophie Positi-

ve, citado em: Mueller, 1978 - pg. 244).

"... o indivíduo que pretende agir com fins tão nobres e tem nos lábios essas frases excelentes, passa, a seus próprios olhos, por um ser excelente; sente-se crescer, a cabeça cresce, e também a dos outros, mas é apenas o intumescimento do vazio" (Hegel, *Phénoménologie de l'Esprit*, citado em: Mueller, 1978 - pg. 248) .

"As extensas concordâncias da psicanálise com a filosofia de Schopenhauer - ele não só defendeu a primazia da afetividade e a importância preponderante da sexualidade, como até adivinhou o mecanismo do recalque..." (Freud, *Ma vie et la Psychanalyse*, citado em: Mueller, 1978 - pg. 249).

A psicologia também tem refletido a questão das dicotomias. Christian Wolff, alemão, chegou a reconhecer duas psicologias: a psicologia racional, ciência da alma, e a psicologia empírica, ciência dos fatos psíquicos (Mueller, 1978). A primeira incluiria um princípio espiritual, que estaria abolido da segunda. A primeira estaria presa à tradição filosófica, e a segunda estaria aspirando ao status de ciência natural com indagações inspiradas na fisiologia.

A psicologia tentava, por um lado, renegar sua origem filosófica em prol da cientificidade. O ano de 1879 é frequentemente apontado como o marco inicial da existência "científica" da psicologia - Wilhelm Wundt fundava seu laboratório de psicologia experimental em Leipzig. A escolha de tal marco denuncia, por si, a adoção de uma mentalidade instaurada no século XIX que define o "espírito científico" a partir do positivismo (de Comte)

e do evolucionismo (de Spencer e Darwin), privilegiando os fatos observáveis, a matéria, a objetividade, e repudiando especulações puramente racionais, ditas "filosóficas".

O início do século XX assinala a criação de vários laboratórios de psicologia e de revistas especializadas, a realização de congressos de psicologia, a utilização da hipnose como recurso psicoterápico, a aplicação da psicologia à educação, os estudos sobre atenção, memória, emoções, sobre psicofisiologia, sobre psicologia da criança, psicologia animal, psicologia religiosa, psicologia social testes psicológicos, etc. (Mueller, 1978; Hall & Lindzey, 1966). No plano teórico, três pilstras vão sustentar os desenvolvimentos teóricos posteriores; a psicologia profunda (psicanálise), a reflexologia (e depois o behaviorismo) e a teoria da Gestalt. No plano da prática, da psicologia aplicada (segundo Heidbreder, 1969), desenvolvem-se, durante o século, especialmente as seguintes áreas: psicologia ligada aos problemas da indústria e do comércio, psicologia educacional e psicologia clínica.

A psicologia abarca uma pluralidade de teorias e métodos, atualmente. Japiassu (1975), filósofo brasileiro, insere o problema da pluralidade das "ciências psicológicas" dentro de uma questão epistemológica, evidenciada, segundo ele, pela existência de quatro principais direções metodológicas: psicologia experimental, behaviorismo, gestaltismo e psicologia existencial de inspiração fenomenológica. Mesmo pretendendo superar o dualismo corpo-alma para compreender a totalidade de seu objeto (...), a psicologia tem se visto aprisionada a esquemas que reduzem e fracionam esta totalidade.

"A psicologia hesita entre a alienação de uma filosofia do espírito e a alienação de um materialismo psicofisiológico" (Japiassu, 1975 - pg.48).

Japiassu (1975) conclui então:

"Talvez uma das tarefas da psicologia fosse a de descobrir ou redescobrir, não tanto os conteú-dos manifestos de seu discurso, mas seus conteú-dos silenciados e as razões que engendram esse silêncio".(Japiassu, 1975 - pg. 169).

Refletindo toda problemática epistemológica da psicologia, expande-se o campo da psicologia clínica - a pluralidade e os silêncios aparecem na prática do psicodiagnóstico e da psicoterapia (principais atividades do psicólogo clínico, além da prevenção, da pesquisa, do treinamento de outros profissionais, do ensino, conforme enumera Blaya Perez, citado em Velloso, 1977)¹, através das diferentes "linhas" ou "escolas" em torno das quais se aglutinam grupos de profissionais.

Psicologia clínica: define um campo da prática psicológica, uma postura específica na relação do profissional com seu(s) cliente(s), e privilegia métodos de intervenção no espaço social apoiados em pressupostos teóricos eleitos na busca de uma fundamentação científica para esta prática. O contorno da postura profissional e a eleição teórica decorrem da forma de engajamento numa realidade social, que coloca problemas e busca soluções. A

1. A prevenção e o treinamento (de novos psicólogos clínicos) nem sempre são enumerados como atividades do psicólogo clínico. McKay (1975) enumera apenas as seguintes atividades: avaliação, tratamento, ensino e pesquisa.

prática da psicologia clínica terá, então, de ser pensada e analisada a partir desse engajamento - e assim esclareço a posição adotada neste trabalho. Dentro de tal posição, cabe perguntar, por exemplo, por que e para que a construção de testes para exame psicológico assinalou o desenvolvimento da psicologia clínica, marcadamente no seu início (na primeira metade do século), e também cabe perguntar quais são as relações da psicologia clínica com o movimento de higiene mental, com a psicanálise, já que seu desenvolvimento está marcado por estas relações; cabe ainda perguntar o que a II Guerra Mundial colocou como demanda para a psicologia clínica, já que seu crescimento e seu reconhecimento nesse período foram bastante acentuados (principalmente nos países que participaram da guerra); e, finalmente, por que a psicoterapia e a prevenção passam a ser áreas tão importantes da prática em psicologia, principalmente a partir da década de 50. Cabe perguntar mais - inclusive a respeito da posição de subordinação que a psicologia parece assumir diante da psiquiatria (e da medicina, em geral) e da psicanálise. Onde estaria a identidade do psicólogo clínico? Como se delimitariam os recortes do campo da psicologia clínica em relação a esses outros campos? Quais as fragilidades teóricas, metodológicas, e até sociais, que justificariam a sua posição de subordinação? Como se articulam as relações da prática com as instâncias sociais que a reconhecem e legitimam? Afinal, a psicologia clínica tem se desenvolvido certamente para tentar trazer respostas, ganhos, vantagens e perspectivas para, pelo menos, alguns segmentos das sociedades em que sua inserção é significativa. Crescem as instituições de formação e especialização em psicologia clínica; representa esmagadora maioria o grupo de psicólogos que optam pela psicologia

clínica em sua prática profissional. Por que? Esta situação se reproduz em muitos centros urbanos de muitos países do Ocidente; e também no Rio de Janeiro. Minha proposta aqui é a seguinte: partindo de alguns aspectos que têm caracterizado a história da psicologia clínica em outros países, o ingresso e a história da prática psicológica geral e clínica em particular no Brasil, pensar e discutir, então, a inserção social do psicólogo clínico, cuja prática está circunscrita à cidade do Rio de Janeiro e ao período histórico de 62 a 79. Este período, por sua proximidade, tem certamente, fortes semelhanças com a atualidade, o que me servirá como inspiração para uma tomada de posição quanto à identidade profissional do psicólogo clínico - tomada de posição mais consciente do espaço e do tempo em que vivo, dos limites e das possibilidades que configuro e adoto a partir do conhecimento e da crítica, ainda e sempre sujeitos à revisão e à ampliação...

3. Um recorte - metodológico:

Trata-se aqui de reescrever um segmento da história da psicologia clínica no Brasil (o período de 62 a 79, e algumas especificidades do Rio de Janeiro), para desvendar a posição que ocupa, nesse contexto, o psicólogo clínico, segundo as definições "oficiais" extraídas da legislação, dos pareceres do Conselho Federal de Psicologia, do Código de Ética e de alguns outros textos legais ou normativos sobre o assunto. Tais fontes (primárias), no estudo do objeto definido, são discursos reveladores das relações desse objeto (a posição do psicólogo clínico, a definição e a delimitação de sua prática) com as instâncias jurídicas e trabalhistas do poder constituído (Estado e instituição); fa

zem ressaltar, portando, um passado ideológico, atravessado pela ideologia dominante, que vem definir uma positividade, mais que interpretar simplesmente a aspiração de uma classe profissional, ou mesmo a sua existência como resposta a uma necessidade social ainda não atendida.

Dentro da perspectiva arqueológica de Foucault (1972), os princípios metodológicos na análise enunciativa (análise dos enunciados de um discurso) são:

"Descrever um conjunto de enunciados não como totalidade fechada e pletória de uma significação, mas como figura lacunar e retalhada ; descrever um conjunto de enunciados não em referência à interioridade de uma intenção, de um pensamento ou de um sujeito, mas segundo a dispersão de uma exterioridade; descrever um conjunto de enunciados, não para aí reencontrar o momento ou a marca da origem, mas as formas específicas de um acúmulo" (Foucault, 1972, pg. 255 e 256).

O objeto de estudo sugere os seguintes passos (inspirados em Foucault, 1972, 1977a, 1977b, 1979; Birman, 1978; Machado, 1978; Portocarrero, 1980), dentro do método de análise enunciativa:

- verificar as condições externas (sociais, políticas) e imanentes (da própria situação da prática da psicologia clínica na época) de possibilidade do reconhecimento "oficial" da prática da psicologia clínica em 1962 (lei nº 4119, que regulamenta a profissão de psicólogo

- explicar os conteúdos temáticos, as lacunas (silêncios)

e os significados (extraídos da comparação com outros enunciados - retirados de alguns textos, de algumas entrevistas, etc.) relativos à prática da psicologia clínica nos textos selecionados como fonte primária;

- assinalar a existência (ou não) de rupturas na prática efetiva da psicologia clínica (talvez o grande aumento da opção pela área clínica entre os profissionais formados depois da regulamentação, em comparação com outras áreas da psicologia; e o aumento da opção pela prática privada, autônoma), a partir da lei nº 4119 de 1962, a partir do estado de censura e repressão instalado no país depois do golpe militar de 1964, e a partir da articulação deste momento político com o movimento de reconhecimento e expansão da psicologia enquanto profissão.

Não caberá uma análise dos discursos teóricos da psicologia clínica, mas apenas de seu discurso social enquanto define aspectos de sua prática através do seu Código de Ética, por exemplo, e de um discurso "oficial" feito para defini-la através da legislação, por exemplo.

Não se pode ignorar, porém, que o discurso teórico tem o relevante papel de corroborar cientificamente uma determinada prática, e que, seguramente, a prática da psicologia clínica vem sendo corroborada por vários discursos teóricos - psicanalítico, comportamental, existencial, gestáltico, bio-energético, e outros. Talvez seja possível detectar a predominância de um destes discursos teóricos no sub-texto dos textos analisados - a hipótese é levantada na análise feita, com a finalidade de suscitar estudos posteriores. Alguns estudos sobre a prática psiqui

ãtrica e médica em geral podem servir de apoio para estudos sobre a prática psicológica (e serviram neste trabalho), na medida em que analisam a inserção social das práticas em questão e revelam seu conteúdo ideológico (Machado, 1978; Costa, 1976 e 1979); Birman, 1978 e 1980; Portocarrero, 1980; Foucault, 1979; Castel, 1976). Também devem ser incluídos, nesta citação de pontos de apoio, estudos semelhantes sobre a prática psicanalítica (Moscovici, 1978; Castel, 1978; Figueira, 1978). E ainda mais um ponto de apoio: o estudo de Sylvania Mello (1975) sobre as atividades profissionais dos psicólogos e sua relação com a sociedade, tendo como referência a cidade de São Paulo.

Birman (1980) se indaga sobre a produção crescente, na medicina contemporânea, de novos discursos teóricos, surgidos da interdisciplinaridade, ou seja, da relação estabelecida especialmente com as ciências humanas (a psicologia entre elas):

Será "algo que possa se localizar no âmbito de cada um destes saberes, mas que simultaneamente os ultrapassa, inserindo-se na demanda do espaço social que regula a produção de novos discursos, médicos e extra-médicos, sobre a saúde e a enfermidade?" (Birman, 1980 - pg. 26).

A pergunta pode ser aqui adotada, ao se constatar a função, atribuída ao psicólogo pela lei nº 4119, de "utilizar métodos e técnicas" para "diagnóstico psicológico" e "solução de problemas de ajustamento" - esses objetivos não estariam diretamente relacionados a uma função de separar normal-anormal, saúde-enfermidade? Caberia, então, ao psicólogo clínico ver, explicitar e tratar de indivíduos, utilizando e reforçando esta dicotomia? A que tipo de demanda social estaria respondendo a prática da psicolo

gia clínica, ao incluir a problemática do "ajustamento" do indivíduo, anormal ou doente, ao seu meio social?

O Brasil encarou, nos anos 50 e início dos anos 60, um processo acelerado de industrialização, especialmente na área de bens de consumo. Houve necessidade de preparo e manutenção de uma mão-de-obra capaz de integrar tal processo. A instabilidade político-econômica e as insatisfações geradas em alguns segmentos da sociedade ensejaram o golpe de 64 - era hora de controlar, conter, estabilizar, para tentar uma saída, pelo menos, da crise econômica. Os indivíduos tiveram de se adaptar a um sistema de produção que exigia muito, por um lado, e oferecia pouco em termos salariais e assistenciais. Exigia a normatização, oferecia a carência, a repressão e a alienação.

A prática da psicologia vinha, nesse tempo, se expandindo, pouco a pouco, em vários setores: escolas, clínicas e hospitais psiquiátricos, empresas e organizações. Pode-se hipotetizar essa expansão da prática da psicologia clínica no sentido de se constituir como um recurso auxiliar, entre vários outros (medicina, educação, e muitíssimos outros), na tarefa de normatização e controle dos indivíduos, segundo um projeto político, cooptado, de certa forma, pela população que votava antes de 64, e depois imposto à população pelos governos autoritários que se seguiram ao golpe de 64. Na realidade, apesar das diferenças quanto ao pacto de dominação (Furtado, 1977) nos dois períodos (pré e pós 64), a definição "oficial" da prática psicológica parece atribuir-lhe a mesma tarefa de normatização e controle. A prática da psicologia clínica seria então mais um recurso disciplinar, no sentido de buscar um controle sobre os indivíduos com

problemas de "ajustamento" para sujeitar suas forças no nível da docilidade-utilidade (conceito de disciplina utilizado por Foucault, 1979). Os indivíduos devem ser olhados, vigiados, diagnosticados, tratados e disciplinados para trabalhar e atuar em prol da manutenção do sistema sócio-político vigente. A prática da psicologia clínica ganha, assim, sua possibilidade de existência legalizada.

Mas, nem tanto... Permanecem alguns silêncios - a palavra "psicoterapia", por exemplo, não é empregada claramente na legislação como atribuição do psicólogo clínico. Com isto, vem ele tendo de enfrentar certos obstáculos, como no ingresso em sociedades de formação psicanalítica, só recentemente permitido a psicólogos. Algumas brechas também surgem, e o psicólogo clínico, na sua atividade crescentemente privada e autônoma, passa a criar um maior espaço de liberdade - muitas vezes "de fato", porém não "de direito": antes, praticava a psicanálise sem poder ser psicanalista; atualmente, recebe honorários de seus clientes, mas estes não têm assegurado pelo Ministério da Fazenda o direito de abater suas despesas com tratamento psicológico na declaração de imposto de renda; tem uma autonomia na formação acadêmica, e se vê ameaçado pelo controle médico na sua prática (vide recente Projeto Julianelli, e outros anteriores). Confusão instalada na identidade profissional do psicólogo clínico: reconhecido, mas subordinado; útil, mas incômodo; aceito, mas nem sempre bem-vindo

II. ENFOQUE DE UMA PRÁTICA

1. Fragmento histórico de prática da psicologia clínica:

UMA CRONOLOGIA (Wolman, 1965; Heidbreder, 1969; MacKay, 1975; Wertheimer, 1972; Faivichenco, 1977):

Impossível localizar todos os eventos referidos à história da prática da psicologia clínica. Fazer história é já uma preocupação ordenadora que procura explicar origens e desenvolvimentos segundo uma perspectiva pré-determinada. A seleção desses fragmentos segue a pré-determinação dos autores consultados e a perspectiva adotada nesta análise. Trata-se aqui de apontar indícios de como a prática da psicologia clínica surge relacionada à prática médica, à necessidade de controlar e prevenir distúrbios diagnosticados desde a fase infantil da vida dos indivíduos; de como essa prática evolui do psicodiagnóstico para a psicoterapia; de como é utilizada nas instituições, educacionais e até militares; de como se diferenciam sistemas e métodos na sua expansão; de como busca uma legitimação e um reconhecimento através de instituições próprias; de como surgem alguns questionamentos sobre a sua intenção moral e ideológica, enquanto oriunda e defensora das aspirações das classes dominantes. Trata-se aqui de fazer referência a alguns eventos exemplificativos, ocorridos em países do Ocidente, cuja influência sobre o Brasil foi e é marcante (Estados Unidos, França, Inglaterra, Alemanha).

1889 - I Congresso Internacional de Psicologia Fisiológica, com a participação de psiquiatras, filósofos e psicólogos da Clínica Sappêtrière (França): a psicologia foi introduzida como pertencente ao campo das ci

ências humanas, e relacionada ao trabalho médico.

1890 - Castell (Estados Unidos) recebeu o título de psicólogo (um dos primeiros); utilizou pela primeira vez o termo "testes mentais" referindo-se a uma técnica diagnóstica para avaliação psicológica do desenvolvimento da inteligência.

1896 - O termo "psicologia clínica" foi usado pela primeira vez por Lightner Witmer (Estados Unidos), em seu trabalho com crianças retardadas e fisicamente deficientes, na clínica da Universidade da Pennsylvania e na disciplina que lecionava, e que era assim definida:

"A Psicologia Clínica - crianças serão examinadas na presença dos estudantes deste curso. O objetivo é ilustrar os vários defeitos mentais e físicos encontrados em escolares, discutir as causas, apontar a natureza do conseqüente retardo e propor o tratamento adequado... Uma escola de treinamento para crianças com retardo e deficiências funcionará diariamente... O estudo clínico se dará também através de visitas a instituições da vizinhança para treinamento de classes especiais de crianças" (citado em Wolman, 1965 - pg. 128).

1900 - (aproximadamente) - Início do movimento de higiene mental, que pretendia criar condições de favorecimento e controle do desenvolvimento mental dos indi

vídus, através de uma intervenção médica nas instituições sociais.

- Início do desenvolvimento da Psicanálise, enquanto teoria psicológica, método de investigação e prática psicoterápica (Freud - Austria).

1908 - Criação e início do uso da escala de Binet-Simon para avaliação da idade mental. Constituiu-se num marco de início de desenvolvimento da psicologia clínica, caracterizado pela prática diagnóstica com utilização de testes psicológicos.

1912 - Primeira publicação da escola da Gestalt (um estudo feito por Wertheimer - Alemanha), que irá fundamentar, mais tarde, algumas modalidades terapêuticas e diagnósticas em psicologia clínica.

1913 - Watson (Estados Unidos) publicou o artigo "Psychology as the Behaviorist views it" e fundou o behaviorismo, que irá fundamentar, mais tarde, a terapia do comportamento.

1914 - 1918 - Primeira Guerra Mundial: houve largo emprego de testes psicológicos nas Forças Armadas.

1916 - A Sociedade Psiquiátrica de Nova Iorque elegeu um comitê para indagar sobre as atividades do psicólogo clínico.

1917 - Criação da American Association of Clinical Psychology.

- 1920 - 1930 - O psicólogo clínico, em vários países onde atuava, permanecia encarregado quase exclusivamente da avaliação de habilidades intelectuais e do exame de crianças com dificuldades de aprendizagem e suspeita de retardo mental.
- 1924 - Criação e início do método psicodiagnóstico de Rorschach.
- 1935 - Uma declaração da American Psychological Association:
"A psicologia clínica tem por finalidade definir as capacidades comportamentais e as características do comportamento de um indivíduo através dos métodos de medição, análise e observação, e na base de uma integração desses resultados com os dados recebidos dos exames físicos e histórias sociais, fornece sugestões e recomendações com vistas ao apropriado ajustamento do indivíduo" (citado em Mackay, 1975 - cap. 4).
- Criação e início do uso do T.A.T. (Thematic Aperception Test).
- 1937 - IX Congresso Internacional de Psicologia (Paris) : presença de temas e participantes ligados a atividades clínicas em psicologia.
- 1939 - 1945 - Segunda Guerra Mundial: a psicologia clínica prestava serviços de avaliação e tratamento, recuperando e preparando indivíduos para o serviço mili -

tar.

- Início do uso da psicoterapia de grupo.
 - Introdução de uma bateria de testes para diagnóstico, por Rapoport.
 - Início do uso da escala de inteligência de Weschler .
 - Psicólogos clínicos ocupavam cargos na VA (Veterans Administration), em hospitais estaduais e clínicas comunitárias (Estados Unidos).
 - A psicologia clínica passava a ser reconhecida oficialmente (Estados Unidos, Inglaterra, etc.), desde que sob supervisão de médicos.
- 1942 - C. Rogers publicou "Counseling and Psychotherapy" , introduzindo uma nova abordagem (não diretiva) em a conselhamento e psicoterapia, práticas integrantes do trabalho do psicólogo clínico.
- 1945 - Merleau-Ponty publicou "Phénoménologie de la perception" e Sartre publicou "Esquisse d'une théorie des émotions", marcando o início da influência da fenomenologia e do existencialismo na psicologia, inclu sive em suas práticas diagnósticas e terapêuticas .
- 1953 - Publicação do Código de Ética para psicólogos pela A.P.A. (American Psychological Association), e defi nição legal da psicologia enquanto profissão nos Estados Unidos.
- 1959 - Início das publicações dos anti-psiquiatras Laing e Cooper, questionando o conceito de doença mental e o valor do psicodiagnóstico.

- 1960 - Szasz publicou seu artigo "O mito da doença mental", refletindo o papel do psiquiatra e do psicólogo como agentes a serviço de uma moral vigente.
- 1961 - Uma pesquisa (citada por Wolman, 1965) apontava a psicoterapia como a principal atividade do psicólogo clínico, evidenciando uma ruptura em relação à sua principal atividade anterior - a testagem diagnóstica.
- 1961 - 1963 - Foucault iniciava suas publicações (Doença mental e personalidade, O Nascimento da Clínica, etc.), propondo revelar como o conceito de doença mental (inclusive) e a relação clínica vêm instaurar um novo discurso, com significados próprios que definem e constituem o objeto (doença, desvio), sob o disfarce da cientificidade, com objetivos ocultos de controle e normatização.
- 1968 - A A.P.A. apontava que 36% dos psicólogos nela inscritos eram clínicos.
- 1967 - 1974 - As publicações citadas nos Psychological Abstracts (Guedes, W.G.; Torres, R.C., 1976) pertenciam, na sua maioria, à área clínica: as percentagens das publicações clínicas, em relação às outras áreas (psicologia industrial, educacional, social, animal, fisiológica, experimental, desenvolvimento, metodologia e tecnologia de pesquisa, personalidade, e assuntos gerais) vão crescendo de 18,12% em 1967 a 29,46% em 1974.

1978 - Um panorama da psicologia clínica no mundo é dado pelo levantamento feito por Wittchen & Fichter(1980), da A.P.A.:

- recolhe dados vindos das associações de psicologia e universidades dos países europeus, Austrália, Canadá, N. Zelândia e Estados Unidos;

- observa que a troca de experiências e informação entre os países, nessa área, é escassa (profissão é recente);

- constata que as diferenças na formação e no atendimento se devem a diferenças consideráveis na estrutura, no currículo, no local e na duração da especialização (na maior parte dos países, não há treinamento acadêmico específico para psicologia clínica, mas frequentemente a especialização é feita fora da universidade, em instituições particulares de diferentes linhas teóricas: psicanálise, terapia centrada no cliente, terapia comportamental, terapia gestalt - em ordem decrescente, relativa ao nº de instituições existentes);

- revela um rápido desenvolvimento da psicologia clínica enquanto profissão, e a dificuldade de obter estimativas e dados precisos;

- constata que é raríssimo encontrar a atividade psicoterápica sendo remunerada por seguros de saúde ou serviços nacionais de saúde;

- observa que nos países socialistas, a atividade diagnóstica é preponderante, e que raramente os fatores sociais são apontados como fonte de doença

mental; na Alemanha Oriental o tratamento psicoterápico feito por psicólogos é supervisionado por médicos;

- constata que, em muitos países, o título de "psicólogo" ainda não tem proteção legal: algumas legislações protegem apenas o título; outras o uso, o título e ainda especificam capacidades e campo de atuação; outras ainda especificam a área de psicologia clínica e outras áreas não médicas em relação à psicoterapia (atribuindo apenas ao psicólogo essa atividade). Dizem os autores:

"Clinical psychology as a professional has in many countries tried to emulate the attributes of medicine. It has sought to enforce its own ethical standards; it has developed private practice, and generally has striven to obtain the rewards of high status and prestige"

(Meltzer, in: Wittchen & Fichter, 1980 - pg. 24).

Registramos, então, a ligação da psicologia com a fisiologia nos seus primórdios "científicos". Estudava-se inclusive a inteligência e uma maneira de medi-la. Falava-se em retardo. O psicólogo clínico começava a separar crianças retardadas intelectualmente, com dificuldades de aprendizagem, de crianças normais. O instrumental para avaliação precisava seguir normas de objetividade e exatidão, com alguma capacidade preditiva - os testes psicológicos se desenvolviam e passavam a abarcar também a esfera emocional. Registramos ainda a ligação da psicologia

com a medicina social, com o seu projeto de higienização, de intervenção na sociedade, fornecendo elementos para aprimorar o psicodiagnóstico, auxiliando no tratamento e na prevenção da doença mental. O psicólogo clínico começava também a separar indivíduos mentalmente sadios de indivíduos mentalmente doentes. Registramos o desenvolvimento de diferentes sistemas teóricos, relacionados a diferentes métodos empregados na prática clínica da psicologia: o gestaltismo propôs uma perspectiva globalizante de inter-dependência das partes (dos níveis fisiológico e psicológico no homem, por exemplo); a psicanálise apontou a dimensão inconsciente do funcionamento psíquico; o behaviorismo ressaltou a aprendizagem por condicionamento; a fenomenologia realçou a participação e a intencionalidade do observador na construção do fenômeno observado. E, assim, pouco a pouco, o psicólogo clínico foi explicando, justificando, definindo sua prática... Cada um dos sistemas nasceu de circunstâncias históricas, de lacunas que precisavam ser preenchidas, de aspirações que precisavam ser alcançadas. Cada um dos sistemas permeia, até hoje, a prática do psicólogo clínico, através de suas opções teóricas - que constituem e são constituídas por sua inserção social, pelo modo como se dá o seu estar no mundo, a sua relação com os demais indivíduos e com o que eles representam. Registramos ainda como as Guerras Mundiais aceleraram o desenvolvimento da prática clínica em psicologia. O psicólogo começava a prestar serviços (reconhecidos e solicitados) para atender à manutenção e às consequências de confrontos violentos entre indivíduos, causados pelas armações políticas das classes dominantes. O psicólogo clínico começava a ser procurado para observar, medir, analisar, a

justar. Registramos como, inicialmente, o reconhecimento do seu trabalho estava subordinado à orientação e supervisão médicas . O psicólogo clínico começava sua luta por autonomia profissional. Registramos como veio crescendo o número de psicólogos clínicos e o número de publicações em psicologia clínica. O movimento de luta avançava ...

Korchin (1976), psicólogo norte-americano, comentava:

"... social and professional forces are already in evidence which will shape future course of clinical psychology. These are both external and internal to the profession itself"
(Korchin, 1976 - pg. 605).

Ao analisar a prática da psicologia clínica nos Estados Unidos este autor destaca duas tradições: uma psicométrica e outra dinâmica; e destaca também o desenvolvimento ocorrido da 2a. Guerra Mundial em diante: o trabalho de psicólogos clínicos em hospitais psiquiátricos, o aumento de seu trabalho docente em universidades, o aumento de clínicas psicológicas e da prática privada em geral, e, mais recentemente, o surgimento de centros comunitários de saúde mental e do trabalho do psicólogo clínico em outras agências da comunidade. Calcula que, em 1976, 25% dos psicólogos clínicos praticava psicoterapia. Assinala algumas atribuições dos psicólogos clínicos: "medical psychologists", "pediatric psychologists", "clinicians in psychiatric centers", "child clinicians", "clinicians specializing in the problems of adolescence", "gerontological clinicians", "research clinical psychologists", "consultants to schools", "consultants to large organizations", "teachers", "administrators of clinical, educational or community agency or program", "psychotherapists" (in-

dividual, grupo, família, instituição). As linhas teóricas predominantes são: psicanálise, psicologia do ego, terapia rogeriana, behaviorismo e aprendizagem social.

MacKay (1977), inglês, em sua breve história da psicologia clínica, mostra como esta, na Inglaterra, iniciou sua prática no trabalho com deficientes mentais; já durante as guerras, tal prática se estendeu para a avaliação e seleção de oficiais; e, posteriormente, penetrou nos hospitais. As linhas teóricas predominantes, segundo ele, são: experimentalismo e psicanálise. Destaca quatro funções do psicólogo clínico: avaliação, tratamento, ensino e pesquisa. Situa a psicologia clínica numa "crise de identidade", adolescente, entre as identificações com a figura materna (filosofia) e a figura paterna (psiquiatria), e entre as exigências que lhe são feitas de tornar-se "científica" (a psicologia experimental não a considera suficientemente objetiva e fundamentada em experimentação) e "médica" (apesar de adotar o modelo médico, muitas vezes sua aptidão para tratar é questionada e mesmo negada pela psiquiatria). Heather (1977), também inglês, acha que a atividade psicoterapêutica do psicólogo clínico ameaça a hegemonia médica e fala de:

uma "luta indecorosa e frequentemente degradante pelo poder entre psicólogos clínicos e psiquiatras, que principiou com a recém-descoberta confiança dos primeiros em seu papel terapêutico" (Heather, 1977 - pg. 129).

Richard (1977), francês destaca duas maneiras de tratar a doença mental: através de uma intervenção sobre o corpo (psicofarmacologia), e através de uma intervenção sobre o espírito

(psicoterapia). A medicina pretende reduzir esta dicotomia, tentando realizar as duas intervenções. A psicologia clínica intervem apenas psicoterapêuticamente, utilizando essencialmente a palavra, trabalhando sobre as representações (inclusive do corpo) e sobre a comunicação entre cliente e terapeuta - existem algumas propostas terapêuticas em psicologia de inclusão do corpo (terapia reïchiana, bio-energética, etc.) no trabalho com o cliente. Mas, a atividade terapêutica e a psicopatologia, na qual se apoia, são sempre atravessadas, segundo ele, por uma dimensão de incerteza, que coloca em cheque o próprio conceito de doença mental:

"... a nosografia, tal como aparece hoje, se apresenta como um saber perpetuamente posto em causa pela prática terapêutica".

(Richard, 1977 - 1ª vol. - pg. 228).

"A incerteza é talvez a dimensão essencial da prática psicoterapêutica. As técnicas, mesmo as mais experimentadas, estão constantemente em causa perante a originalidade radical de cada doente"

(Richard, 1977. 1ª vol. - pg. 229)

O conceito de doença mental é definido a partir de várias dimensões, de acordo com Richard: corpo, meio familiar, meio sócio-econômico, cultura, relação cliente-psicoterapeuta. Quanto à esta última dimensão, cita Foucault (1977a).

"A doença será determinada pelo olhar médico".

(Richard, 1977, 1ª vol. - pg. 253).

"... o olhar é o que põe à distância o espaço que contempla, que objetiva o que percebe e o

coloca num espaço sem vida e sem tensão..."

(Richard, 1977, 1ª vol. - pg. 253).

A condição de possibilidade da psicologia clínica teria sido dada; então, pela psicopatologia - viria complementar o "olhar médico" sobre a doença mental (olhar instaurado com o método anátomo-clínico, no século XVIII), ampliando o campo de conhecimento de onde parte esse "olhar" e, para tanto, colocando-se na mesma posição de "quem olha".

Para Richard, a psicologia clínica nasce com Freud e renasce com Lacan, na perspectiva de libertação da palavra e do desejo do homem. Diz ele:

"Ciência do subjetivo, a psicologia nasceu com Freud e por vezes parece ter morrido ao mesmo tempo que ele. A sua significação real como prática social, a sua manipulação econômica e política, o seu sentimento repressivo ao nível das instituições psiquiátricas ou de reeducação, a sua digestão pela ciência médica, o seu papel de figurante ao nível do ensino, manifestam uma desagradável tendência para a falha e uma cumplicidade com a ordem estabelecida e a sociedade em que nos encontramos. Tem-se a impressão de ter sido atingida por um vício de nascença e por um crescimento doentio, apesar de abundância das publicações e das investigações, e da parte que conquistou no seio das estruturas sociais, assim como o prestígio um pouco ambíguo de que goza nos países ocidentais".

(Richard, 1977, 2ª vol. - pg. 267).

O vício de nascença e o crescimento doentio da psicologia clínica, especificamente, referem-se à sua função adaptativa, ao

seu compromisso com a moral conservadora, com o capital e o consumo, com a manutenção de um status quo que a protege, reconhece e sobredetermina. Apresentando-se como guardiã da liberdade do homem, corre o risco de ser consumida e podada, de transformar-se numa prática de inserção social adaptada e adaptadora que contraria sua "vocação humanista". Para existir numa sociedade capitalista, corre o risco de tornar-se, de fato, um recurso auxiliar de normatização e controle, um recurso disciplinar, alienada de sua própria origem e vocação e alienadora dos indivíduos quanto à sua subjetividade.

Tal dilema, segundo Rosas (1979), pode ser definido como o confronto entre a psicologia objetiva, com pretensões científicas dentro de uma perspectiva positivista, e a psicologia intuitiva, subjetiva. Ambas são inúteis: a primeira pelo fracasso nas respostas que não consegue dar aos problemas colocados para a psicologia, e a segunda pelo fracasso metodológico. Este seria, em sua opinião, um falso dilema, porque está apoiado no dualismo cartesiano (res extensa X res cogitans), que acabou gerando uma psicologia-filosofia-do-espírito e uma psicologia-ciência-natural. A psicanálise e o gestaltismo buscaram maior objetividade e universalidade, mas, embora fecundos na abertura teórica, não preencheram os requisitos positivistas do mensurável e do quantificável. O behaviorismo vem tentando, assim como vem tentando a psicometria que baseia a construção de testes; e Watson tornou-se, nessa tentativa behaviorista, uma espécie de líder da objetividade, em sua opção empírica e experimental.

Além dessa herança da própria história da psicologia, a psicologia clínica herda ainda: a introspecção como método subjeti-

vo também da medicina, e especificamente da psicopatologia, desde as suas origens; a caracterização como "punição" do tratamento das doenças mentais, já que os alienados (lembrar: França, século XVII - Foucault, 1974) eram isolados em hospitais juntamente com todos os indivíduos incômodos à sua majestade; o conceito fabricado de loucura, desde a idade média (lembrar: a caça às bruxas - Szaz, 1976), para excluir determinados indivíduos segundo determinados preconceitos; as classificações das doenças (séculos XVII e XVIII) construídas dentro do frágil e imponderrável esquema do "olhar clínico"; o modelo neurológico (e químico também) como tentativa de localização cerebral das doenças mentais. Assim, a psicologia clínica, enquanto apoiada num método subjetivo, ou em preconceitos morais, ou em reduções de seu objeto a explicações de outros saberes, não estará apoiada numa ciência propriamente psicológica, numa teoria psicológica geral.

Cabe ao psicólogo, e especialmente ao clínico pela responsabilidade de sua prática, um esforço:

"... o de repensar sua posição no contexto geral das ciências, o de reconhecer a singularidade de seu objeto e o de se redefinir metodologicamente. Nesse esforço de reconhecimento de sua estratégia de ação e de reconstrução metodológica, nada deve ser desprezado a priori. Nem a tradição do método introspectivo, nem a herança da psiquiatria tradicional, nem as construções hipotéticas ou as construções práticas de inspiração psicanalítica, gestaltista ou behaviorista" (Rosas, 1979 - pg. 131).

2. Fragmento histórico da prática da psicologia no Brasil:

O objetivo que se coloca é levantar alguns aspectos do ingresso, estabelecimento e expansão da prática da psicologia no Brasil, para extrair então as especificidades da prática da psicologia clínica.

Lourenço Filho (1971) destaca duas fases na psicologia brasileira. A primeira fase reflete, na prática, a presença de preocupações sociais e filosóficas relacionadas a questões de responsabilidade moral e penal dos indivíduos:

"Por via de criminologia, da psiquiatria forense, ou mais amplamente, da psicologia judiciária, todas cultivadas na medicina legal, passaram os juristas a receber influência de teorias biológicas, especialmente nos últimos 50 anos: por outro lado, desde essa época, viriam os médicos a considerar a importância de certas condições de vida social nos problemas da psicologia, primeiramente pelo movimento de higiene mental, de que o Brasil foi, aliás, país precursor" (pg. 114/115).

A psicologia aparecia, nessa primeira fase, como um dos subsídios do trabalho de médicos, educadores, sacerdotes, juristas. Na segunda fase, de 1940 (aproximadamente) em diante, instaurava-se a "psicologia objetiva", interessada sobretudo na renovação escolar e na racionalização do trabalho. Autodidatas e especialistas estrangeiros, inicialmente, dedicaram-se à montagem de laboratórios de psicologia aplicada à educação, à psiquiatria e à organização do trabalho; o ensino de psicologia se expandia gradativamente para os cursos superiores de filosofia, medicina, edu

cação, administração, sociologia, serviço social, enfermagem; começava a haver incentivo do governo à pesquisa em psicologia através de órgãos como o CNPq (Conselho Nacional de Pesquisa) ; começava também a haver um reconhecimento da comunidade científica através da inclusão de temas de psicologia em reuniões como as da SBPC (sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência).

Em 1949, foi fundada a Associação Brasileira de Psicotécnica e iniciou-se a publicação dos Arquivos Brasileiros de Psicotécnica pela Fundação Getúlio Vargas (RJ). Mais tarde, a Associação transformou-se em Associação Brasileira de Psicologia Aplicada (ABPA) e os Arquivos em Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada; e, ainda mais tarde, em Associação Brasileira de Psicologia e Arquivos Brasileiros de Psicologia. O propósito inicial era incentivar, promover e publicar trabalhos de cunho científico em psicologia. Em 1952, foi criado o Centro Editor de Psicologia Aplicada (CEPA), no RJ, para produção e venda de material para exames psicológicos. Torna-se evidente, portanto, a tentativa de controlar e situar a produção em psicologia dentro dos limites de uma certa cientificidade.

Lourenço Filho relaciona o crescimento da prática psicológica nos últimos 25 anos ao processo de industrialização crescente no país: as mudanças na vida econômica, administrativa, política e social, especialmente nos grandes centros urbanos, provocaram necessidade de atendimento a problemas nas áreas de educação, saúde mental e organização do trabalho. Tenta ainda apontar temas e interesses pertinentes à relação de outras práticas com a psicologia. Da relação medicina-psicologia, surgiram estudos sobre psicologia geral, psicopatologia, psicanálise, neuro-

logia, fisiologia, medicina social, advindos do interesse pelas doenças mentais, pela criminalidade (inclusive juvenil), pela seleção psicossomática de indivíduos (militares, por exemplo), pela prevenção através da educação e do tratamento de crianças. Na Liga Brasileira de Higiene Mental (fundada no Rio de Janeiro, em 1922)¹, encontramos uma dessas alianças, na prática entre medicina e psicologia - a Liga organizou o Seminário Brasileiro de Psicologia, com reuniões semanais, e as Jornadas Brasileiras de Psicologia (anuais). Da relação educação-psicologia, surgiram estudos sobre psicologia pedagógica, testes mentais, avaliação do aluno e do trabalho escolar, orientação educacional e profissional, estatística aplicada à educação, etc., realizados inclusive por instituições como o INEP (Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos), pertencente ao Ministério da Educação. O interesse se voltava então para as crianças com problemas de aprendizagem, para uma melhor orientação para o trabalho, para uma homogeneização do ensino nas classes escolares, para o aperfeiçoamento de professores - o psicólogo passava a estar presente nas escolas normais, nos serviços de orientação das escolas, nos institutos de seleção e orientação profissional, nos serviços de psicologia aplicada, nos programas de pesquisa sobre desenvolvimento do indivíduo e testes para avaliá-lo. Da relação psicologia-engenharia-administração, surgia o interesse pela seleção de pessoal, pelo treinamento profissional e pelo desenvolvi

1. Para uma análise dos objetivos e funções sociais da LBHM, ver Costa, J.F. (1976).

mento de instrumentos e processos de seleção e aperfeiçoamento profissional. Com estas finalidades, foram fundados o IDORT (Instituto de Organização Racional do Trabalho) em 1930; e o ISOP (Instituto de Seleção e Orientação Profissional) em 1947, no Rio de Janeiro, ambos dirigidos por engenheiros¹. Da relação psicologia-Igreja católica, surgiram trabalhos teóricos em psicologia feitos por alguns sacerdotes e o interesse no ensino de psicologia pelas PUCs (SP e RJ). A psicologia no Brasil recebeu, em sua expansão teórica e prática, influência estrangeira marcante - influência predominantemente européia, principalmente francesa, até a década de 30, e, a partir de então, influência predominantemente norte-americana (note-se pela percentagem de publicações norte-americanas traduzidas para o português, no Brasil - 70%, até 1953, segundo Klineberg, 1953). A presença de profissionais estrangeiros foi decisiva na formação de profissionais brasileiros em psicologia e na organização da prática psicológica no Brasil: Ugo Pizzoli (psicologia educacional - SP), Waclaw Radecki (laboratório de psicologia no Hospital Engenho de Dentro - RJ), Henri Piéron (psicotécnica - SP), T. Simon e L. Walther (psicologia aplicada ao trabalho industrial - SP), Helena Antipoff (deficientes, crianças, educação, formação de professores - RJ e MG), W. Koehler (psicologia da forma - RJ), P. Janet e H. Wallon e R. Dreikurs (psicologia geral, psicologia do desenvolvimento - RJ), E. Souriau

1. Para maior esclarecimento sobre a psicologia do trabalho no Brasil, ver tese de mestrado de M. Langenbakh (PUC/RJ).

(psicologia social - RJ), A. Ombredane (psicololinguística - RJ), J. Maüguê (personalidade, teorias e sistemas em psicologia - SP), P. Arbousse-Bastide e C. Lévi-Strauss e R. Bastide (psicologia social - SP), O. Klineberg (psicologia social - SP), Mira y Lopez (ISOP, Associação Brasileira de Psicotécnica, Escola Superior de Guerra - RJ, e Secretaria de Educação de MG), vários psicanalistas argentinos (A. Aberastury, E. Kalina, M. Knobel, E. Rodriguê, entre outros), etc...

ALGUMAS CRONOLOGIAS:

Com base nos levantamentos de Mello (1975), Soares (1979), Lourenço Filho (1971), Velloso (1977) e Mamede Neves (1971), alguns fatos da história da prática psicológica no Brasil serão sintetizados nestas cronologias.

a) A psicologia na medicina:

1830-1900 - Início das contribuições para o estudo da psicologia especialmente em teses de médicos (no RJ, nas áreas de estudo eram principalmente: neuropsiquiatria, psicofisiologia, neurologia). Alguns títulos de teses defendidas no RJ: Proposições a respeito da inteligência (J.A.C. Menezes, 1834); Paixões e afetos da alma (M.I.F. Jaime, 1836); Psicofisiologia da percepção e das representações (J.E. Tapajós, 1890); Estudo psicoclínico da afasia (O. Goulart, 1891); A memória e a personalidade (A. Seabra, 1894); Duração dos atos psíquicos (H. Roxo, 1900).

- 1900 - H. Roxo orientava os primeiros estudos práticos com testes no Hospício Nacional.
- Começavam a surgir laboratórios de psicologia em hospitais e clínicas psiquiátricas.
- 1907 - M.C. Medeiros publicou: Métodos em Psicologia. Propôs, nessa época, um curso de Psicologia Normal a ser dado nas clínicas psiquiátricas, coordenado pela Universidade do Brasil. Foi diretor do Laboratório de Psicologia Experimental na Clínica Psiquiátrica do Hospício Nacional (RJ).
- 1911 - Plínio Olinto publicou: A psicologia experimental no Brasil. Criou, nessa época, no Instituto de Educação (RJ), o Laboratório para cursos de Psicologia Geral e Clínica.
- 1914 - G. Souza Pinto publicou: Da Psicanálise - a sexualidade das neuroses (RJ):
- 1918 - F. Franco da Rocha divulgava também as idéias psicanalíticas (SP).
- 1922 - Criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, que promovia as Jornadas Brasileiras de Psicologia. Foi proposta pela Liga ao Ministério da Educação e Saúde a criação obrigatória de Gabinetes de Psicologia nas clínicas psiquiátricas.
- 1923 - Criação do Instituto de Psicologia e do Laboratório de Psicologia do Engenho de Dentro (incorporados, em 1937, pela Universidade do Brasil), cujo primeiro diretor foi Waclaw Radecki (polonês).

- 1925 - Criação do Instituto de Seleção e Orientação Profissional em Pernambuco.
- 1927 - Fundação da Sociedade Brasileira de Psicanálise (Dural Marcondes, Lourenço Filho, F. Franco da Rocha).
- 1928 - J. Porto Carrero divulgava idéias psicanalíticas no RJ.
- 1933 - Realização de pesquisas, por M. Gomes sobre Psicologia Médica, na UFRGS.
- 1938 - Criação da Clínica de Orientação Infantil, por Dural Marcondes (SP).
- 1952 - Arthur Ramos publicou um projeto de lei sobre ensino obrigatório de psicologia nos cursos de medicina.

Obs:- Destacavam-se, entre alguns principais divulgadores da ciência psicológica, os médicos: R. Nina Rodrigues, Juliano Moreira, Afrânio Peixoto e Arthur Ramos, na Bahia. e, no Rio de Janeiro, D. Couto, Pernambuco Fº, A. Austregésilo e Costa Rodrigues. Os principais autores divulgados eram: Wundt, Pavlov, Freud.

b) A psicologia da educação:

- 1913 - Criação de cursos de Psicometria no Laboratório de Pedagogia Experimental da Escola Normal (SP), por Ugo Pizzoli (italiano).
- 1924 - 1942 - O engenheiro Roberto Mange impulsionava a Psicologia Industrial no Liceu de Artes e Ofícios (e também no IDORT, na companhia Estrada de Ferro Sorocabana e no Centro Ferroviário do Estado de São Paulo).

- 1925 - Lourenço Filho passava a ser catedrático de Psicologia da Escola Normal de São Paulo, onde criou o Laboratório de Psicologia Educacional.
- 1928 - Fernando de Azevedo começou a reformar o ensino no Distrito Federal (RJ), criando inclusive Serviços de Orientação Profissional nas escolas normais.
- 1929 - Início do curso de Psicologia Educacional e Reorganização do Laboratório de Psicologia da Escola Normal de Minas Gerais, por Claparède, Léon Walter e T.H. Simon (Helena Antipoff substituiu Claparède na direção do Laboratório).
- 1934 - O Laboratório de Psicologia Educacional em São Paulo, foi incorporado à USP.
- 1935 - Início da cadeira de Psicologia no curso de Filosofia da USP.
- 1938 - Lourenço Filho começava a coordenar a área de orientação e seleção profissional a nível nacional (no Instituto de Estudos Pedagógicos, no Serviço de Medidas Escolares do Instituto de Educação, e depois no Instituto de pesquisas Educacionais).
- Djacir Menezes publicou: Dicionário de Psicologia Pedagógica (Ceará).
- 1938 - 1942 - O. Barros Santos dirigiu o Gabinete de Psicotécnica da Escola Técnica Getúlio Vargas (SP) e escreveu o primeiro texto brasileiro de orientação profissional.

- Noemi P. da Silveira publicou: Introdução à Psicologia Educacional (SP), e passou a ser catedrática do assunto na USP.

1939 - Arthur Ramos publicou: A criança problema.

1946 - Mira Y Lopez publicou: Psicologia Evolutiva da Criança ao Adolescente.

1947 - Criação do Instituto de Seleção e Orientação Profissional - ISOP, na Fundação Getúlio Vargas (RJ), por Mira y Lopez.

Obs:- Psicologia na educação e na medicina: as cronologias vão até o momento da legalização da profissão de psicólogo, quando não há mais necessidade de total ancoragem em outras práticas anteriormente legalizadas, embora esta ancoragem possa ter permanecido de forma mais parcial e menos evidente. Tanto que veremos como se tornará imprescindível ao psicólogo discriminar seu campo de atuação em relação a outras profissões afins (processo de discriminação que segue até os dias de hoje - ex. psicólogo clínico X médico psiquatra; psicólogo educacional X orientador educacional).

c) A psicologia no caminho da legalização:

1890 - A Reforma Benjamin Constant introduziu a psicologia na disciplina de Pedagogia das escolas normais.

1946 - O Decreto-lei nº 9092 ampliou o regime didático das faculdades de Filosofia, tornando obrigatório um curso de Psicologia Aplicável à Educação para obtenção

do diploma de licenciado.

- A Portaria nº 272 do Ministério de Educação e Saúde especificou os diplomas de especialização da Filosofia entre os quais o de Psicólogo: teria de ser aprovado nos 3 primeiros anos do curso de Filosofia, e também nas cadeiras de Biologia, Fisiologia, Antropologia, Estatística, nos cursos especializados de Psicologia e no estágio.

- A Portaria nº 328 do mesmo Ministério incluiu também os diplomas de especialização em Psicologia Educacional, em Psicologia Clínica e em Psicologia Aplicada ao Trabalho.

1949 - A Portaria nº 171 do Ministério da Guerra criou o Curso de Classificação de Pessoal, que deveria incluir noções de psicologia normal e patológica, de métodos de psicologia, de memória, raciocínio, psicologia dos chefes militares, etc. Este curso concedia um diploma que, mais tarde, propiciou a obtenção legal do diploma de psicólogo.

1953 - Foi entregue o primeiro esboço de anteprojeto de lei para regulamentar a profissão de psicólogo ao Ministério de Educação, pela Associação Brasileira de Psicotécnica.

1954 - Foi criada a Associação Brasileira de Psicologia, que teve papel atuante no movimento em prol da legalização da profissão de psicólogo.

1957 - A Lei Estadual (SP) nº 3862 criou o curso superior

de psicologia.

- 1958 - A Mensagem nº 47 do Congresso Nacional propôs a formação e o reconhecimento legal da profissão de psicólogo - "com a ênfase necessária na ciência e no treinamento experimental para diferenciar os psicólogos de nível superior dos psicotécnicos que deveriam "atender às necessidades mais imediatas" (Mello, 1975 - - pg. 35).
- 1961 - A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional , nº 4024, fixou também a estrutura do ensino superior.
- 1962 - A Lei nº 4119 (governo João Goulart) passou a conferir um diploma legal específico para os Cursos de Formação de Psicólogos, a permitir o registro de títulos de especialista em Psicologia (Educativa, Clínica ou Aplicada ao Trabalho) e o registro de profissionais que viessem exercendo a profissão por mais de 5 anos.
- O Parecer nº 403 do Conselheiro Valmir Chagas (Conselho Federal de Educação) fixou o currículo mínimo e a duração do curso de psicologia.
- A Portaria nº 227 do Ministério de Educação e Cultura constituiu a comissão encarregada de opinar sobre os pedidos de registro de psicólogo profissional. Lourenço Filho, Enzo Azzi (depois: A.L. Angelini), Pedro P. Bessa, A. Benko S. J., e Carolina M. Bori. O registro era concedido pelo MEC.
- 1964 - Foi dissolvida, pelo então Ministro do MEC, esta comissão, e o registro profissional de psicólogo pas-

sou a ser concedido mediante aprovação em provas específicas.

- Decreto nº 53464 regulamentou a Lei nº 4119.

1969 - O Decreto-lei nº 706 estendeu o direito ao registro profissional de psicólogo aos pós-graduados em psicologia e psicologia educacional.

1970 - O MEC possuía o registro de 1520 psicólogos.

1971 - A Lei nº 5766 (Governo Médici) criou o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia.

- O I Encontro Nacional de Sociedades de Psicologia (SP) definiu passos para obtenção da regulamentação da Lei nº 5766.

1972 - A Portaria nº 13 (N. Sucupira, diretor do Departamento de Assuntos Universitários do MEC) promoveu o registro profissional de Psicólogo em livro próprio, em caráter precário.

- O II Encontro Nacional de Sociedade de Psicologia (MG) discutiu a oportunidade de trabalho oferecida aos psicólogos pelo CONTRAN (exame psicotécnico para motoristas), instituiu o Dia Nacional do Psicólogo (27 de agosto: dia da promulgação da Lei nº 4119) .

1973 - O III Encontro Nacional de Sociedades de Psicologia (RJ) discutiu a ética profissional, a defesa dos direitos do psicólogo e a urgência da eleição e da posse da diretoria do Conselho Federal de Psicologia, e decidiu promover, nesse sentido, um trabalho junto às autoridades federais.

- Uma comissão de dois psicólogos (Elisa D. Velloso e Therezinha Lins Albuquerque) e um médico psiquiatra (Samuel M. Faro) entregou ao Ministro da Saúde um Memorial, assinado pelo Presidente da Associação Brasileira de Psicologia Aplicada - ABPA (psicólogo Aroldo Rodrigues), em defesa dos direitos do psicólogo ao uso da psicoterapia em seu trabalho.
 - O Primeiro Conselho Federal de Psicologia (sob a presidência de A.L. Angelini) tomou posse, eleito entre representantes das sociedades de psicologia do país, com sede no Ministério do Trabalho (DF - Brasília).
- 1974 - Os Conselhos Regionais de Psicologia foram criados em: Brasília, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre.
- O CPP adotou a definição de psicólogo aceita pela Organização Internacional do Trabalho - OIT.
- 1975 - O Código de Ética dos psicólogos do Brasil foi aprovado.
- 1976 - O CFP criou uma Comissão Especial de Pesquisa do Exame Psicotécnico para Motorista (realizado, na época, por psicólogos no DETRAN), e uma Comissão de Ética.
- Foi Instituída uma Autorização Temporária para o exercício da profissão para psicólogos formados em cursos não aprovados pelo MEC.
 - O CFP adquiriu uma sede própria em Brasília.
 - Uma assembléia de delegados regionais elegeu o Segundo Conselho Federal de Psicologia (sob a presi-

dência de A. M. Saldanha).

- O CFP nomeou um funcionário especializado em Relações Públicas para divulgar as funções do psicólogo diante da opinião pública.

1977 - O CFP criou uma Comissão Especial para o Estudo da Participação do Psicólogo nos Projetos de Desenvolvimento de Recursos Humanos, uma Comissão Especial para o Estudo das Relações entre Orientador Educacional e Psicólogo (que passou a incluir, depois, também: Terapeuta Ocupacional e Psicólogo, Assistente Social e Psicólogo, Técnico de Administração e Psicólogo), e uma Comissão Especial para o Estudo das Especialidades.

- O CFP criou o Prêmio Trienal de Psicologia "Lourenço Filho" para trabalhos de produção científica em Psicologia.

1978 - O CFP criou uma Comissão Especial para caracterizar a atividade do psicólogo na área de Treinamento, e uma Comissão Especial para o Estudo de Currículo dos Cursos de Psicologia (em contribuição ao DAU-Departamento de Assuntos Universitários, do MEC).

- O CFP definiu as funções do Auxiliar de Psicólogo.

- O CFP criou a Comissão de Fiscalização Profissional (para controle do exercício legal da profissão nas seguintes atividades: grupos de desenvolvimento pessoal, grupos de encontros centrados na pessoa, grupos de treinamento terapêutico, análise transacional, e outras modalidades psicoterápicas), e uma Comissão

Especial para tratar de assuntos relacionados à Implementação da Associação Brasileira de Psicologia .

1979 - O CFP realizou estudos sobre a situação da prática em Parapsicologia, Psicodança, Musicoterapia e Expressão Corporal.

- O CFP e os CRPs comemoraram o Primeiro Centenário da Psicologia (1879: fundação do laboratório de psicologia de Wundt).

d) A formação de psicólogos:

1954 - Foram criados os primeiros cursos de graduação em Psicologia, na PUC-RJ e na USP.

- Foi criado um curso de classificação de pessoal no Ministério da Guerra, com programa de Psicologia Aplicada. Posteriormente, os formandos obtiveram registro de psicólogo.

1964 - O CFE emitiu seu Parecer nº 403, fixando o currículo mínimo para os cursos de graduação em Psicologia. A partir daí, iniciou-se a proliferação desses cursos.

1970 - Foi instalado o primeiro curso de Mestrado em Psicologia, na PUC-RJ.

Propondo-se a avaliar "alguns aspectos das condições de formação e do mercado de trabalho dos psicólogos no país" (pg. 2), a educadora Maria Apprecida C. Mamede Neves (1971) fez um levantamento, utilizando respostas contidas nos questionários por ela distribuídos nas faculdades de Psicologia do Brasil e entre-

gues para 1561 psicólogos (dos quais 320 responderam), e utilizando outras fontes (MEC, etc.). Observou que os cursos de Psicologia eram programados a partir de experiências individuais daqueles que os coordenavam, e não a partir de um estudo científico sobre a demanda profissional, as condições de trabalho e as necessidades da comunidade. Em 1970, haviam 22 cursos de Psicologia em funcionamento no Brasil, sendo que a maioria não havia completado seu processo de oficialização (apenas a Universidade de Brasília não respondeu o questionário) - 71,4% desses cursos se localizavam na região Sudeste (Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo), e os demais se espalhavam pelos estados de Pernambuco, Bahia, Paraná, Rio Grande do Sul, Mato Grosso, e Distrito Federal; 76,2% das faculdades de Psicologia estavam filiadas a universidades, e 9,5% adotavam o regime de fundação; 57,1% eram mantidas por recursos privados, 28,6% por recursos estaduais e 14,3% por recursos federais. O ano de 1970 apresentava um número 15 vezes maior de candidatos que o de 1962, e o número de vagas era 8 vezes maior; ainda em 1970, estavam matriculados em cursos de Psicologia 53.322 alunos, predominando o elemento feminino; mas, 30 a 50 entre 100 alunos da primeira série do curso não se matriculavam na segunda série, e, ainda assim, aumentou 12 vezes o número de diplomados entre 1962 e 1969. No mesmo ano de 1970, era 532 o número de docentes nos cursos de Psicologia. Quanto a estágio, verificou a autora que 72,2% das faculdades mantinham um serviço especializado de Psicologia Aplicada que recebia estagiários, e que as áreas predominantes de interesse dos estagiários eram: seleção e orientação profissional, hospital psiquiátrico e psicologia escolar. Em relação aos demais cursos da área de saúde, os cursos de Psicologia representavam

10,2% (percentagem equivalente a dos cursos de farmácia, apenas 3 vezes menor que a dos cursos de medicina). Não havia um plano nacional para a formação de psicólogos - os cursos foram fundados, em sua maioria, a partir de 1962, "data da criação oficial do aparelho formador e da fixação de condições de registro da profissão de psicólogo pelo MEC" (Mamede Neves, 1971 - pg. 30); e eram predominantemente mantidos por recursos particulares, enquanto os demais cursos da área de saúde tinham apoio financeiro do governo. O currículo desses cursos incluía uma maior incidência de matérias básicas teóricas, sobre as matérias práticas, o que indicava que ainda não haviam desenvolvido um currículo verdadeiramente profissional. O Departamento de Assuntos Universitários (DAU) do MEC informou, através de seu Setor de Registro Profissional de Psicólogos, a existência de 1520 psicólogos registrados até 12/6/70 (até 1978, o CFP indicava o nº de 12139 psicólogos ali registrados). Nesse levantamento que ora resumimos, a autora verificou ainda que 65,4% dos psicólogos formados pertenciam ao sexo feminino e 34,6% ao masculino; 74,5% residiam na região Sudeste, 19,4% na região Sul, 5% na região Nordeste, 1% na região Oeste e 0,1% na região Norte; 25,6% não possuíam qualquer curso de pós-graduação, extensão ou aperfeiçoamento, e, entre os que possuíam, apenas 17,4% receberam ajuda de bolsas de estudo, e suas áreas de escolha, em geral, foram: Avaliação e Medidas (35,8%), Psicologia Clínica (11,6%), Psicologia Social (8,9%), Psicologia Escolar (7,6%). Até 1962, predominavam, entre os psicólogos brasileiros, as atividades profissionais de Seleção e Orientação Profissional (60,3%) e Psicologia Escolar (58,7%); secundariamente, vinha o trabalho em clínicas especializadas (35,6%) e em

consultórios particulares (30%) - segundo o presente levantamento, em 1970, 58,4% dos psicólogos que responderam o questionário mantinham alguma atividade em consultório particular: Orientação e Aconselhamento (33%), Avaliação e Medidas (28,3%) e Clínica (23,7%), mas, somente 9,3% consideravam o movimento de seu consultório maior que a capacidade de atendimento, e 7,5% viviam unicamente de sua clínica particular (8,7% viviam também de salários de emprego público, 7,8% de salários de instituição particular e 6,8% de docência, sendo que, na maioria dos casos, havia uma diversidade de fontes de rendimento, e 6,6% mantinham atividades profissionais fora do campo da psicologia). Os psicólogos eram, até então, pessoas jovens, já que apenas 3,5% dos psicólogos em exercício tinham mais de 60 anos. Jovem também era (e é) a profissão de psicólogo, já que apenas 51,8% desses psicólogos haviam realizado um curso regular de psicologia:

"... o exercício profissional começou, para a grande maioria, antes da obtenção do registro. Já eram psicólogos em exercício, psicometristas, chefes de serviços de psicologia, orientadores ou aconselhadores, docentes e supervisores, quando a profissão adquiriu status oficial" (Mamede Neves, 1971 - pg. 74).

O aperfeiçoamento era raro e possível exclusivamente para alguns privilegiados, devido à deficiente situação econômica do psicólogo brasileiro em geral e à difícil concessão de bolsas de estudo. O número de horas dispendidas em exercício profissional era, em muitos casos, maior que 8 horas diárias: tal desgaste incluía frequentemente a presença de mais de uma atividade profissional - em geral, um emprego fixo e algumas horas de a-

tendimento em consultório particular, o que vinha a descaracterizar o psicólogo como um profissional liberal típico. O desgaste e a dispersão poderiam e certamente acarretaram uma queda de competência; evidenciam também uma desvalorização do trabalho do psicólogo no que se refere ao "bem-estar psico-social das pessoas". Cresciam algumas demandas desse trabalho relacionadas a exames psicotécnicos, orientações vocacionais e aconselhamento terapêuticos. As conclusões do referido levantamento apontavam: inadequação na criação de novos cursos de Psicologia sem que houvesse um planejamento; inexistência de uma real carreira docente nos cursos em funcionamento, desproporção entre matérias básicas e práticas, deficiências na graduação e desvinculação dos cursos de aperfeiçoamento do aparelho formador; perda de contingente estudantil ao longo da graduação; desproporções numéricas nos recursos humanos da área de saúde; falta de comunicação entre os estudantes dos diferentes cursos dessa área (presença de grande competição, por exemplo, entre psicólogos e psiquiatras); deficiência de estágios e empregos em psicologia pela dicotomia existente entre o aparelho formador e o sistema empregador; radicalização do psicólogo nas capitais e grandes centros; distorções profissionais como consequência do excessivo número de horas de trabalho, da pluralidade de funções e da necessidade de manter empregos sem oportunidade de desenvolvimento profissional. Muitos psicólogos pagaram seus cursos de graduação, e encontraram dificuldades de emprego e de aperfeiçoamento, o que evidencia uma demanda efetiva em relação ao seu trabalho menor que a oferta de profissionais graduados (como vem acontecendo com outras profissões de nível universitário, no país).

Soares (1979) comentou a situação da psicologia no Brasil, apontando algumas dificuldades, tais como: a não aceitação da psicologia como ciência, o isolamento dos profissionais psicólogos, a recente estatutura jurídica definitiva da profissão, a solicitação feita à psicologia e às profissões afins para contribuir na resolução de problemas e desajustes da sociedade, o grande crescimento numérico dos profissionais de psicologia e prejuízos em sua formação, e as dificuldades de fiscalização do exercício da profissão. Citou, em seu artigo da revista do CFP, dados sobre o crescimento numérico de psicólogos no Brasil: 895 em 1974, 4651 em 1975, 6890 em 1976, 9233 em 1977, 12139 em 1978, e uma previsão de 50000 na década de 80. E mencionou uma possível "crise de descrédito" da psicologia no Brasil, relacionada ao declínio de qualidade de ensino e ao não atendimento adequado das necessidades sociais a que se propõe.

A partir desses dados e dessas observações, vemos como nasceu e cresceu a psicologia no Brasil. No bôjo dos saberes importados. No bôjo de um processo de industrialização, dentro de um regime capitalista que necessitava selecionar "right men for right places". No bôjo de um sistema jurídico, preocupado em identificar delinquentes desde a infância, se possível, para prevenir desajustes futuros, para reformar indivíduos recuperáveis, enquanto definia o que é recuperável, irrecuperável, desviante, legal-illegal. No bôjo de um sistema educacional, preocupado em identificar problemas de aprendizagem desde a infância, em enquadrar os alunos, para prevenir desajustes futuros, enquanto uniformizava o ensino e as cabeças que tantavam aprender. No bôjo de um sistema médico oficial, encarregado da saúde e da

higienização da população, não tanto para preservar uma saudável e higiênica mão-de-obra, mas sobretudo para exercer mais um modo de controle, uniformização e submetimento. Os indivíduos passavam a ser educados, classificados, tratados e selecionados também de acordo com normas psicológicas, que os dividiam em normais e anormais. A psicologia se expandia para ser mais um suporte "científico" das ideologias dominantes em suas tentativas de fabricar um sistema social que perpetuasse os privilégios das classes dominantes e a exploração sobre as classes dominadas. O crescimento da psicologia vem sendo, entretanto, uma aberração: surge uma psicologia de idéias contestadoras, libertárias, desalienantes (um contra-discurso), que propõe uma prática de libertação do desejo, de conscientização das condições individuais e sociais, inclusive junto à população marginalizada. Psicologia maldita! Sem a tradição do saber médico, jurídico ou pedagógico, e ainda com a possibilidade de questionar uma estrutura social reproduzida nas instituições (escolas, empresas, famílias) e nas relações entre os indivíduos, a psicologia terá fatalmente de ser condenada a viver num campo de trabalhos forçados (ou a resistir bravamente): os profissionais devem, em sua maioria, pagar seus cursos, sua especialização, lutar com poucas armas por um lugar de trabalho num mercado meio hostil, trabalhar em 2 empregos no mínimo, ganhar mal ... isso tudo se, com muita sorte, ainda conseguirem exercer a profissão para a qual vêm heroicamente se preparando...

3. Fragmento histórico da prática da psicologia clínica no RJ:

A psicologia clínica veio a se instalar no Brasil na década-

da de 40, a partir das ligações existentes entre a psicologia e: a educação, a medicina (psiquiatria, neurologia, medicina social), o meio jurídico, e a psicanálise. Muitos profissionais estrangeiros vieram dar cursos e formação a médicos, educadores e professores interessados; e muitos interessados na especialização em psicologia clínica foram buscar formação no exterior.

A proliferação do uso e dos estudos sobre testes psicológicos contribuiu enormemente para a expansão do campo da psicologia clínica. Em 1946, surgiram aqui os primeiros cursos de especialização em psicologia aplicada, inclusive clínica, e foi criado, no RJ, o Centro de Orientação Juvenil (COJ), ligado ao Departamento Nacional da Criança (Ministério da Saúde). Prosseguiu o desenvolvimento da psicologia clínica dentro, primordialmente, dos campos da psicoterapia e do psicodiagnóstico, e não tanto nos campos preventivo e comunitário. Tem sido a psicologia clínica, até o momento, o campo de maior opção dos estudantes e dos profissionais no RJ (Faivichenco, 1977; Veloso, 1977). Com um trabalho voltado para a orientação vocacional, foi criado o ISOP (Instituto de Seleção e Orientação Profissional) na Fundação Getúlio Vargas, em 1947. Para produção e venda de material de testes psicológicos, e para realização de alguns atendimentos psicológicos à população (orientação vocacional, por exemplo), foi criado o CEPA (Centro Editor de Psicologia Aplicada), em 1952. Os serviços de psicologia em hospitais gerais, hospitais psiquiátricos e postos de atendimento médico têm crescido em número e passado de uma posição "oficiosa" para uma posição "oficial", com a criação do cargo de psicólogo no município e no INAMPS (ver, no Apêndice, a entrevista com M.E. Leite Ribeiro). Os serviços de psi

ciologia aplicada e as clínicas universitárias também têm crescido em número no RJ - a primeira delas foi o IPA (Instituto de Psicologia Aplicada, atualmente Serviço de Psicologia Aplicada) da PUC - e se constituem em lugar de atendimento e de formação. O número de consultórios e clínicas particulares de psicologia vem se expandindo. As sociedades de formação e os cursos de especialização em psicoterapia, psicologia clínica, psicanálise, vêm se proliferando de maneira espantosa (SPAG, SEPLA, IBRAPSI, SPC-RJ, SPC-RJ, CÍRCULO PSICANALÍTICO, COLÉGIO FREUDIANO, CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO DO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UNIVERSIDADE DO BRASIL - família, adolescente, criança, saúde mental, e do COJ, CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA DA UNIVERSIDADE SANTA ÚRSULA e da PUC, CURSOS E ESTÁGIOS NO HOSPITAL PEDRO ERNESTO da UERJ - família, criança, adolescente, etc.). As tradicionais sociedades de psicanálise, filiadas à IPA (International Psychoanalytic Association), abrem finalmente, aqui no RJ, suas portas aos candidatos psicólogos (a de São Paulo já está aberta há muito tempo). Outras linhas psicoterápicas penetram o terreno carioca, criando grupos de formação, grupos de estudo, e dividindo os psicólogos clínicos em várias práticas: reichiana, bio-energética, psicodramática, transacional, gestáltica, reflexológica, comportamental, rogeriana, breve, de crise, de apoio, de grupo, de casal, de família, arte-terapia, arte-diagnóstico.

Indubitavelmente, a prática da psicologia clínica tem crescido, sobretudo a partir de 62 com a legalização da profissão de psicólogo e a proliferação dos cursos de psicologia; a partir de 64 com a repressão e a censura políticas que provocaram a busca pelos indivíduos de outras formas de expressão e liberação

(L. Martins, 1979; S.A. Figueira, 1981), entre elas as psicoterapias, dentro de uma situação geral de alienação e individualismo, gerada pelos regimes autoritários dos governos militares. No RJ, essa situação se agrava pela "ausência de parâmetros sociais estruturantes, problema esse representado pela inexistência de um movimento operário organizado e atuante", pela "inexistência de uma burguesia capaz de assumir a dupla tarefa de classe economicamente dominante e politicamente dirigente", e pela "ausência de uma verdadeira universidade", o que retirou e retira "os marcos que são em qualquer sociedade capitalista os referentes sociais do pensamento crítico" (Martins, 1979 - pg. 77). Falando sempre sobre o RJ, L. Martins cita E. Mascarenhas:

"O saber psicológico vem alcançando também os grandes canais de comunicação social, através dos quais circula comunitariamente. Sua linguagem e perspectivas invadiram os suplementos dos jornais e ocuparam os artigos das revistas. Àqueles que frequentam livrarias não será difícil constatar a extensão crescente das prateleiras "psicológicas" ... (Mascarenhas, 1978).

O fenômeno da psicologização serve para evitar a crítica política e amplia a alienação. Muitos indivíduos procuram terapia para tratar de uma neurose coletiva, que gera uma ansiedade autêntica, provocada pelas más condições de vida sócio-econômica, e não tanto por problemas psíquicos estruturais de neurose ou psicose - são os chamados "problemas existenciais" que conduzem grande parte de clientes abastados para as terapias individuais e grande parte de clientes menos abastados para as terapias de grupo.

Setecentos psicólogos se formam por ano. A qualidade do ensino universitário cai (segmentação, despojamento das funções de autonomização cultural, formação geral sem aprofundamento técnico-profissional), como caíam em geral, a produção intelectual. O que se tem, afinal, produzido de relevante em termos de teoria psicológica que fundamente a prática clínica, nas sociedades de psicologia e nas faculdades, aqui no RJ?

Um histórico realizado por Elisa Dias Veloso (artigo de 1977 e entrevista de 1980, transcrita no Apêndice) mostra que as primeiras contribuições teóricas e técnicas em psicologia clínica foram estrangeiras, inclusive através de profissionais estrangeiros que aqui trabalharam. A expansão da psicologia clínica aqui no RJ e no Brasil), tem se dado mais em seu campo prático e bem menos no campo da investigação e da pesquisa; Elisa destaca 2 fases:

1a.) até 1962: caracterizada por um trabalho predominantemente com crianças e adolescentes, e por pouca atividade privada (o atendimento psicológico clínico estava mais presente nos serviços federais, estaduais, universitários, nos hospitais e clínicas particulares, nas fundações);

2a.) depois de 1962: caracterizada por uma grande expansão, principalmente da atividade psicoterápica, por um grande número de novos profissionais, e por uma proliferação de atividades, linhas e associações ou sociedades de psicologia clínica.

As entrevistas de Elisa D. Veloso e Marianne Schreier (ver no Apêndice) apontam uns aspectos e confirmam outros, relacionados com essa expansão da psicologia clínica no RJ:

- a falta de verbas e maior incentivo governamental para estudos e trabalhos na área;

- o início da prática clínica com crianças e adolescentes, que talvez tenha reduzido a zona de competição com os médicos psiquiatras, mais voltados para o atendimento de adultos;

- o aumento dessa competição vai ocorrer com a expansão da atividade psicoterápica dos psicólogos e com o grande aumento desses;

- a impressão de que trabalhar com crianças e adolescentes seria mais fácil por serem mais "maleáveis e flexíveis";

- a adoção de um modelo de crescimento em terapia, e não mais de cura, o que viria a garantir um não compromisso do psicólogo clínico com a resolução dos problemas de seus clientes e a oferecer uma perspectiva de não rivalidade com o modelo médico de cura;

- a tarefa social do psicólogo clínico de tratar indivíduos com "fracassos sociais", ou como diz a legislação com "problemas de ajustamento";

- o predomínio da linha psicanalítica na prática clínica do psicólogo carioca, sujeito a um fechamento das sociedades psicanalíticas cariocas filiadas à IPA, o que tem gerado, em parte, o aparecimento de sociedades psicanalíticas auto-legitimadas;

- o demorado processo de reconhecimento do cargo de psicólogo nos órgãos da rede oficial de saúde e previdência;

- a imagem do psicólogo clínico como "desajustado", confun-

dido com seu objeto de estudo e trabalho (desajustes, fracassos, doenças mentais);

- a excessiva oferta de profissionais na área, muito maior que o número de empregos e oportunidades de trabalho existentes.

Esse aspecto pode ter sido responsável pela pressão exercida pela classe de psicólogos sobre o mercado, no sentido da criação de novos empregos. Segundo Maria Elizabeth Leite Ribeiro (ver entrevista, no Apêndice), houve uma criação de demanda do trabalho do psicólogo clínico nas instituições de saúde, no RJ, através de trabalhos realizados não oficialmente, sem qualquer vínculo empregatício, e, muitas vezes, sem remuneração. Ela se posiciona contrariamente à manutenção desta postura. Fala do reconhecimento do cargo de psicólogo pelo INAMPS em 1981, e cita locais onde o psicólogo clínico vem trabalhando dentro da rede oficial de saúde e previdência: Maternidades Praça XV, Hospital do IPASE, Hospital de Oncologia, Maternidade Marechal Hermes, Casa do Hemofílico, Hospital de Bonsucesso, Hospital da Lagoa, Hospital Jesus, Hospital Rocha Maia, Postos de Saúde, Hospital Pínel, Hospital do Engenho de Dentro, Manicômio Judiciário.

Em 1971, segundo um levantamento feito pelo Centro de Informação e Pesquisa Ocupacional do ISOP (CIPO, 1974), a clínica era a área de maior concentração dos psicólogos no RJ (42%), e oferecia a melhor remuneração (em comparação com outras áreas) e o maior grau de motivação no trabalho. Mas, apenas 37% dos psicólogos atuavam exclusivamente numa área, o que apontava para sua tendência a não especialização. As primeiras turmas de psicólogos no RJ saíram em 1964 (PUC e UEG, hoje UERJ), e, depois,

vieram, por ordem, turmas também da UFRJ e da UGF (e mais recentemente FAHUPE e Celso Lisboa).

Em 1972, um parecer do Dr. Arthur de Alcântara, do Conselho Nacional de Saúde, evidenciava a intenção de um grupo de médicos cariocas (entre eles, o dr. Leão Cabernit, psicanalista) de retirar a atividade de psicoterapia dos psicólogos, através de uma definição de suas atribuições que viria alterar a legislação já em vigor. Era Também no RJ a sede da Associação Brasileira de Psicologia Aplicada (ABPA), que se manifestou contra este parecer, defendendo a atuação do psicólogo na clínica, com utilização de psicoterapia de qualquer linha. Realizou-se também no RJ o III Encontro das Associações de psicologia, que emitiu pronunciamento esclarecedor sobre a formação e atuação do psicólogo clínico, enviado às autoridades competentes.

Ainda no RJ, a Associação Profissional dos Psicólogos (APP RJ) constituiu, em 1978, uma comissão de trabalho para estudar e encaminhar a luta pela criação do cargo de psicólogo no município (como existia em outros estados). O cargo foi finalmente aqui reconhecido (Decreto-Lei nº 248, de 2/2/79 e Lei nº 95, de 14/8/79), resolvendo a situação de muitos psicólogos que exerciam a função no serviço público, sem reconhecimento e remuneração adequados.

Consultado sobre o número de psicólogos clínicos existentes no RJ, o Conselho Regional de Psicologia nº 05 (RJ) declarou estar fazendo este levantamento; até 1979, haviam 664 psicólogos clínicos num total de 3930 inscritos, sendo que 1809 não especificaram sua área de atuação. Apresentou-nos uma lista de

instituições ali registradas, das quais separamos as que dão formação, realizam estudos ou atendem clientes em psicologia clínica:

- DECRA - Centro de Desenvolvimento da Criança e do Adulto
Av. Pasteur, 459
- CEPA - Centro Editor de Psicologia Aplicada
Rua Senador Dantas, 118/99
- Sociedade de Psicologia Clínica do RJ
Rua 19 de Fevereiro, 21
- CAP - Clínica de Atendimento Psicológico Ltda.
Rua Visconde de Cairú, 95
- Instituto de Psicologia Clínica Ltda.
Rua Bulhões de Carvalho, 524 casas 2, 3 e 4
- CPS - Centro de Psicologia Social Ltda.
Rua Visconde de Pirajá, 430/59
- Serviço de Psicologia Aplicada do Departamento de Psicologia da PUC
Rua Marquês de São Vicente, 225
- TÓPICA - Psicólogos Associados Ltda.
Rua Barão de Oliveira Castro, 22
- Grupo de Psicologia Aplicada Ltda.
Rua Barata Ribeiro, 391 grupo 510
- Centro de Psicologia da Pessoa
Rua Bulhões de Carvalho, 524, casa 1
- Clínica de Psicologia Aplicada
Rua Dias da Cruz, 155/509
- Clínica de Psicologia Médica
Rua Barata Ribeiro, 418/111

- Clínica Psicológica de Ipanema
Rua Almirante Saddock de Sá, 119
- Clínica Psicológica do Instituto Brasileiro de Reflexologia
- Clínica Psicológica de Reflexologia
Largo do Machado, 29/218
- Instituto Brasileiro de Psicanálise, Grupos e Instituições
Rua Visconde Silva, 61
- Grupo de Estudos C. G. Jung
Rua Marquês de Abrantes, 151/503
- Grupo Autônomo de Psicologia Aplicada
Rua João da Mata, 155/104
- Instituto Nacional de Arteterapia
Av. N. Sra. de Copacabana, 542/506
- Instituto Brasileiro de Orientação Psicológica e Psicoterapia
Rua Fernando Mendes, 45/301
- SPAG - Sociedade de Psicoterapia Analítica de Grupo
Av. N. Sra. de Copacabana, 1072/905
- Sociedade Pestalozzi do Brasil
Rua Visconde de Niteroi, 1450
- Serviço de Psicologia Aplicada do Departamento de Psicologia da USU
Rua Fernando Ferrari, 75
- Departamento de Psicologia da Universidade Gama Filho
Rua Manoel Vitorino, 625
- SEPLA - Sociedade de Estudos Psicanalíticos Latino-Americanos
Rua Xavier da Silveira, 45

- Departamento de Psicologia e Psiquiatria do Hospital Grafê
Guinle
Rua Mariz e Barros, 775
- IPCEP - Instituto de Psicologia Clínica, Educacional e Profissional
Travessa Santa Leocádia, 24B
- CESAC - Centro de Estudos de Antropologia Clínica
Rua Timóteo da Costa, 149
- APPIA - Associação de Psiquiatria e Psicologia da Infância e Adolescência
Av. Henrique Dumont, 85/202
- ABPA - Associação Brasileira de Psicologia Aplicada
Rua da Candelária, 6/29
- Clínica Infantil Ltda. PRO-PED
Rua Dias da Cruz, 528
- Instituto de Psicologia Aplicada
Rua Evaristo da Veiga, 35/506
- IMP - Instituto de Medicina Psicológica
Rua Visconde de Pirajá, 156/307
- Clínica Psicológica Santa Luzia
Rua Santa Luzia, 799/204
- Instituto de Psicologia Aplicada
Rua Miguel Lemos, 41/608
- STOP - Serviço de Treinamento e Orientação Psicológica
Rua Visconde de Itamarati, 22
- Centro de Psicologia Aplicada VECTOR Rio
Rua Álvaro Alvim, 27 grupo 61
- Clínica Frei Albino Aresi
Estrada Velha da Tijuca, 1110

- CENPI - Psicologia e Neuropsiquiatria
Rua Dr. Sousa Lopes, 7
- Clínica de Psicoterapia Individual e de Grupo
Rua Djalma Ulrich, 187
- Instituto de Psicologia Aplicada
Av. Ataulfo de Paiva, 1079
- Instituto Anna Freud Ltda.
Rua Marechal Pires Ferreira, 32
- Clínica Medicopsicológica Lagoa - CHILAG
Rua Senador Simonsen, 252
- Clínica Medicopsicológica Ltda.
Rua da Matriz, 47
- NAP - Núcleo de Atendimento Psicoterápico
Rua Álvaro Ramos, 405
- CLIMEP - Clínicas Integradas Médico-psicológicas
Rua Sampaio Viana, 365
- Casa de Saúde Saint-Roman Ltda.
Rua Almirante Alexandrino, 1368
- Centro de Psicologia Aplicada - COPSA
Av. Marechal Castelo Branco, 76/3º andar - sala 21
- Centro de Psicodiagnóstico do RJ
Av. Rio Branco, 254/1104
- CORPSI - Centro de Orientação Psicológica
Av. Epitácio Pessoa, 3744

Gostaríamos de recomendar a leitura do estudo de S.L. Mello
-"Psicologia e Profissão em SP" (1975), e sugerir que semelhante
estudo seja feito no RJ. Diz ela:

"Parece, por si mesmo evidente, que o aparecimento de uma nova profissão está relacionado com problemas e necessidades sociais, para os quais se busque solução. Uma profissão que atende a essas necessidades, atua significativamente no plano social. Se não atende, ou o faz de maneira inadequada, o futuro da profissão está em jogo. Um primeiro passo, para que a profissão possa atuar adequadamente, parece ser o conhecimento das necessidades sociais que provocaram a aplicação das técnicas psicológicas" (Mello, 1975 - og. 13).

Constata que, também em SP, a área clínica é a de maior concentração dos psicólogos, com predominância de uma prática autônoma, dirigida às necessidades de uma população economicamente privilegiada. Aponta conteúdos ideológicos presentes nas concepções da psicologia como "atividade de luxo" e como alheia às instituições sociais, mais voltada que está para a melhoria de um pequeno grupo de clientes por ela atendidos. Observamos o mesmo fenômeno no RJ.

Seria de extrema utilidade para nosso posicionamento enquanto psicólogos clínicos no RJ conhecermos as condições de trabalho de nossos colegas e a história de grupos que vêm atuando na formação e no atendimento em psicologia clínica. Para um levantamento de tal vulto, precisaríamos contar com a colaboração das coordenações dos cursos de psicologia do RJ, do CRP-05 e do Sindicato de Psicólogos do RJ, além de um financiamento que possibilitasse sua execução. Esperamos poder, um dia, realizar esse projeto e ampliar a presente reflexão.

III - ENFOQUE DE UM CONTEXTO

1. Fragmento histórico da recente situação política brasileira:

Uma cronologia, para introduzir esse fragmento histórico (a partir de Figueiredo, 1978):

1945 - 1964 - Governos democratas nacional-populistas, marcados pelas contradições entre uma crescente mobilização política da população (inclusão de trabalhadores urbanos e camponeses) e uma crescente associação com o capital estrangeiro, entraram em crise em 62-64.

1960 - 1964 - As contradições da democracia populista se desenvolveram; a crise do populismo expressava os interesses antagônicos do proletariado e dos camponeses em relação aos proprietários e à burguesia.

1960 - 1961 - (25 de agosto) - Jânio Quadros como presidente.

1961 - (2 de setembro) - Parlamentarismo (redução do poder presidencial).

1961 - 1964 - Vice-Presidente João Goulart como presidente.

1964 (19 de abril) - Golpe militar depôs Goulart.

1964 - 1972 - Governos autoritários controlavam o movimento trabalhista, excluindo o poder de negociação dos sindicatos, e favoreciam o capital estrangeiro.

1964 - 1967 - Gal. Castelo Branco como chefe do governo.

1967 - Nova Constituição mudou o sistema de eleições (in-

diretas).

1967 - 1969 - Gal. Costa e Silva como presidente.

1968 - Ato institucional nº 5 reduziu os direitos civis.

1969 - Emenda constitucional reduziu o poder do Congresso.

1970 - 1974 - Gal. Garrastazu Médici como presidente.

1975 - 1979 - Gal. Ernesto Geisel como presidente.

Uma ressalva quanto ao referencial de análise:

"Uma compreensão da estrutura social brasileira durante os anos 60 e começo dos anos 70 deve ser baseada numa análise de sua estrutura produtiva, sua estrutura de classe e no papel político destas classes dentro do estado" (Figueiredo, 1978 - pg. 11).

Se partirmos do ponto de vista da teoria da dependência, poderemos situar a nação brasileira como dependente e, portanto, passível de dominação/subordinação, de outras nações capitalistas mais desenvolvidas; e, internamente, podemos situar a estrutura social brasileira como estando dividida em classes sociais (centro/periferia) que se associam ou entram em conflito, dependendo dos interesses decorrentes de sua posição econômica e política no sistema econômico e político vigente.

"Os interesses de classe no Brasil durante o período de industrialização pela substituição da importação foram articulados na ideologia democrática nacional populista que prevaleceu até 1964. Depois disto, os interesses da burguesia internacionalizada, da "burguesia estatal" e dos proprietários de terras dominaram os governos autoritários, que excluíram os interesses dos proletários e dos trabalhadores rurais" (Figueiredo, 1978 - pg. 102).

No período de 45 a 64, o sistema político brasileiro buscou ser legitimado através do voto (Lafer, 1978). Com o processo de industrialização em ascendência, coexistiram acirradamente duas realidades no país: o desenvolvimento urbano em alguns centros industriais, em algumas capitais de estados, e o sub-desenvolvimento rural e das demais cidades e localidades do país não abarcadas ainda pela industrialização. A conciliação entre interesses tão diversos foi tentada no terreno do Congresso - o apoio civil tornou-se necessário, inclusive, para legitimar o uso do poder militar. Mas, pouco a pouco, foi havendo uma preponderância do Estado sobre a sociedade civil, um aumento de controle em nome da melhor administração da política econômica: cresceu a máquina burocrática; o sudeste (em destaque, o PTB), mais desenvolvido, cresceu em força política; o modelo adotado de substituição de importações entrou em esgotamento; faltou um projeto político nacional que definisse os rumos da economia (expansão capitalista ou socialização?); caiu, enfim, a eficiência do regime.

Nesse período, o pacto de dominação se exerceu através da fórmula "populista", ou seja, através do voto, do consenso, da acomodação, e não através da fórmula "democrática" de conciliação real entre interesses divergentes das diferentes classes sociais (Furtado, 1977).

Até 1963 (2º governo Vargas, Kubitschek, Quadros e o início do governo Goulart), o "nacional-capitalismo" (denominação adotada por Jaguaribe, em: Furtado, 1977) afirmava, genericamente, a preservação da iniciativa privada, e a restrição das funções do Estado (que deveriam ser: planejamento, coordenação e suplementação). Em cima das distorções ocorridas (concentração da

riqueza e propriedade, marginalização das massas, desenvolvimento urbano-industrial X estagnação rural-agrícola, grandes despesas no setor publico, burguesia nacional sem consciência de classe e sem força política) e do fracasso de Quadros, Goulart, liberado do parlamentarismo pelo plebiscito de 63, veio propor o "nacional-trabalhismo", com os objetivos de: ampliar as funções do Estado (para investimento e direção de empreendimentos), intervir para racionalização e o fim do semi-feudalismo na esfera rural, e intervir para aproximação de interesses da burguesia e do proletariado na esfera industrial. A esquerda achava-se em ascensão; as mudanças propostas e as dificuldades anteriores aumentaram a instabilidade econômica. Uniram-se, então, grupos oligárquicos, classes médias urbanas, forças armadas e agentes imperialistas contra "o caos, o comunismo e a corrupção" (Lafer, 1978). Nasceu o golpe de 64, e, com ele, o Estado militar e o "colonial-fascismo" (Jaguaribe, em: Furtado, 1977). O poder, antes mais repartido, passou a uma concentração de cunho totalitário.

Esta concentração foi exercida por militares (e seus auxiliares civis), envolvidos, já anteriormente na história do país, com a consolidação das fronteiras, e, no momento com a consolidação da própria nacionalidade através da fixação de objetivos nacionais: segurança e desenvolvimento. Foi se formando, ao longo do tempo, a chamada "doutrina do Poder Nacional" (Furtado, 1977), cuja existência se apóia na ameaça externa (por exemplo, o comunismo) e na inviabilidade econômica e política do Brasil, e se define numa política de segurança e numa perspectiva de desenvolvimento sem tensões sociais, dentro da maior estabilidade

interna. Com isso, a nação vem se privando, há anos, da capacidade de autodireção e da modernização de suas estruturas sociais. É esta doutrina e a classe dos militares que a representa que tomaram o poder de forma mais absoluta em 64.

No início, a proposta do 1º governo militar (Castello Branco) incluía uma ideologia liberal na substância e autoritária na forma (Furtado, 1977). A parte liberal da proposta foi derrubada, em nome de um maior controle sobre a inflação crescente, sobre a queda de desenvolvimento econômico, sobre o aumento de concentração da renda, etc. Tais problemas não têm podido ser corretamente diagnosticados porque os canais de comunicação com o povo foram cortados, e a atividade política passou a confundir-se com a atividade burocrática. Os governos militares não "escutam" a realidade do país, não promovem as transformações necessárias e agudizam suas próprias contradições. Crescem os movimentos urbanos de classe média pela democracia (anistia, movimentos de trabalhadores, de estudantes, etc.); é preciso também lembrar o ideal de guerra revolucionária, presente, desde 64, entre os jovens, revoltados com a violência e a privação do direito de participar da construção de seu futuro. A oposição tem gerado, por parte do poder militar, a repressão mais violenta. Portanto, a ausência de tensão social parece ser mais um engodo desse regime que não absorve conflitos - tenta negá-los ou abolí-los pelo extermínio.

Os governos militares significam: controle do país pelas Forças Armadas. Vieram a se impor por meios coercitivos; a se auto-legitimar pelos Atos Institucionais (até o governo Figueiredo, a partir de 1980 - período que não será incluído nesta análise).

se); a defender a bandeira da estabilidade econômica (!) com utilização máxima da participação de fatores externos, com ênfase na redução da inflação e na livre empresa; e a defender um governo de direita, nacionalista. A taxa de inflação tem aumentado assustadoramente (foi reduzida temporariamente e logo não parou de subir), a dívida externa tem crescido (a ocupação interna por "colonizadores" também...), o incentivo à empresa privada tem crescido, prossegue a superconcentração de renda e poder, diminui a criação de novos empregos, aumenta a dependência de países desenvolvidos.

O colonial-fascismo (ou modelo para estabilidade social) caracteriza esses governos militares - fascistas pela proposta de desenvolvimento econômico sem modificação da ordem social, com aliança das classes médias e da burguesia; e coloniais pela condição de dependência a que sujeitam o país. Para preservar a ordem social, tem-se fortalecido o poder público com capacidade de coerção.

Discute-se a legitimidade (inexistente segundo Lafer, 1978) desses governos, que têm aspirado legitimar-se pelo próprio exercício do poder e pela insistência de formulação da legalidade (através dos atos institucionais, por exemplo). Mesmo sem legitimidade, amplia-se a força do Estado e seu poder de controle: através da tributação (recursos extraídos da sociedade civil); através da expansão de seus investimentos (riqueza crescente aumenta o poder econômico); através do financiamento a empreendimentos que interessa incentivar (e do não financiamento a empreendimentos que não interessam ao Estado); através da intervenção e redução da negociação salarial entre empregados e empregadores; através da diminuição da representação política (declínio na atuação

do Congresso e das elites políticas); através da concentração de definições na política industrial, agrícola, monetária, cambial; através da censura. Lafer (1978) constata que o sistema político brasileiro pós-64 "funcionou bastante bem" (pg. 101), e mantém-se até hoje, devido especificamente a:

- redução de demandas pela concentração de poder;
- pacto de dominação pela coerção organizada;
- mecanismos operacionais com alguns resultados significativos no desenvolvimento econômico.

Mas, os custos têm um peso relevante:

- supressão de liberdade pública;
- contenção de reajustes salariais (paralela aos esforços de redução da "pobreza absoluta");
- controle da criação, transmissão e divulgação cultural ;
- aumento de importações;
- aumento da dívida externa;
- violência, radicalismo, insegurança dos cidadãos;
- manipulação de indicadores econômicos, de informação;
- afirmação da preponderância do Estado sobre a sociedade civil.

A "abertura" veio propor uma maior atuação do Congresso, a atenuação da censura, o debate sobre: direitos humanos, papel do Estado, investimento estrangeiro, empresa privada, modelo econômico, reforma dos partidos, etc... Para tanto, seria imprescindível a representação efetiva do povo. A vitória do MDB, em 1974, já revelou a insatisfação existente e o desejo popular de mudança do pacto de dominação.

"A burguesia estatal pode apoiar uma abertura do tema político para incluir nele os trabalhadores,

como forma de aumentar seu poder em relação à burguesia internacionalista" (Figueiredo, 1978- pg. 127).

A coerção organizada é contrária ao processo de democratização, impede a representação efetiva, inviabilizada a transferência de poder e a sub^{missão dos governantes aos} governos. Logo as alternativas para o regime militar parecem ser (segundo Jaguaribe, em: Furtado, 1977): Ou a modificação do seu significado, ou a restituição do poder aos partidos políticos e às forças sociais até então marginalizadas.

2. Algumas especificidades da situação política do Rio de Janeiro.

Realizamos uma entrevista com a historiadora Maria Alice Rezende de Carvalho, da PUC e da Fundação Casa de Rui Barbosa, em dezembro de 1981, depois de infrutíferas tentativas de localizar artigos e estudo sobre a situação política específica do Rio de Janeiro nos últimos anos. Localizamos no IUPERJ uma pesquisa em andamento sobre o chaguismo, ainda não redigida. Foi pedido, então, à M.A. que falasse sobre a situação política do RJ, em linhas gerais, tentando assinalar os aspectos mais relevantes e as mudanças fundamentais, especialmente no período 62/79. Disse ela que é escassíssima a bibliografia sobre o assunto. Fêz a ressalva de que esse presente trabalho e seus "fragmentos históricos" se insere na perspectiva histórica de um agente, o psicólogo, o autor do trabalho; assim sendo, a síntese que ora fazemos de suas colocações também passa necessariamente por essa perspectiva.

O Rio de Janeiro tem uma tradição como centro político no país, o que se deve, em grande parte, ao fato de ter sido a capi-

tal do império e, depois, da república, até 1960. Os movimentos políticos ocorridos no RJ possuíam, segundo M.A., um caráter mais "explosivo" e menos organizado (diferença que pode ser marcada numa comparação com outro centro político - SP), devido a um fenômeno de "dispersão ideológica" que se manifestava mais através de eventos de reação, e não tanto de projetos estruturados levados à prática. De 1930 em diante, a partir do governo de Getúlio Vargas (Estado Novo), os movimentos políticos ocorridos no RJ passaram a tentar uma centralização e a ter a pretensão de serem nacionais, e não regionais, não concentrando, assim, portanto, questões e reivindicações mais específicas. Tal pretensão persistiu mesmo depois da transferência da capital para Brasília, o que pode induzir a uma caracterização política do RJ como uma cidade sem identidade política enquanto cidade e município, e como um lugar de concentração das contradições amplas do país que espelham a posição do governo federal e sua repercussão. O RJ tem tido sua existência condicionada às decisões "externas" do governo federal: depois de capital da república, foi Estado da Guanabara e, com a fusão, transformou-se em município e cidade-capital do estado do Rio de Janeiro. O RJ pode ser definido, segundo M.A., como um microcosmo da situação política nacional: sofreu, por exemplo, forte repressão após o golpe militar de 64, especialmente sobre o movimento operário e sobre o movimento estudantil. De 68 em diante, a esquerda carioca, enfrentando a repressão política, teve que encarar ainda a dificuldade de organização por falta de tradição sindical, tradição de movimento operário, etc. Entretanto, a repressão e a censura geraram, além do extermínio, também a ativação de alguns canais de expressão da oposição: a OAB (Ordem dos Advoga -

dos do Brasil) e a ABI (Associação Brasileira de Imprensa), por exemplo, que funcionaram nesse sentido, são entidades de âmbito nacional (e não regional).

Raymundo de Oliveira, deputado estadual pelo PMDB atualmente, faz uma retrospectiva da história política recente do RJ. Lembra que, em 65, o governador civil do golpe militar do então Estado da Guanabara foi substituído pelo governador Negrão de Lima, eleito pela oposição. Mais tarde, esse "estado oposicionista" iria ser entregue pelo governo federal ao sr. Chagas Freitas, o "maior arenista do MDB" - tanto que impediu até o comício de Ulisses Guimarães (presidente nacional do MDB) em 73. Em 75, Saturnino Braga é eleito senador pelo RJ (MDB) com uma mensagem nacionalista, democrática, contrária ao modelo econômico desnacionalizante e ao arrocho salarial. Em 76, nas eleições municipais sob a lei Falcão, com todo cerceamento da propaganda eleitoral, ainda vence a oposição. Em 78, nas eleições para Câmara e para o Senado, o número maior de votos ainda é também da oposição, mas devido a manobras tipo senador biônico (1/3 dos senadores eram escolhidos pelo presidente da república), e outras, a maioria de eleitos pertence à Arena, até a dissolução dos partidos pelo governo federal. A partir daí, observa-se a reabertura de entidades estudantis (UNE, UEEs), a reabertura e o incremento das entidades de professores, médicos, profissionais liberais. O governador Chagas Freitas se filia ao PP, e realiza um governo onde graçam as alianças com as classes dominantes financeiras poderosas, as mordomias e favoritismos.

Segundo o Senador Saturnino Braga (1980), houve, por parte do governo federal, toda uma estratégia de afastamento do povo

do Rio de Janeiro da posição de vanguarda oposicionista que tinha no cenário nacional, da qual fizeram parte a fusão e a tentativa de aliança da oposição com o chaguismo. Diz ele que o Rio de Janeiro tem sido um "laboratório de arbítrio":

"Os alquimistas do autoritarismo fizeram do povo fluminense cobaia de suas experiências autocráticas" (Braga, 1980 - pg. 7).

"O Grande Rio, em seu panorama urbano e social, é uma mostra amplificada dos problemas brasileiros. Nesta megalópole fantástica, caótica e caudalosa, o luxo mais sofisticado faz face com a favela sub-humana. A mais atrevida e criminosa especulação imobiliária, de que resultou a proliferação, como cogumelos malditos, dos agressivos espigões de concreto armado que infestam a cidade, feriu de morte um cenário antes de invejável beleza. A destruição do patrimônio comum é culpa de governantes inconseqüentes, sócios dos especuladores" (Braga, 1980 - pg. 9).

Cita o Senador alguns problemas típicos do Rio de Janeiro: violência urbana, precário sistema de transportes, inadequados serviços públicos, más condições de moradia, de atendimento à saúde e à educação, estreitamento do mercado de trabalho (devido à situação de "centro político-administrativo semi-esvaziado" e "pólo industrial que perde dinamismo") e problema de abastecimento.

"O Rio de Janeiro é, de longa data, o centro mais politizado do País. Habitante do antigo município neutro, e posteriormente do D.F., o carioca foi ao longo de quase toda a história republicana usurpado do direito de administrar sua cidade. Em compensação, desenvolveu a tradição do debate das grandes questões nacionais. Vivendo num lugar de contrastes sociais agudos e bene

ficiado pela presença das correntes centrais da vida política nacional, formou-se um povo consciente e preocupado que tempera, na irreverência e ironia do seu caráter, sua condição de cassado histórico. A operação silêncio imposta ao povo brasileiro, a partir de 1964, foi particularmente sentida nesta região" (Braga, 1980 - pg. 9).

A identidade sócio-cultural do carioca deve certamente incluir aspectos de alienação, depois de tanta repressão e censura, de confusão e dissolução, enquanto descaracterizado e desregionalizado, e de colonização, pela impregnação de influências estrangeiras e pela sujeição.

O psicólogo clínico carioca constrói sua identidade profissional também apoiado nessa identidade sócio-cultural: pode sentir-se confuso na dispersão e desorganização reinantes; pode se ver identificado com posições e práticas estrangeiras, e pouco consciente da realidade social em que vive (aliás, as disciplinas do curso de psicologia pouco ou nada se referem a esta realidade); pode sentir-se isolado enquanto profissional, com dificuldade de encontrar trabalho, de encaminhar suas reivindicações, e de obter apoio para sua produção científica; pode se ver sujeito, nas questões oficiais e legais (criação de empregos, cargo enquadramento, etc.), às vicissitudes de interesses e circunstâncias mutáveis demais. Como ilustração, Helena Martins da Silva, da diretoria do Sindicato dos Psicólogos do RJ (ver entrevista transcrita no Apêndice), historia a situação dos psicólogos na Secretaria de Educação: alguns deles trabalhando nso Centros Distritais de Orientação Psicológica (chefiados então por médicos), Centros esses que viraram Equipe Técnica de Orientação Psicológica (ETIDOP, chefiada por psicólogos),

que virou Centro Distritais de Orientação (CDO, chefiados por orientadores educacionais), que viraram agora Equipe Técnica de Orientação Educacional (ETOE, chefiada por orientadores educacionais). Não foram apenas mudanças de nomes, mas de funções, chefias, subordinação à Secretaria de Saúde ou à Secretaria de Educação, devido a interesses, circunstâncias...

"... o Estado se afasta dos interesses gerais da população ao defender políticas particularistas ..." (SinMed - pg. 4).

Nas décadas de 60 e 70, a distribuição de renda no país vem ressaltando, segundo documento elaborado pelo SinMed, a correlação crescente entre o autoritarismo político, a política salarial e a concentração de riqueza por parte dos setores mais ricos da população. A estratégia de sobrevivência dos grupos de baixa renda tem sido a conversão em força de trabalho de todos os membros da unidade familiar. Alguns problemas estão associados a esta situação: inexistência de creches e demais serviços de assistência infantil, encurtamento do período de amamentação, alimentação deficiente, etc.. No Rio de Janeiro, a taxa de mortalidade geral e a taxa de mortalidade infantil cresceram entre 1968 e 1974, e houve aumento significativo das doenças do aparelho digestivo, atribuído à deterioração das condições sócio-econômicas e ambientais. Os estudos do SinMed concluem que:

"... a variável saúde se acha, entre nós, altamente sensibilizada por qualquer mudança operada nos salários, cujo valor se tem mantido em igualmente alta correlação com os níveis de participação social e política das classes subalternas" (SinMed - pg. 26).

3. Alguns esclarecimentos sobre a política de saúde no Brasil:

O interesse maior, para o psicólogo clínico, seria conhecer e refletir sobre as questões da política de saúde mental no país, para poder, então, apreender que lugar lhe é atribuído dentro do sistema de serviços de saúde mental enquanto um dos profissionais da área. Mas, nosso ponto de partida para tal reflexão é o de que "os cuidados de saúde mental constituem um aspecto das atividades de saúde pública", como afirma Querido (1973) em 1962 numa publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Nesse artigo, ele chama a atenção para a utilização, nos "países em processo de desenvolvimento", dos escassos recursos na atenção aos pacientes mais seriamente afetados e a conseqüente perpetuação do "antiquado sistema do hospital de doenças mentais". Propõe uma ampliação de pessoal com diversificação (além de psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, também psicólogos, pedagogos e sociólogos). Apesar de enfatizar uma inter-ligação entre saúde mental e saúde pública, ainda podemos observar, em seu artigo a presença de uma divisão, na distinção entre problema do corpo e problemas da mente, na forma de ver o indivíduo - a presença desta divisão, de raízes ideológicas, estará, como veremos, sempre associada às dificuldades de implantação dos mais razoáveis e exequíveis planos na área de saúde mental, e de saúde pública de uma maneira geral.

Em 1969, numa reunião da Organização Panamericana de Saúde, um grupo de trabalho sobre a administração de serviços psiquiátricos e de saúde mental (Publicación Científica nº 210) examinou a necessidade de que estes serviços se afastassem dos modelos clássicos da assistência psiquiátrica por meio da integra-

ção dos programas de saúde mental com os programas gerais de saúde. Propôs a transformação do hospital psiquiátrico em um centro ativo de terapia e reabilitação, com participação responsável do pessoal e dos pacientes para estreitar os vínculos destes com a comunidade. Propôs também aumentar as possibilidades de prevenção e cura. Observou que, nas Américas, havia um movimento de compreensão (e não mais de compaixão) das desordens mentais, com a finalidade de elevar a dignidade dos pacientes, motivando o meio social para reagir de forma a assegurar-lhes seus direitos de tratamento e melhores condições de vida. O "Departamento de Salud Mental de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Buenos Aires", por exemplo, apresentou projetos, já parcialmente em execução, que se coadunavam com esse movimento e com a perspectiva de uma psiquiatria moderna, dinâmica e comunitária.

Em 1975, a revista Chronique da OMS (Geneve) publicou um artigo sobre "Les services de santé mentale dans les pays en voie de développement", que se referia à questão da saúde mental como não podendo estar dissociada dos problemas mais amplos da saúde pública e do desenvolvimento sócio-econômico de um determinado país, problemas que requerem uma ação preventiva, uma educação adequada e uma melhoria geral do nível de vida. Há uma observação sobre a população nesses países em vias de desenvolvimento: metade dos habitantes possui idade inferior a 15 anos e os problemas mentais nessa faixa da população existem em grande quantidade. As infecções, infestações parasitárias e a má nutrição são responsáveis também por muitas doenças psiquiátricas. Faltam serviços psiquiátricos nas zonas rurais, e, nas zonas urbanas, a evolução

social acelerada e a ausência de recursos modernos de saúde têm contribuído para agravar os problemas inclusive na área de saúde mental. As características culturais, a religiosidade e alguns fatores de origem sócio-política são apontados como explicativos de uma mentalidade que vê os hospitais psiquiátricos como instituições de tipo carcerário, destinadas a isolar as pessoas que amedrontam e atrapalham, e que vê muitos casos de distúrbio mental como causados por razões físicas, devendo portanto receber tratamentos físicos que não revelam grande eficácia. Os serviços de saúde de base desses países não têm concluído a prestação de serviços de saúde mental; os hospitais gerais, os centros de saúde e o serviço social não têm incluído o atendimento aos doentes mentais, realizado restritamente nos hospitais psiquiátricos. O artigo citado reúne algumas prioridades recomendadas pela OMS: descentralização dos serviços de saúde para maior adequação aos problemas específicos de cada região; atendimento de urgências psiquiátricas e outros distúrbios psiquiátricos graves ou crônicos fora dos hospitais psiquiátricos e, sempre que possível, no nível da coletividade (atendimento domiciliar, por exemplo); atendimento dos demais distúrbios psiquiátricos em centros de saúde, hospitais gerais e outros serviços de terapia. A OMS, juntamente com a Federação Mundial de Saúde Mental e a Associação Mundial de Psiquiatria, devem se encarregar, e pretendem assumir tal encargo, de: pesquisa de sistemas de prestação de serviços de saúde mental, análise de tarefas e elaboração de programas de formação, normalização do diagnóstico e da classificação psiquiátrica, elaboração de critérios e de diretrizes para o uso apropriado dos medicamentos psicotrópicos, reexame da legislação sobre saúde mental, organização de seminários e distribuição de publi-

cações sobre saúde mental.

Ao se falar em saúde pública, é preciso que sejam esclarecidas as metas de um plano e de um trabalho amplo nessa área, para, posteriormente, situar as metas específicas de um plano e de um trabalho em saúde mental. Tentaremos, aqui, seguir esta trajetória, mencionando as metas prioritárias do governo e algumas hipóteses de análise de tais metas. J.C. Noronha e R. Guimarães citam, em seu artigo "As atuais condições de saúde da população brasileira e seus determinantes" (ver Guimarães, 1978) as 3 grandes metas do Plano Decenal de São Paulo (para 62-71), que refletem as preocupações do governo do país com a saúde: aumentar expectativa (tempo de vida), aumentar a capacidade individual para aprender e produzir, e melhorar a saúde individual e coletiva. Vemos a presença da preocupação com a produção e com a melhoria da saúde da população para garantir e aumentar a eficácia da força produtiva. Mas, a situação da saúde da população era então alarmante:

"A partir da década de 60 houve uma inflexão na tendência da evolução do quadro de saúde da população brasileira". "Metas não cumpridas, recrudescimento de problemas já sob controle, acentuação da morbimortalidade seriam situações comuns nesta análise". (Guimarães, 1978 - pg. 8)

O processo de desenvolvimento econômico de nossa sociedade vinha se caracterizando por uma concentração de mão-de-obra nos grandes centros (entre eles, a cidade do Rio de Janeiro), o que ajudava a manter os problemas do campo e a criar novas áreas críticas na periferia dos centros urbanos, no que se refere às condições de vida e de saúde da população. Novos problemas de saúde surgiam também, "ligados aos riscos inerentes à vida urbana e ao

próprio processo de produção, particularmente industrial" (pg.9). ^{Guimarães, 1978}

Interessante observar o fenômeno da "inversão nosológica" que fez modificar a classificação das doenças - os brasileiros deixaram de adoecer por infecções ou desnutrição (doenças ligadas ao sub - desenvolvimento), predominantemente, e passaram a ter, mais frequentemente, cânceres e doenças cardíacas (doenças ligadas ao desenvolvimento). Não adiantaria muito modificar a classificação das doenças, assim como não adiantaria traçar políticas com objetivos de "suplementação" e de "manipulação instrumental imediata" - mo dificações estruturais não têm sido propostas pelos setores governamentais, que pouca atenção têm dado aos condicionantes fundamentais do quadro geral das condições de saúde (tais como capacidade aquisitiva da população, qualidade de vida, etc.).

"Um dos fatores mais marcantes no plano das Instituições de Saúde no Brasil após 1964 é o processo de centralização na gestão de suas políticas. O discurso que vem presidindo essa tendência fundamenta-se na ideologia de que o debate e o entrec choque de opiniões dos diversos setores interessados emperra a capacidade de formular e de decidir" (Guimarães, 1978 - pg. 10).

A ideologia dominante dos governos pós-64 tende a separar política e técnica como duas esferas de racionalidade, centralizando as decisões políticas em nome de maior eficiência técnica. A utilização das técnicas como exclusivo critério de verdade na definição dos destinos da saúde é questionável - até que ponto a exclusão da participação dos setores interessados não tem essencialmente uma intenção política? A formulação das políticas tem sido realizada quase que exclusivamente a partir do diálogo entre os grandes empresários da assistência médica e o Estado, com ex -

clusão dos profissionais de saúde e de outros setores da população. A lei nº 6229 de 17/7/75, que veio a criar o Sistema Nacional de Saúde, visava acabar com o chamado "clientelismo" e instalar uma hierarquia de serviços, uma ampliação da rede oficial de serviços, e algumas práticas de medicina simplificada. Porém, o que se tem observado são inúmeras dificuldades na implementação desse plano, sobretudo por causa dos interesses econômicos em jogo - os interesses dos grandes empresários privados. Estão presentes também os interesses políticos: a lógica a que obedece o chamado "aumento de eficácia" no setor saúde é a da atitude vigilante e controladora para "preservação de uma mão-de-obra hígida" e para "prevenção de uma crise política potencial" (Guimarães, 1978 - pg. 12). Discussões e análises a respeito das políticas de saúde e das alternativas possíveis têm sido encaminhadas pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde do RJ (CEBES), pelos sindicatos de médicos e pela Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), principalmente.

Anamaria Arouca (em: Guimarães, 1978) traz uma contribuição relevante para se pensar a própria definição de saúde-doença e suas implicações político-ideológicas: esses conceitos têm sido analisados como fenômenos essencialmente biológicos e não sociais, com conseqüente desconsideração pelas condições econômicas (PIB, produção, renda), educacionais (alfabetização) e de saneamento (rede de esgotos, de água, medidas preventivas) como responsáveis pela situação de saúde-doença da população. Cita pesquisas que apontam uma alta correlação entre tais condições e os índices de saúde. Tenta recuperar a relevância do social como "elemento de explicação, raiz de um sofrer e viver definidos,

instância das relações que organizam e instauram a ordem dos riscos para a vida, para a morte"; a relevância do social para além da dicotomia riqueza-pobreza, desenvolvimento-subdesenvolvimento, que "obscurece as contradições de classe e os mecanismos da acumulação dependente" (pg. 150 - 151); a relevância do social que reflete um momento histórico (relacionado ao processo de acumulação de capital) e se concretiza inclusive num momento individualizado de sofrimento. Mais uma contribuição para ampliar nossa reflexão é trazida por Madel Luz (em: Guimarães, 1978): no processo de industrialização e de urbanização que se instala no país desde o início do século, o Estado se encarrega de vigiar e promover a saúde coletiva, especialmente dentro do espaço urbano, e escamoteia as condições desfavoráveis de vida da população aportadas por tal processo através da problemática "presença-ausência de doenças" que assume e pretende assistir - dar assistência. Em 1963, é criado o fundo de Assistência ao Trabalhador Rural para estender tal assistência médica já a toda população. Em 1967, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para implementar medidas previdenciárias e assistenciais de caráter coletivo. Em 1974, é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social. É dominante a ação do Estado no setor saúde, e um tipo de ação de caráter assistencial - médico, menos voltado para a saúde pública, e para a formação adequada de recursos humanos. É mais uma estratégia de controle e normatização que de criação de condições básicas de saúde. Temos, de um lado, as instituições oficiais de saúde e assistência e, de outro, as instituições médicas particulares de assistência e de seguro saúde. Estas instituições médicas se situam entre o sistema de poder e

as reivindicações dos movimentos sociais, são mantidas por um projeto político de medicalização da sociedade, que precisa manter um nível de carência de saúde que permita o controle dessa sociedade e o atendimento dos interesses da classe empresarial médica. O planejamento de saúde tem sido frequentemente uma retórica para atender falaciosamente as reivindicações sociais, e não uma prática efetiva de atendimento a tais reivindicações. Tanto que um levantamento realizado em 73/74 revelou um aumento da mortalidade infantil, dos índices de desnutrição, uma eclosão de epidemias (como a meningite), um aumento da incidência de algumas doenças endêmicas (como a tuberculose), provavelmente como resultado do processo de desenvolvimento inflacionário e de sua ênfase na industrialização (Madel Luz, em: Guimarães, 1978).

As políticas governamentais de saúde têm sido responsáveis pela modelagem do processo de formação e distribuição dos recursos humanos nesse setor:

"... a preparação de pessoal para desempenho de ações de saúde cumpre um papel historicamente determinado de reproduzir a organização dos serviços de saúde, na preservação de práticas e conhecimentos específicos, salvaguardando os conteúdos ideológicos dominantes" (Quadra & Amancio, em: Guimarães, 1978, pg.242).

Os planejamentos de formação de recursos humanos para o setor saúde têm sido meras intenções, sem clara explicitação do modelo adotado, da ideologia profissional, das implicações políticas, da força de predição, das alternativas face a mudanças e dos critérios de viabilidade e repetibilidade. A ênfase de tais planejamentos tem sido colocada na necessidade de um maior número de profissionais, um maior número de matrículas em faculda -

des, especialmente de Medicina (e, também em Psicologia, o número de vagas em cursos superiores cresceu grandemente no período de análise do presente trabalho), e especialmente na rede privada de ensino superior - assim:

"... apacavam-se os anseios de ascensão social da classe média via escolarização sofisticada, ao mesmo tempo em que ficava evidente o interesse pela saúde do povo" (Quadra & Amancio, em: Guimarães, 1978, 242).

Alguns problemas têm sido frequentemente levantados no que se refere à área de recursos humanos do setor saúde: 1) desajuste escola média-universidade; 2) baixa produtividade; 3) proporção desequilibrada entre pessoal de nível superior (excesso), e técnico e básico; 4) falta de planejamento. Contrapondo a este último item, a atuação normatizadora e ordenadora do Estado, já anteriormente mencionada, podemos observar que: 1) a partir da Lei de Diretrizes e Bases e da Lei da Reforma do Ensino, a presença ideológica crescente do binômio eficiência-articulação se fez presente na articulação educação-saúde, expressa na criação de comitês e grupos de trabalho, nos programas de formação e treinamento de pessoal, na integração das funções docentes e assistencial dos profissionais, no incentivo à programação de cursos nas instituições empregadoras, na utilização de pessoal da comunidade para o exercício de ações de saúde, etc.; 2) a partir da análise de tal propósito de articulação, estabelecem-se as seguintes diretrizes políticas: centralização normativa do Estado, concepção mecanicista de articulação com ordenações estanques de necessidades e capacidades, ampliação do controle e da vigilância sobre a população pela ampliação de serviço (que mantém os

gradientes de qualidade da atenção médica segundo critérios (de estratificação social), concepção empresarialista, persistência da tendência elitista da universidade, domesticação da população através de seu comprometimento com ^{um} mecanismo de participação comunitária, etc...

O editorial do nº 9 da revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (1980) diz:

"Durante os últimos anos, denunciou-se permanentemente o caráter mercantilista, excludente e corruptor da organização atual dos serviços de saúde, propondo-se a criação de um sistema único que pudesse realmente atender as necessidades de serviços de saúde de nossas populações e oferece condições dignas de trabalho aos seus profissionais. Atualmente, assistimos que no plano do discurso as autoridades começam a incorporar estas propostas, se bem que ainda as medidas efetivas continuam sendo orientadas pelo modelo mercantilista prevalente. (...). A incorporação das propostas progressistas pelos governos autoritários não representa novidade nenhuma na história brasileira. Tendo-se em conta que isto representa uma conquista e não uma dádiva, é necessário no entanto refletir-se a sua natureza. A primeira das características fundamentais desta incorporação é o seu caráter parcelar, ou seja, introduz-se uma pequena reforma parcial que não muda a essência da organização mas recobre a reforma com um discurso ufanista que a coloca como uma ampla transformação" (pg. 3).

Nesta mesma revista, Teixeira, Jacobina & Souza propõem uma pequena cronologia que ora ampliamos, para tentar melhor explicitar a conjuntura política em saúde (seu artigo intitula-se: Para uma Análise da Conjuntura Política em Saúde):

- 1964 - Golpe militar: estado autoritário, centralização do poder, critério de racionalidade técnico-científica.
- 1966 - INPS: alijamento dos trabalhadores, decisões sobre saúde a cargo do Estado e dos empresários da área (nacionais e multinacionais), incapacidade da estrutura existente de prestação de serviços e das condições de saúde da população.
- 1974 - Crise econômica (do país e do sistema capitalista em geral), insatisfação popular (derrota eleitoral do regime).
- 1975 - Sistema Nacional de Saúde: manutenção da dicotomia assistencial individual X coletiva (M.P.A.S. X Ministério da Saúde); implantação de alguns programas mais populares (de Saúde Materno-Infantil, de Alimentação e Nutrição, de Vigilância Epidemiológica). A Lei nº 6229, de 17/7/75, publicada no Diário Oficial de 18/7/75, dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, estabelecendo as seguintes atribuições, que procuramos sintetizar:
- cabe ao Ministério da Saúde: formular a política nacional de saúde e executar medidas de interesse coletivo na área de saúde (para o psicólogo, estabelece as normas técnico-científicas e fiscaliza as condições sanitárias do exercício da profissão);
 - cabe ao Ministério da Previdência e Assistência Social: atuar principalmente no atendimento médico assistencial individualizado (para o psicólogo, define sua função nos serviços de atendimento e pode financiar e promover pesquisa de novos métodos tera -

pêuticos);

- cabe ao Ministério da Educação: formar e habilitar profissionais do setor saúde (para o psicólogo, criar ou autorizar e fiscalizar cursos de graduação, especialização e pós-graduação, e pode definir locais de treinamento);
- cabe ao Ministério do Interior: atuar em saneamento, radicação de populações, desenvolvimento regional e assistência em casos de calamidade pública;
- cabe ao Ministério do Trabalho: cuidar da higiene e segurança do trabalho, da prevenção de acidentes e doenças do trabalho, da disciplina corporativa e da política salarial das profissões do setor saúde (para o psicólogo, exerce a fiscalização do seu exercício profissional e deve cuidar de sua situação trabalhista, inclusive salarial);
- cabe ao Conselho de Desenvolvimento Social: apreciar a Política Nacional de Saúde formulada pelo Ministro da Saúde, e os programas de diferentes ministérios no que diz respeito a assuntos de saúde.

A Lei dá ainda as atribuições das administrações municipais e estaduais, e das Coordenadorias Regionais de Saúde (do Ministério da Saúde), quanto à execução do presente; classifica também as áreas de que é composto o sistema: área de ação sobre o meio ambiente, área de prestação de serviços a pessoas, área de atividades de apoio.

1976 - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), elaborado pela Secretaria de Planejamento para o Nordeste: descentralização meramente geográfica e participação comunitária meramente de aceitação passiva; mas, abriu-se e intensificou-se o debate na área da política de saúde (nesse ano foi criado o CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, e começou a crescer a mobilização das associações de classe e dos sindicatos de profissionais da área.).

1977 - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), produzido pela Coordenadoria de Comunicação Social: reorganiza e racionaliza a previdência social. A Lei nº 6439, de 19/9/77, institui o SINPAS "e dá providência": ficará sob orientação, coordenação e controle do M.P.A.S., e incluirá a articulação dos serviços prestados pelas autarquias recém vinculadas ao M.P.A.S. (INAMPS, IAPAS) e pelas demais entidades (INPS, LBA, FUNABEM, DATAPREV, CEME). Estas entidades, com sede provisória na cidade do Rio de Janeiro, deverão transferir sua sede, posteriormente, para o Distrito Federal. Na mensagem nº 66, de 1977, transmitida pelo Ministro da Saúde ao Congresso Nacional, há um reconhecimento de que a maior atenção, entre as atividades do M.P.A.S., tem sido dada à assistência médica; de que há sérios problemas e deficiências nesse e em outros atendimentos; de que a assistência ao trabalhador rural é uma de suas grandes preocupações.

- Programa Nacional de Ações Básicas de Saúde (PREV-SAÚDE): plano que prevê um grande aumento no orçamento do Ministério e das Secretarias de Saúde, e talvez da Previdência e Assistência Social, para execução de medidas de caráter sobretudo preventivo, que redundariam numa crescente estatização do setor. Muitas de suas diretrizes iniciais (já que o Prev-Saúde tem sofrido até o momento algumas reformulações em função dos interesses das entidades envolvidas) constavam de um documento apresentado pelo CEBES no 1º Simpósio Sobre Política Nacional de Saúde da Câmara Federal (em outubro de 1979). Mas, em realidade, não se tem tido acesso fácil ao debate sobre o Prev-Saúde, restrito a algumas autoridades e alguns técnicos do governo. Desse documento apresentado pelo CEBES(1979), extraímos uma triste constatação:

"É praticamente consensual entre os especialistas o diagnóstico de que, a partir da década de 60, vem piorando gradativamente o nível de vida da população. Aumentaram significativamente a mortalidade infantil, as doenças endêmicas, as taxas de acidentes do trabalho, o número de doentes mentais, etc.. Pioraram, igualmente, as condições de saneamento, a poluição e os níveis nutricionais"... (Lebes, 1979 - pg. 11).

Observamos uma tendência do M.P.A.S. de estender a prestação de serviços a não previdenciários (através da LBA, da FUNABEM, e futuramente do PRÓ-SAÚDE, com convênios entre o INAMPS e as Secretarias Estaduais de Saúde), o que tem acarretado uma expansão com queda de qualidade. Através da contribuição previdenciária, os trabalhadores pagam por uma assistência precária e são ainda ex -

plorados como fonte de lucro pelos empresários médico-hospitalares e pelo Estado.

Cabe-nos perguntar, aproveitando algumas reflexões de Teixeira Jacobina & Souza (Saúde em debate - revista do CEBES, 1980), se caberia ao psicólogo, como a todos os profissionais da área de saúde, trabalhar, em termos gerais, no sentido de uma "conscientização do valor da saúde que se traduz, principalmente nos locais de trabalho, pelo combate aos ambientes insalubres e aos horários extenuantes, pela prevenção de acidentes e pela busca de manutenção da higiene", e no sentido de uma conscientização também da "vinculação das condições de saúde com as condições de vida". E, a fundamentar tal questionamento, teríamos a concepção de doença a partir da perspectiva de uma patologia social:

"A doença é um sofrimento individual, como sinal de um sofrimento coletivo. É assim como um sinal de alarme de que algo não vai bem com a coletividade. Se se cuida unicamente do sofrimento individual, ele vai se repetir em outros representantes da comunidade, pois a causa social não foi abolida" (G. Berlinguer, médico italiano, em entrevista publicada na revista do CEBES, 1980).

Tratando mais especificamente da área de saúde mental, gostaríamos de lembrar inicialmente o trabalho apresentado pelo Dr. Marcelo Blaya, no XI Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, realizado em São Paulo (dezembro de 1973) - "O paciente psiquiátrico e o poder público", onde enfoca os projetos de saúde e os respectivos fatores iatrogênicos, e o estado atual da assistência psiquiátrica aos pacientes de condições sócio-econômicas menos favoráveis. Aponta ele a existência

de recursos limitados (de pessoal e financeiros) na área, de uma má distribuição dos mesmos, de um alto custo com pacientes internados (e do investimento na construção e ampliação de hospitais psiquiátricos), de grande número de re-internações, e de uma escassez de atendimentos ambulatoriais. Já, em 1977, é formulado o Plano Nacional de Saúde Mental (divulgação feita pelo CEBES, em 12/7/77, numa mesa redonda sobre Política de Saúde Mental), que reflete uma preocupação com a prevenção, com os gastos excessivos, com o aumento de casos de afastamento do trabalho principalmente por neurose, epilepsia, alcoolismo crônico, e com o aumento das "desordens mentais e emocionais decorrentes de tensões e adaptação de uma sociedade em crescimento"... O Plano aponta o atendimento hospitalar como atividade principal do sistema assistencial (o atendimento ambulatorial é visto como muito reduzido), e constata a concentração do maior número de leitos (em hospitais psiquiátricos) nas zonas urbanas do Sudeste. Aponta ainda a deficiência na formação de profissionais, especialmente para atender as necessidades do setor de saúde coletiva, e a falta de projetos de pesquisa que esclareçam os fatores patógenos. O Plano propõe uma ampliação do atendimento extra-hospitalar, com participação da comunidade e acompanhamento de cada indivíduo desde a fase pré-natal. A preocupação é realmente a de implantar atividades de prevenção primária no meio escolar e na família (com prioridade dos chamados "grupos de maior risco": crianças, adolescentes, gestantes, anciãos e famílias desestruturadas ou marginalizadas). O Plano define, para tanto, a Unidade de Saúde Mental (de tipo A: composta de psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro e atendente) para atuar, nas áreas de maior densidade populacional, de forma integrada com a Unidade Sanitária Unidade

de SM de tipo B, onde não for possível efetivar essa integração; e de tipo C e D, que são fixa e itinerante respectivamente, e compostas de médico generalista e enfermeiro). O Plano traça ainda as atividades prioritárias e as metas a alcançar, dentro desta perspectiva geral. Em 1978, um ano após a apresentação desse Plano, os profissionais de Saúde Mental se reuniu no V. Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú (Santa Catarina), e, num Assembléia Geral, divulgaram um documento, encaminhado à plenária do Congresso algumas moções, entre as quais: "revogação da lei nº 6229....", "participação dos trabalhadores de Saúde Mental e da população... na elaboração dos Planos de Saúde", "repúdio às demissões e punições injustas e arbitrárias contra os Trabalhadores de Saúde Mental" (em referência a uma situação específica ocorrida na DINSAM), etc...

Convém pensarmos mais detidamente sobre as diretrizes apontadas pelo M.P.A.S., através de sua Secretaria de Serviços Médicos (RJ), exposta num documento intitulado "Assistência Psiquiátrica na Previdência Social" (Treiger & Oliveira, 1975) - diretrizes que sintetizam, de certa forma, a política de saúde mental pretendida pelo Estado na época: ênfase na psiquiatria social, comunitária (menor hospitalização, maior atuação na comunidade); presença de objetivos educativos na equipe de saúde mental, que é definida como agente de transformações sociais; definição do papel do psiquiatra como somatoterapeuta, psicoterapeuta, socioterapeuta, consultor e orientador da comunidade; definição do papel do psicólogo como preventivo junto às instituições sociais e família (há a indicação de um psicólogo para dez mil pessoas ou de um para cada hospital, e a recomendação de que esse psicólogo tenha curso de pós-graduação, para ter assim assegurada uma melhor for-

mação profissional - o que não é recomendado aos médicos). O referido trabalho fornece também dados sobre a situação da assistência psiquiátrica no Brasil:

1972 - Oferta: - 31620105 leitos/dia em hospitais contrados (96%);

- 1304659 leitos/dia em hospitais próprios (INPS 4%).

- Distribuição de aproximadamente 1 psiquiatra para 100 leitos, 1 enfermeiro para 500 leitos, 1 terapeuta ocupacional para 50 leitos; 1 psicólogo para cada hospital; 1 assistente social para 100 leitos.

- Número de internações mais elevado que dos anos anteriores (contrariamente ao que acontece em muitos outros países).

- 97% dos recursos financeiros destinados à hospitalização e 3% a atividade ambulatoriais.

- 71% dos leitos existentes situados em hospitais da região sudeste, onde se localiza apenas 40% da população.

O referido trabalho se propõe a dar diretrizes para modificar tal situação. Dentro de um objetivo mais amplo de "prevenção", define objetivos específicos para a Previdência: estimular a formação de centros comunitários, estimular o trabalho em equipe, criar mais unidades de emergência psiquiátrica e unidades de atendimento externo, desenvolver programas para geriatria e para atendimento ao menor excepcional, ampliar os serviços de reabilitação, intensificar o fornecimento gratuito de medicamentos. O Ministro da Saúde, através da Portaria nº 32/BSB, de 22/1/74, comprometeu-se com a colocação em prática desses objetivos, delegando à DINANSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental) a coordenação

dos programas correspondentes.

Um grupo de psicólogos contratados pelo INAMPS apresentou, por sua vez (para vermos agora a sua posição, além do que deles é esperado dentro da posição governamental quanto à política de saúde mental), um relatório de estudos referentes às atribuições e quantitativo para a Área de Psicologia no INAMPS (Araujo, Santos & Lima, 1979), relatório que inclui a atuação do psicólogo nas seguintes áreas: materno-infantil, cardiologia, gastroenterologia, neurologia, psiquiatria. Há uma previsão da necessidade de um mínimo de 128 psicólogos contratados pelo INAMPS para o Rio de Janeiro, para trabalhar em 15 hospitais, e de 341 psicólogos a mais, para trabalhar nos postos de assistência médica, e de um total de 1801 psicólogos para os serviços do INAMPS em todos os estados do Brasil.

Esses números refletem o desejo de emprego e de maior inserção social dos psicólogos através do aproveitamento de seu trabalho, em maior escala, também pelas instituições oficiais de saúde. Diante do desejo, a realidade sócio-política em que os psicólogos já estão inseridos como cidadãos brasileiros, e sobre a qual exercitam vários tipos de interpretação (como, por exemplo, a que ora expomos) ou se esforçam para manter o mais alienante desconhecimento. Desejo de ser psicólogo, de praticar a psicologia: questão de identidade pessoal e profissional (definir-se) X questão de demanda e reconhecimento (ser definido). Vimos como os planos e projetos do governo na área de saúde mental encaminham propostas de prevenção, onde está previsto um lugar para o psicólogo, lugar que acaba sendo grandemente obstruído na prática dos escassos concursos e contratações e das demissões. Paralelamente, podemos observar a desorganização dos psicólogos en

quanto categoria profissional: dispersos, individualistas, pouco reflexivos, perdidos em dúvidas, desarticulados. Enquanto isso, cresce demais e padece de alguns excessos e de algumas faltas a clínica particular em psicologia. Por um lado, é preciso pensar e avaliar as teorias psicológicas, sua aplicação, o atravessamento ideológico, a política governamental de saúde, as alternativas, as necessidades da população, as perspectivas de trabalho possíveis e eficazes; por outro lado, é preciso lutar para obter a absorção pelo mercado de trabalho dos profissionais formados em psicologia, e para melhorar as condições de atendimento à saúde da população e de formação de novos profissionais. Mãos à obra!

IV. ENFOQUE DA RELAÇÃO PRÁTICA VERSUS CONTEXTO: UMA REVELAÇÃO

IDEOLÓGICA

1. Uma definição de ideologia:

Até o momento, vem se revelando, no traçado deste pequeno arquivo de fragmentos históricos relacionados a uma prática profissional - psicologia clínica - e a um contexto específico - Brasil, RJ, e o espaço "oficial" reservado ao atendimento da saúde e da doença mental - uma procura de posição e definições hipotéticas que, embora precárias e racionalizadas, são necessárias à localização do profissional psicólogo clínico carioca. Sua localização precisa ser demarcada o mais claramente possível, a cerca de seu terreno precisa tornar-se visível, para que não se perca nos abismos da falta de identidade e no cansaço de um trabalho que não se cumpre porque não se propõe, e para que consiga reduzir ao máximo a margem de engano e burla onde pode vir a pisar e afundar-se sua clientela. A procura de posição e as definições hipotéticas relacionadas à prática e ao contexto constituem a cerca, o limite e a possibilidade de um fazer a partir de um saber, apoiado em determinados princípios e com vistas a alcançar determinados objetivos. Princípios e objetivos decorrem de uma tomada de posição, consequência de uma análise ideológica do contexto e da prática. A esse respeito, podemos dizer que nossas relações com esse contexto, com essa prática, com as pessoas, com as coisas, com tudo que chamamos "real", são mediadas por uma significação resultante de nossa situação cultural, social, etc., como descreve Marilena Chauí:

"... o real não é um dado sensível nem um dado intelectual, mas é um processo, um movimento temporal de constituição dos seres e de suas significações" (Chauí, 1981 - pg.19).

" A história é práxis..." (Chauí, 1981 - pg.20).

"... a história é o real..." (Chauí, 1981 - pg.20)

"Essas idéias ou representações, no entanto, tenderão a esconder dos homens o modo real como suas relações sociais foram produzidas e a origem das formas sociais de exploração econômica e de dominação política. Esse ocultamento da realidade social chama-se ideologia" (Chauí, 1981 - pg. 21).

O termo ideologia surgiu inicialmente, no final do século XVIII e início do século XIX, entre os chamados "ideólogos franceses", que eram antiteológicos, antimetafísicos e antimonárquicos, e pretendiam construir uma ciência das idéias vistas como "fenômenos naturais" que expressam a relação do organismo humano com o ambiente. Napoleão, entretanto, acusou-os de "me tafísicos". Os ideólogos alemães, adeptos do mesmo princípio da ideologia francesa, foram duramente criticados por Marx, como se tivessem erigido um sistema de idéias que ignoram sua própria relação com o real. Comte atribuiu dois significados ao termo ideologia: 1) atividade filosófico-científica que analisa a formação das idéias a partir das relações organismo-meio observadas; e 2) conjunto de idéias que refletem o pensamento de uma época. Mas, sendo positivista, considerava o modo de pensar científico, objetivo, positivo como sendo a etapa mais desenvolvida do espírito humano - daí que a ideologia, enquan-

to teoria, deveria ordenar a prática dos homens: "ordem e progresso", "o poder pertence a quem possui o saber" (Chauí, 1981 - pg. 28). Durkheim considerava a ideologia como um conjunto de idéias pré-científicas, preconceituosas, subjetivas, mágicas, das quais o pensador não se liberta totalmente devido à sua inserção social. Mas, essa concepção pode ser também chamada de um "positivismo ideológico", que imobiliza, compara, classifica e submete os seus objetos de estudo.

Rompendo as divisões ideologia-ciência, subjetivo-objetivo, enfatizadas pela tradição positivista, tentaremos apontar, na tradição marxista, alguns pontos de rastreio da evolução do conceito de ideologia como "fato social", produzido pelas relações sociais - a história de formação dessas relações sociais produz as idéias e os motivos para que as idéias se estabeleçam e se conservem. Este é o princípio geral da teoria materialista da ideologia que, em oposição ao idealismo de tradição kantiana, considera que

*"não é a consciência que determina o ser mas...
o ser social determina a consciência" (Marx, em:
A ideologia Alemã, citado em: Hall, 1980-pg.19)*

Weber, entretanto, chamou a atenção para: 1) uma espécie de "compulsão interior" das pessoas para ordenar ações segundo certos modos, o que viria a ser um aspecto psicológico presente na formação das ideologias; e 2) para a complexa articulação interna de uma ideologia e seus paradoxos. Sobre a construção das significações, muitas contribuições podem ser também encontradas nos autores da Escola de Frankfurt (Adorno, Horkheimer), da

Escola do interacionismo simbólico (Berger, Luckman), e ainda em W. Reich, J.P. Sartre, e C. Lévi-Strauss que, através de uma perspectiva estruturalista, propôs uma teoria geral da cultura (organizada como uma linguagem) e um método científico, marcantes e revolucionários quanto às concepções de ciência e teoria. Surge daí, então, um "estruturalismo especificamente marxista", com L. Althusser, e uma semiologia estruturalista, com R. Barthes e J. Lacan. Barthes coloca a ideologia como um objeto de estudo da semiologia, e mostra-se interessado no estudo da convergência entre sistemas significantes e "fragmentos ideológicos". Lacan, em sua releitura "lingüística" de Freud, está mais preocupado em desvendar o posicionamento do sujeito na ideologia, através dos processos gerados no inconsciente (que é, segundo ele, estruturado como uma linguagem).

O marxismo vem tratando, mais especificamente, das funções políticas dos sistemas simbólicos: as ideologias revelam relações de poder e dominação, contribuem para a integração das classes dominantes, para a desmobilização das classes dominadas e para a legitimação da ordem estabelecida de exploradores-explorados. P. Bourdieu pretende integrar as relações sociais e as relações internas: as relações simbólicas não seriam apenas metáforas das relações de classe, nem exclusivamente determinantes:

"É como instrumentos estruturados e estruturadores de comunicação e conhecimento que os "sistemas simbólicos" cumprem sua função política como instrumentos de dominação... o campo das posições ideológicas reproduz o campo das posições sociais numa forma transfigurada"

(P. Bourdieu, em: *Symbolic Power*, citado em: Hall, 1980 - pg. 40).

A ideologia segundo o marxismo:

Marx partia de Hegel: a história se movimenta pela produção e superação de contradições (dialética), e a exteriorização da realidade assume a forma de luta; um trabalho filosófico deve pensar a história como reflexão (volta consciente sobre si mesma) produzida por sujeitos - exterior e interior são dois momentos, sendo o sujeito produtor e produzido pela história (alienação, nessa última condição); a sociedade civil se define pelas classes sociais (aristocracia, classe média, classe formal) compostas de cidadãos, que vivem em conflito (ser individual X ser social, pertencente a uma classe) e abrem a contradição privado X público, cuja resolução é tentada pela idéia de Estado. Marx passou desta "dialética idealista" para uma "dialética materialista", ao analisar as contradições e condições reais da luta de classes que se processa dentro do regime capitalista. Seu método histórico-dialético partia do "aparecer" social (ex. a mercadoria) para chegar às mediações (ex. valor capitalista: fetichismo da mercadoria, para além do seu valor de uso e do seu valor de troca; relações de produção que colocam o trabalhador também como mercadoria; dinheiro também como mercadoria). O regime de produção capitalista está assentado sobre a mais-valia, que é o lucro do proprietário com o trabalho não remunerado do trabalhador (contradição fundamental: o capital é a negação do trabalho e é produzido por ele). Marx analisou como se processam as relações de produção nesse regime, apontando a reflexão

da história: a possibilidade de transformação. O sujeito da história são as classes sociais em luta, que espelham o modo de produção das condições materiais de existência, e a divisão social do trabalho (trabalho manual e trabalho intelectual), o qual, no regime capitalista, acaba por conduzir à alienação - o produtor não detém nem determina as condições, as finalidades e o valor do que produz. As ideologias, segundo Marx e Engels (em: *A Ideologia Alemã*, citado em Chauí, 1981), surgem no instante em que se dá a divisão do trabalho em manual e intelectual; tal divisão determina e é determinada pela forma de propriedade (historicamente, a evolução se deu numa sucessão de propriedade tribal para comunal ou estatal, dessa para feudal e, finalmente, para propriedade privada capitalista). As idéias surgem invertendo o processo real: a sociedade, a forma de propriedade, a divisão do trabalho são dados como "naturais", não resultantes de uma praxis, e constituintes das idéias. As idéias (alienadas) passam a se colocar na vanguarda e na ascendência sobre a praxis:

"...ideologia... o sistema ordenado de idéias ou representações e das normas e regras como algo separado e independente das condições materiais, visto que seus produtores - os teóricos, os ideólogos, os intelectuais - não estão diretamente vinculados à produção material das condições de existência. E, sem perceber, exprimem essa desvinculação ou separação através de suas idéias" (Chauí, 1981 - pg. 65).

A ideologia é sempre das classes dominantes, e reflete seus interesses, representados na conformação e atuação do Estado. Onde há propriedade, não pode haver interesse comum, e, sendo as-

sim, o Estado não pode mesmo representar o que falaciosamente pretende - esse fantasmático interesse geral da sociedade. Por isso, para Marx, a revolução só pode se dar a partir das forças produtivas, da luta de classes, e não da ação do Estado. A luta de classes também está presente em todos os procedimentos institucionais - políticos, policiais, legais, familiares, educacionais, religiosos, científicos - e no conjunto de idéias que os definem. A ideologia burguesa procura alienar o indivíduo de sua classe, impregnando-lhe de idéias dominantes: a idéia de interesse comum, de totalidade social, de submissão à sua condição "natural" (quanto à falta ou existência de: talentos, riquezas, etc.), de iguais oportunidades para todos, de igualdade perante a lei e o Estado, e assim por diante.

Teoria é diferente de ideologia: não procura encobrir, disfarçar, mas desvendar os processos históricos enquanto resultados e condições de uma prática. Teoria e prática se relacionam dialeticamente, e conduzem à revolução. Ideologia é um instrumento de dominação, e, como tal, nunca pode esclarecer sua origem, deve possuir uma coerência racional repleta de lacunas e silêncios, deve dissimular as contradições, e precisa se apresentar como conjunto lógico de representações e regras para viabilizar um tipo de explicação e um tipo de prática.

"Esse corpo de representações e de normas é o campo da ideologia no qual os sujeitos sociais e políticos explicam a origem da sociedade e do poder político; explicam as formas de suas relações sociais, econômicas e políticas; explicam as formas 'corretas' ou 'verdadeiras' de conhecimento e de ação; justificam, através de idé-

ias gerais (o Homem, a Pátria, o Progresso, a Família, a Ciência, o Estado), as formas reais da desigualdade, dos conflitos, da exploração e da dominação como sendo, ao mesmo tempo, 'naturais' (isto é, universais e inevitáveis) e 'justas' (ponto de vista dos dominados)" (Chauí, 1980 - pg. 19).

"O campo da ideologia é o campo do imaginário" (Chauí, 1980 . pg. 19).

O discurso crítico viria descobrir a via por onde corre a contradição ideológica, minando e destruindo assim a construção imaginária. Na ideologia burguesa, a nascente dessa via é frequentemente centrada na "pessoa", e as contradições sociais são interpretadas como conflitos individuais. O psicologismo vem a ser um esquecimento da origem também sócio-política desses conflitos. Na busca de uma racionalidade científica, de uma objetividade, e vivendo uma crise de identidade, a psicologia pode encontrar respostas ao seu desejo de identidade e ao seu medo da desagregação no engano pernicioso da ideologia burguesa. Mais que nunca, é preciso estarmos atentos ao que chamamos "crise" na psicologia e à tarefa que nos impomos de resolvê-la em nossa prática, pois, com respostas gerais e lineares, poderíamos descaracterizar nosso objeto: o homem em conflito enredado em seu sistema de significações, e com possibilidade de criticar e lutar por sua satisfação, viria a se transformar num homem cheio de certezas e regras, sôfrego de mitos que o alimentam, engordado por idéias sempre encobridoras e aplacadoras, até o dia da explosão por acúmulo de decepções...

Para Gramsci (Hall, Lumley, McLennan, 1980), a função da

ideologia é exatamente a de aglutinar classes e frações de classe em posições de domínio e subordinação. O conceito de hegemonia reflete um consentimento, por parte das classes dominadas, e uma anuência "espontânea", em termos de categorias do senso comum, às idéias dominantes, em troca do recebimento de concessões não fundamentais feitas pelas classes dominantes. Uma crise de hegemonia surge quando começa a haver um confronto entre as idéias dominantes e as idéias espontâneas geradas no interior das classes dominadas que vão ganhando força e expressão. A ausência de uma consciência da historicidade e de um auto-conhecimento leva, no indivíduo, à constituição de um tipo de pensamento baseado estritamente no senso comum, e, como tal, dependente e subordinado. Com preocupações práticas, Gramsci propunha um tipo de atuação sobre a mentalidade do pensamento baseado no senso comum, para revelar aí as contradições.

Althusser (McLennan, Molina & Peters, 1980) situa a ideologia como uma estrutura essencial à vida das sociedades, definida como um sistema de representação, uma relação de 2º grau - uma relação de relações, entre o real e o imaginário. Teoriza sobre a sociedade, distinguindo instâncias, dentro de uma formação complexa, estruturada em dominância (o fator econômico é fundamental), a partir de um princípio de superdeterminação (conceito emprestado de psicanálise). Em sua "teoria da super-estrutura" (o outro tipo de teoria que distingue é a "teoria das contradições") sobre os AIE - aparelhos ideológicos de Estado - tenta responder como é assegurada a reprodução das relações de produção: a exploração de classe precisa reproduzir suas condições de existência através também das relações legal-políticas e ideológicas.

lógicas - através dos ARE (aparelhos repressivos de Estado) e através dos AIE (sistema político, escolas, igrejas, canais de informação). Para Althusser, o AIE preponderante nas formações sociais capitalistas é o educacional. De modo geral, as ideologias são definidas por ele como

"corpos de representações existentes em instituições e práticas: elas se destacam na super-estrutura e baseiam-se nas lutas de classe" (McLennan, Molina & Peters, 1980 - pg. 127):

A ideologia não é uma "falsa consciência" e representa uma relação individual com a realidade, pois define a própria categoria de "sujeito". A materialidade de uma ideologia se traduz por sua existência, nos aparelhos ideológicos, em termos de rituais e práticas - os sujeitos participam desses rituais e práticas, e só assim são constituídos e se constituem como sujeitos. Em Althusser, como em Marx, os indivíduos são apenas os "suportes" das relações sociais vividas: as chamadas "relações ideológicas" são parte destas relações em que se situam os indivíduos, e sua especificidade está em sua determinação através da luta de classes e dos aparelhos ideológicos (em cujas práticas essa luta é travada); mas, os indivíduos são "concretos" e, por isso, essa "luta de classe ideológica é uma luta por uma efetividade ao nível da individualidade" (Molina, 1980 - pg. 328). Tal colocação tangencia a questão da subjetividade em sua dinâmica psicológica; entretanto, esse não é um assunto para uma teoria marxista de ideologia...

2. Alguns aspectos de uma revelação ideológica:

Os discursos analisados serão: a legislação federal que regulamenta a profissão de psicólogo com destaque sobre a definição do campo da psicologia clínica; os pareceres e resoluções do Conselho Federal de Psicologia com destaque sobre as condições da prática da psicologia clínica; e a legislação municipal e estadual que cria o cargo e o quadro de psicólogo no RJ.

O esquema de análise desses discursos será o seguinte:

- 1) posição: princípios e objetivos definidos (positividade);
- 2) condições externas (sociais, políticas) e imanes (da história da psicologia clínica) aparentes;
- 3) conteúdos temáticos, contradições, lacunas observadas ;
- 4) estratégias de poder reveladas;
- 5) rupturas constatadas em relação a outros discursos.

2.1 Na legislação federal que regulamenta a profissão de psicólogo - em destaque a definição do campo da psicologia clínica:

A regulamentação da profissão de psicólogo trouxe certamente uma ruptura em relação à prática anterior da psicologia no país:

"... no período que precede à sua regulamentação, a profissão era exercida, preponderantemente, nas condições de institucionalização ... A regulamentação profissional, abrindo para o psicólogo um mercado de trabalho nos moldes das profissões liberais, imprimiu à profissão, pelo menos um certo tempo, um rumo diferente. En

tretanto, o processo de diversificação no emprego das técnicas psicológicas prende-se ao desenvolvimento da sociedade, ao seu progresso tecnológico, à extensão em que os serviços profissionais vão sendo oferecidos à massa da população através da intervenção direta ou indireta do governo" (Mello, 1975 - og. 46).

A valorização do profissional liberal está estreitamente ligada ao crescimento da prática da psicologia clínica. Procuraremos apontar em leis, pareceres, decretos e projetos de lei, aspectos esclarecedores do tipo de intervenção do governo sobre a prática da psicologia, e as expectativas, exigências e proibições aí contidas. Será que a intenção é colocar o psicólogo situado como profissional liberal?

2.1.1 Lei nº 4119, de 27/08/1962:

O texto dessa lei dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. O § 1º do Art. 13 do Cap. III especifica o que constitui função do psicólogo: a utilização dos métodos e técnicas com alguns objetivos, entre os quais a) diagnóstico psicológico e d) solução de problemas de ajustamento, que têm relação mais direta com a prática da psicologia clínica. O Congresso havia aprovado a versão do projeto que dizia "função privativa", mas o Presidente vetou a palavra "privativa". O item "solução de problemas de ajustamento" permite incluir, entre as funções do psicólogo, a psicoterapia, mas como essa palavra não está explicitada no texto legal, e a expressão utilizada é bastante genérica, criou-se um espaço polêmico para se discutir a quem compete realizar psicoterapia. A competição entre médicos-psiquiatras e psicólogos vem ocupando esse espaço.

Na retirada da palavra "privativa", supõe-se estar presente uma superposição nos campos de atuação, não só de médicos psiquiatras e psicólogos, como também de outros profissionais (educador, assistente social, administrador) e psicólogos. A expressão "problemas de ajustamento" traz ainda uma conotação de função adaptativa do psicólogo em relação às pessoas de que trata.

O Art. 16 determina que as faculdades que mantiverem curso de psicologia deverão organizar Serviços Clínicos e de aplicação à educação e ao trabalho, abertos ao público. Reconhece, assim, a lei a atividade clínica do psicólogo e sua prestação de serviços nessa área com toda autonomia (independente de orientação médica).

2.1.2 Parecer nº 403 do Conselho Federal de Educação
(1962, relator: Conselheiro Valnir Chagas):

Este parecer sugere um currículo para os cursos de psicologia, a duração desses cursos, o nº de horas de estágio exigidas. A Resolução que fixou o currículo mínimo e a duração do curso de psicologia apoiou-se no referido parecer. A matéria "Técnicas de Exame e Aconselhamento Psicológico" era então incluída como obrigatória, e a matéria "Teorias e Técnicas Psicoterápicas" era incluída como matéria variável - ambas são matérias eminentemente clínicas, e, pela primeira vez, surge a palavra "psicoterapia" associada ao trabalho do psicólogo.

Diz o Conselheiro Valnir Chagas num trecho de seu parecer:

"...que se acentue o caráter científico dos estudos a serem realizados, que só assim há de

ser possível assegurar à Psicologia a posição de relevo que lhe cabe no concerto das chamadas profissões liberais e, pari passu, evitar as improvisações que, do charlatanismo, a que levariam fatalmente ao descrédito".

Paira, nesse texto, uma sombra de dúvida sobre a cientificidade na qual deveria se apoiar a prática psicológica, e veremos adiante (no código de ética e outros documentos) como todos os esforços serão empenhados para afastar tão nefasta sombra. Está clara a definição que o Conselheiro adota da psicologia como uma profissão liberal.

2.1.3 Decreto presidencial nº 53464, de 21/01/64:

É o decreto que regulamenta a lei nº 4119 e dispõe sobre a profissão de psicólogo. Define aqueles que poderão exercer legalmente a profissão e obter o registro profissional. Dá normas para regularizar a situação daqueles que vinham exercendo a profissão antes de 62.

O seu Art. 4 repete as funções mencionadas na lei, e acrescenta: 6) realizar perícias e emitir pareceres sobre a matéria de psicologia. Aparece já aí a exigência de que o psicólogo julgue, auxilie em algum julgamento ou formação de opinião, utilizando para isso o revestimento "científico" de sua atitude diagnóstica e avaliativa. Pode ser evocado o exemplo dos laudos de sanidade mental exigidos em alguns empregos, ou exemplo dos exames psicológicos realizados em indivíduos sob acusação criminal.

Menciona a formação de psicólogos nas faculdades de Filosofia, evocando assim as origens dos cursos de psicologia no Bra-

sil.

Procura assegurar aos serviços dos Ministérios, Autarquias ou de quaisquer outros órgãos da administração federal, estadual ou municipal, providos em cargos ou funções sob a denominação de Psicólogo, Psicologista ou Psicotécnico em data anterior a 5/9/62, a garantia do exercício profissional assim como as vantagens decorrentes. O processo de criação de cargo e quadro para psicólogos vem sendo longo, demorado, emperrado. E os concursos têm sido bastante raros.

2.1.4 Decreto-lei 529, de 11/4/69:

Reabre os prazos para alguns casos de requerimento do registro profissional.

2.1.5 Decreto-lei nº 706, 25/7/69:

Estende aos portadores de curso de pós-graduação em Psicologia e Psicologia Educacional o direito de obter registro profissional de psicólogo.

Ia, assim, pouco a pouco, se constituindo a categoria profissional dos psicólogos: profissionais com cursos de filosofia, pedagogia, e pós-graduação em psicologia, ex-professores primários com curso de psicologia, profissionais formados em classificação de pessoal pelo Exército, profissionais formados no exterior com diplomas revalidados...

2.1.6 Lei nº 5766, de 20/12/71:

Cria o Conselho Federal de Psicologia e os Conselhos Regionais de Psicologia e dá outras providências relativas às suas

funções e ao seu funcionamento. O Conselho Federal tem poder de legislar sobre aspectos específicos da profissão de psicólogo. O Art. 1º diz que os Conselhos são uma autarquia, e estão destinados a "orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão de psicólogo e zelar pela fiel observância dos princípios de ética e disciplina da classe". Legalmente, os Conselhos estão encarregados da defesa dos interesses da classe. O que fica difícil, em termos de uma posição de defesa incondicional, uma vez que são uma autarquia vinculada ao Ministério do Trabalho. Caberá ao Sindicato dos Psicólogos, a partir de 1980, essa função de órgão representativo da classe, no RJ, função anteriormente exercida pela Associação Profissional de Psicólogos do Estado do RJ.

O Art. 6 define as atribuições do Conselho Federal, entre as quais se destacam: d) definir, nos termos legais, o limite de competência do exercício profissional...; e) elaborar e aprovar o Código de Ética Profissional do Psicólogo; f) funcionar como tribunal superior de ética profissional; l) aprovar as anuidades e demais contribuições a serem pagas pelos psicólogos; n) propor ao Poder Competente alterações de legislação relativa ao exercício da profissão de Psicólogo. Depreende-se daí que o CFP veio proteger a fiscalização da profissão de ser exercida por outros profissionais, como era anteriormente realizada, por exemplo, pelos Conselhos de Medicina, mas sua função explícita é muito mais de definir, regular, controlar o profissional psicólogo que de orientá-lo e defendê-lo.

Os membros do CFP são eleitos de forma indireta, em Assembleia de Delegados Regionais. Os membros dos CRs são eleitos

por profissionais inscritos nas respectivas áreas. Os CRs não têm grande autonomia administrativa, e tem recentemente crescido o movimento reivindicatório das diretorias dos vários CRs nesse sentido.

O Art. 10 determina que todo profissional de psicologia, para o exercício da profissão, deverá inscrever-se no CR de sua área de atuação.

O Cap. VII trata da fiscalização profissional e das infrações disciplinares, estabelecendo uma gradação de penas que vai desde a advertência à cassação do exercício profissional.

O psicólogo vai se vendo gradativamente definido em suas possibilidades legais de atuação, vai recebendo obrigações a cumprir, vai sendo normatizado, controlado, em nome de uma maturidade profissional e de uma inserção social "oficial" que estabelece limites nem sempre claros, nem sempre favoráveis a uma prática mais consciente e esclarecida. Essencialmente, limites que normatizam e controlam.

2.1.7 Decreto nº 79822, de 17/6/77:

Regulamenta a lei nº 5766, de 20/12/71, que criou o CFP e os CRPs. Deixa explícita a vinculação destes com o Ministério do Trabalho, inclusive para propor, por seu intermédio, alterações de legislação relativa à profissão de psicólogo.

O Art. 62 estabelece que a suspensão por falta de pagamento de anuidades, emolumentos, taxas e multas só cessará com a satisfação da dívida, podendo ser cancelada a inscrição...O Art. 65 determina que os Presidentes dos CFP e CRPs têm qualidade pa

ra agir, mesmo criminalmente, contra qualquer pessoa que infringir as disposições deste Regulamento, e também para agir em todos os casos que digam respeito às prerrogativas, à dignidade e ao prestígio da profissão. Todas essas determinações pesam sobre a prática do psicólogo, sem que a categoria as tenha aprovado em Assmebléia. Reproduz-se a estratégia do poder centralizado autoritário, e talvez muitos profissionais desconheçam todas as normas que regem seu exercício profissional, embora os Conselhos venham tendo a preocupação de divulgá-las.

2.1.8 Portarias nº 13/72 e nº 8/74:

Dispõem sobre o registro provisório de psicólogo no MEC , por razões de demora de diplomas das faculdades ainda não reconhecidas, tentando resolver provisoriamente a situação de muitos profissionais formados por novos cursos de psicologia no país.

2.1.9 Parecer do Dr. Arthur de Alcântara, de 12/3/73- Conselho Nacional de Saúde:

Presta esclarecimentos, solicitados pelo Secretário de Assistência Médica, sobre os limites das atividades profissionais do psicólogo. Cita um trecho do parecer do Assessor do referido Conselho:

"A mesma lei (4119), no entanto, silencia sobre o tratamento(terapia)... parecendo... que nesse ponto não dispensa a atuação primordial do médico-psiquiatra, do qual o psicólogo seria colaborador".

"... verifica-se que o psicólogo, acobertado por expressões inadequadas de sua legislação específica, está exercendo atribuições privativas do médico como, entre outras, a psicoterapia, e, mesmo, a psiquiatria".

Cita trechos de um trabalho apresentado pelo Dr. Leão Cabernit (médico-psiquiatra e psicanalista) à Diretoria da Divisão Nacional de Saúde Mental sobre a atividade profissional do psicólogo:

"A par do referido advento das técnicas psicoterápicas dinâmicas, vem a prática da psiquiatria sendo presa fácil de uma classe inabilitada profissional e legalmente para o seu exercício. Trata-se da classe dos psicólogos clínicos, que abriga profissionais auxiliares de psiquiatria e não substitutos da psiquiatria".

Arthur Alcântara, ainda apoiado em Leão Cabernit, continua sua argumentação, demonstrando a autonomia da prática da psicologia clínica, mas considerando-a um roubo às atividades médicas. Tenta limitá-la, apelando para o argumento da incompetência científica, para talvez assegurar a prática da psicoterapia e suas vantagens decorrentes à classe médica:

"O Art. 16 desta lei (4119) obriga as faculdades com curso de psicoterapia a organizar serviços clínicos e de aplicação à educação e ao trabalho".

"Protegidos pelo item d do Art. 13 (solução de problemas de ajustamento) e pela expressão 'serviços clínicos' do Art. 16, os psi-

cólogos passaram a exercer a psicoterapia e mesmo a psiquiatria".

"Por 'solução' se entende terapia e por 'problemas de ajustamento' toda a psicopatologia nas suas implicações socioculturais".

"O Decreto nº 53464, de 21/1/64, no item 4 do Art. 4 dá como função do psicólogo a de supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos de psicologia".

"... é a porta aberta para a autonomia plena do psicólogo no exercício de atividades clínicas".

"... a psicologia, como tarefa auxiliar da psiquiatria, é de inestimável ajuda, seja nas suas finalidades diagnósticas, seja no encaminhamento pragmático de doente para a vida profissional, familiar ou social".

"Mas, cumpre não confundir nem estender estas atividades a toda a psiquiatria, como vem sendo".

"Apenas uns poucos psicólogos realmente estão em condições intelectuais e emocionais para o exercício da psicoterapia".

"... a não regulamentação da atividade psicoterápica vem servindo de oportunidade para a invasão desta área psiquiátrica por psicólogos e outros profissionais".

"A palavra psicoterapia é ausente de nossa legislação, só aparecendo uma vez em citação do Código de Ética Médica...".

Sua proposta para a solução do problema é a definição da "solução de problemas de ajustamento", com respeito aos limites em relação à psiquiatria, como: "aconselhamento e acompanhamento... sob supervisão e responsabilidade médica". Com respeito à indefinição desse trecho da lei nº 4119, comenta Leão Cabernit:

"Como a lei não separou os diversos tipos de problemas de ajustamento, um psicólogo pode tratar, dentro do espírito desta lei, desde problemas de esquizofrenia, até insubordinação de um servidor público, desde tentativa de suicídio à falta de apetite de um escolar para merenda oficial".

"... o exercício da Psicanálise, por ser psicoterapia profunda, só deveria ser autorizado ao pessoal formado nos institutos de Psicanálise das sociedades filiadas à Associação Psicanalítica Internacional (IPA)".

"... o médico para fazer Psicanálise, ramo da medicina, deverá se aperfeiçoar no setor de Psicologia. Mas, em contrapartida, apenas a formação de psicólogo não pode levar a ser dispensada a condição de médico, imprescindível ... Esta é matéria pacífica".

Toda a argumentação se desenvolve no sentido de garantir a prática da psicoterapia, às vezes confundida com a própria psiquiatria, e até da psicanálise, confundida como ramo da medicina, aos médicos. Tal posição reflete a convicção de que a "boa" prática se define por seu espaço autorizado, garantido, legalmente protegido - é apenas uma luta por lugar assegurado no mercado profissional. Assim, fica distante a discussão e o estudo de

melhores condições de formação de psicoterapeutas, psicanalistas, psicólogos clínicos, psiquiatras, enquanto trabalhadores de saúde mental nesse país.

A posição de A. Alcântara e L. Cabernit é corroborada pelo parecer de conselheiro-relator do Conselho Federal de Medicina sobre o mesmo assunto (15/12/1972), que não considera os Psicólogos em condições de diagnosticar casos graves, e supõe que, nesses casos, os clientes tenderiam a procurar mesmo os psicólogos, por um preconceito, contra os psiquiatras, vistos como médicos de loucos - os psicólogos não saberiam detectar sintomas psicóticos em pacientes durante uma psicoterapia; os psicólogos desconsideram os fatores hereditários, diagnosticando apenas "superproteção ou carência afetiva". Sugere que a legislação sobre o exercício profissional do psicólogo seja alterada para limitar sua atuação "à sua colaboração na equipe médica".

Conclusão: todos os pareceres mostram os riscos da prática da psicologia clínica pelo psicólogo clínico!

O Diretor do Depto de Psicologia da PUC/RJ, Prof. Aroldo Rodrigues, enviou, na época, uma carta-resposta, datada de 2/5/73.

A Associação Brasileira de Psicologia Aplicada publicou Memorial, com solicitação de ser anexado, pelo Ministro da Saúde, aos autos dos Processos em curso, na época, relativos à atividade do psicólogo como psicoterapeuta. Esse Memorial se apoiou nos estudos da comissão composta por Elisa D. Veloso, Therezinha L. de Albuquerque (ambas psicólogas), e Samuel M. Faro (médico-psiquiatra). Definia as atividades que caracterizavam o exercício da psicologia clínica: psicodiagnóstico; psicoterapia (predominante

mente de crianças e adolescentes - o que pode ser uma forma de aplacar a "ira médica", pois ainda restaria aos médicos psiqui_uatras a terapia de adultos); cooperação com escolas e institui_uções de pedagogia terapêutica; divulgação, informação e coope_uração com outros profissionais; supervisão. São os fundamentos do trabalho do psicólogo clínico: estudos de graduação e pós - graduação; "análise pessoal, à qual se vêm submetendo, na gran_ude maioria, os psicólogos clínicos" (o que pode revelar um pri_uvilegiamento da psicanálise sobre qualquer outra modalidade psi_ucoterapêutica); supervisões regulares. Há um comentário sobre a situação da Psicanálise no mundo: não é só exercida por médi_ucos; mesmo dentro das sociedades da IPA, existem psicanalistas de formação acadêmica diversa. Conclui o Memorial:

"... o maior número de casos atendidos por psi_ucólogos, inclusive para psicoterapia, lhes é encaminhado por médicos... o que demonstra não ser representativo da classe médica o con_uteúdo do documento em questão, do Ministério da Saúde".

Muitas Associações de Psicologia, reunidas no seu III En_ucontro Nacional (2 e 3/6/73), participaram da elaboração de um Pronunciamento, que colocava como funções principais do psicó_ulogo clínico o diagnóstico psicológico e a psicoterapia, e lem_ubrava que o Parecer nº 403/62 do Conselho Federal de Educação já havia incluído a disciplina "Teorias e Técnicas Psicoterápi_ucas" no currículo de psicologia, reconhecendo assim, portanto, a segunda dessas funções.

"As técnicas psicoterápicas, tais como psicaná_ulise, psicodrama, condutoterapia, aconselha -

mento psicológico, terapia centrada no cliente, terapia gestáltica, análise transacional, análise existencial... são... técnicas psicológicas destinadas à solução de problemas de ajustamento".

Hã, nesse Pronunciamento, uma lembrança de que o controle e a fiscalização da prática da psicologia clínica já estão a cargo dos Conselhos, com base na legislação do país e no Código de Ética dos Psicólogos. A conclusão do Pronunciamento se faz em termos de radical defesa da competência do psicólogo clínico:

'Do exposto conclui-se que o psicólogo clínico tal como é formado pelas universidades brasileiras possui plena habilitação científica, técnica e legal para o exercício das tarefas que lhe são peculiares, tais como diagnóstico psicológico e a psicoterapia. Sua formação, sabidamente regulada pela legislação, inclui uma ampla preparação científica... Esta formação é, pois, a única capaz de preencher os requisitos necessários para que um profissional possa penetrar no âmago do comportamento humano"...

Quase prova a incompetência médica, o que seria defender-se com as mesmas armas. Vale a pena?

2.1.10 Projeto de Lei nº 2726, de 1980, apresentado pelo Dep. S. Julianelli:

Define atribuições e funções das profissões médicas e "paramédicas".

Seu Art. 57 coloca como privativo do médico o uso da psicoterapia, e seu parágrafo único repete a mesma condição com relação à psicanálise.

O Cap.XII é exclusivo do psicólogo: o Art. 107 define o que compete ao psicólogo - ... não havendo doença, orientar os indivíduos.../... sempre que presente a hipótese de afecção psicopatológica ... encaminhar os respectivos pacientes ao médico / no campo da psicopatologia, colaborando com o médico, sob indicação, supervisão e controle deste / ... elaborar relatórios que deverão ser entregues aos médicos / cooperar em procedimentos de recuperação ou de reabilitação conforme as diretrizes do médico ...; o Art. 109 define o que é vedado ao psicólogo - aplicar manobras ou procedimentos terapêuticos.../ utilizar a hipnose / utilizar a psicoterapia, inclusive quanto aos procedimentos classificados como de psicanálise / fazer diagnóstico de doença mental, bem como emitir juízo sobre seu tratamento e prognóstico; e o Art. 111 determina que o atendimento individual em psicologia ocorrerá mediante a respectiva prescrição ou indicação médica - em caso de faltar prescrição ou indicação, o cliente deverá apresentar atestado médico de sanidade mental.

Nesse Projeto, a busca de abuso do poder médico e o franco desrespeito aos clientes são patentes. O Projeto Jilianelli acabou sendo retirado pelo próprio autor, e não indo à votação, depois de intenso movimento da categoria dos psicólogos e de outras categorias atingidas (inclusive a médica) no sentido de impedir que chegasse à Assembléia Legislativa.

2.1.11 Projeto de Lei nº 2994, de 1980, do Sr. Pedro Germano:

Dispõe sobre a obrigatoriedade de contratação de psicólogo e pedagogo pelas empresas. Define a necessidade de 1 psicólogo para cada 100 funcionários, estipula seu salário mínimo, uma jornada de 2 a 4 horas, e o objetivo de garantir às empresas um maior rendimento do trabalho de seus empregados, evitando problemas causados por falta de orientação e desajuste. E o trabalho do psicólogo estaria a serviço da maior produção da empresa, como ênfase prioritária, e só secundariamente a serviço do bem-estar do trabalhador...

2.2 Nos pareceres e resoluções do Conselho Federal de Psicologia - em destaque as condições da prática da psicologia clínica:

2.2.1 Resolução nº 04/74:

Adota a definição de psicólogo da Organização Internacional do Trabalho (OIT) como caracterização básica da profissão :

"1-92.30: Psicólogo: Estuda o comportamento e mecanismo mental dos seres humanos, realiza pesquisa sobre os problemas psicológicos que se colocam no terreno da medicina, da educação e da indústria e recomenda o tratamento adequado:

- projeta e realiza experimentos e estudos em seres humanos para determinar suas características mentais e físicas;

- analisa a influência de fatores hereditários, ambientais e outros mais na configura-

ção mental e comportamento dos indivíduos;

- faz diagnóstico, tratamento e prevenção de transtornos emocionais e da personalidade, as sim como dos problemas de inadaptação ao meio social e de trabalho;

- cria e aplica testes psicológicos para de terminar a inteligência, faculdade, aptidões, atitudes e outras características pessoais, interpreta os dados obtidos e faz as recomen dações pertinentes;

Pode especializar-se numa das aplicações par ticularmente da Psicologia, como o diagnóstico e tratamento de doenças mentais, dos pro blemas psicológicos que se manifestam nas crianças durante o período de sua educação e desenvolvimento social, dos problemas psicológicos de caráter profissional, como os re ferentes à seleção, formação e orientação dos trabalhadores".

Não há uma definição específica das atribuições do psicólogo clínico, mas podemos relacioná-las com o diagnóstico, tratamento e prevenção de transtornos emocionais e da personalidade, e das doenças mentais.

2.2.2 Resolução nº 08/75:

Aprova o Código de Ética Profissional dos Psicólogos, inse rindo algumas alterações no código inicialmente elaborado pela Associação Brasileira de Psicologia, que estava em vigor desde 1967.

As responsabilidades estão definidas no Art. 1º: a) pres tar serviços profissionais independentemente de qualquer provei

to pessoal, nas situações de calamidade pública ou de graves crises sociais; h) colaborar sempre que possível, desinteressadamente em campanhas educacionais que visem difundir princípios psicológicos úteis ao bem estar da coletividade. O que caracteriza uma grave crise social? O que é considerado útil à coletividade? Será o que o poder constituído considerar como tal? Então seria a subserviência do psicólogo à ideologia dominante, e a uma postura filantrópica de ajudar sem maiores indagações.

O código é também omissivo quanto à psicoterapia: Art. 4 - g) exercer... suas atividades de orientação, aconselhamento, psicodiagnóstico e todas as demais técnicas psicológicas.

Recomenda o código que não contrariar a "consciência profissional e os princípios e normas deste Código" e sempre que o psicólogo tiver que "preservar a dignidade ou os interesses da profissão", sua atitude deve ser individual - não deve aceitar um emprego, ou não deve aceitar substituir um colega demitido sem justa causa. Não há referência a um respaldo institucional (dos Conselhos, por exemplo, ou de algum órgão do Ministério do Trabalho) nem à importância de uma denúncia aos órgãos competentes.

A positividade do código está na definição do profissional psicólogo sob o prisma estritamente técnico-científico. A impressão é de que sua inserção social deve ser feita através de uma postura de ajuda, de bom-comportamento, de crítica e autonomia profissionais encaminhadas por atitudes meramente individuais. O código estimula a solidariedade da classe como "espírito" e não como prática. Estimula, em seguida, a denúncia. Estimula a participação, em termos de filiação e apoio, em entidades profissio-

nais e científicas - nem menciona uma participação política, como poderia ocorrer nos setores de política de saúde.

O Art. 16 fala das relações do psicólogo com a justiça: pode ser nomeado perito para esclarecer a justiça, mas pode excusar-se de funcionar em perícia cujo assunto escape à sua competência. O Art. 17 determina que o psicólogo deixe de lado o espírito de classe ou de camaradagem para servir à Justiça imparcialmente. Segundo o Art. 18, o psicólogo perito deverá agir com absoluta isenção, limitando-se à exposição do que tiver conhecimento através de exames e observações e não ultrapassará, nos laudos, a esfera de suas atribuições e competência. Será que é possível emitir um parecer técnico sem um compromisso moral, ideológico, político, qual não seja até o de simplesmente aceitar e emitir um determinado parecer numa determinada situação?

Alguma proteção ao cliente procura o código assegurar a-través do sigilo. Mas, nem tanto: o Art. 24 admite que é acei-ta a quebra de sigilo quando se tratar de fato delituoso, pre-visto em lei. Difícil situação criada para o psicólogo: com-promisso com seu cliente ou compromisso com a justiça estabele-cida? O código traz, nas linhas escritas e nas entrelinhas, as condições histórico-políticas em que foi gerado: a justiça es-tabelecida, dos atos institucionais e das leis de segurança na-cional, é soberana; nada pode ficar oculto, tudo deve ser con-fessado; a inserção social é sempre guiada autoritariamente pe-lo poder constituído; nenhuma organização de classe deve cres-cer além dos limites do perfeitamente controlável; as atitudes individuais são preferidas porque isoladas, facilmente detectá-

veis, inexpressivas. A grande preocupação na elaboração desse código parece ter sido a preservação do status científico e da dignidade da profissão. Algumas lacunas persistem: o que é considerado científico? o que se define por crise social? o que é considerado justa retribuição nos honorários e salários do psicólogo ?

O Código de Ética profissional dos Psicólogos não foi aprovado pela maioria da categoria, e sim pelo Presidente do CFP. Sua fiscalização é feita pelas Comissões de Ética dos Conselhos, nomeadas por diretorias eleitas.

2.2.3 Resolução nº 12/75:

Determina o levantamento de áreas de trabalho dos psicólogos, e define as áreas: Psicologia Clínica, Psicologia Educacional, Psicologia Experimental, Psicologia do Trabalho, Psicologia Social, magistério, e outras.

2.2.4 Resolução nº 13/76 e Resolução nº 04/77:

Dispõem sobre o registro de organizações destinadas e prestação de serviços psicológicos ao público: normas para o registro, pagamento de taxas.

2.2.5 Resolução nº 14/76:

Define normas para ação ética, atos processuais, instrução do processo, julgamento, penalidades.

2.2.6 Resolução nº 18/76 e Resolução nº 03/77:

Dispõem sobre normas de orientação e fiscalização do exercício da profissão de psicólogo, e sobre normas para denúncia do e

xercício ilegal, inclusive no que tange a material e técnicas psicológicas por pessoas não habilitadas.

2.2.7 Resolução nº 19/76:

Cria comissão especial de pesquisa do exame para motorista, aceitando que o psicólogo desempenhe esta função. A Resolução nº 20/76 estabelece princípios gerais de fiscalização do exame psicotécnico para motorista, assegurando a função ao psicólogo.

2.2.8 Resolução nº 15/77:

Dispõe sobre as condições exigidas ao Supervisor de Estágios e de atividades profissionais (experiência mínima de 3 anos).

2.2.9 Resolução nº 01/78:

Expede normas para fiscalização do exercício profissional, cria a Comissão de Fiscalização do Exercício Profissional. Cada CRP passa a ter sua comissão de fiscalização. Os fiscais são psicólogos, encarregados de cumprir suas tarefas (efetuar diligências para comprovar denúncias, verificar se a execução de serviços de psicologia está a cargo de psicólogos, verificar a situação profissional dos psicólogos nesses serviços) em visitas de inspeção a clínicas, hospitais, consultórios particulares, empresas - devem comunicar qualquer infração ou irregularidade, instaurar processo e aplicar penalidades.

2.2.10 Resolução nº 07/78:

Dispõe sobre a divulgação e emprego profissional da Análise Transacional - exclusivo a psicólogos. Amplia-se a conquista de terreno...

2.2.11 Resolução nº 08/78:

Dispõe sobre o exercício profissional através de grupos de desenvolvimento pessoal, grupos de encontro, encontros centrados na pessoa, grupos de treinamento terapêutico e equivalentes - exclusivo de psicólogos. Amplia-se ainda mais o terreno da prática psicológica...

2.2.12 Pareceres:

Estudos e pareceres sobre 3 campos profissionais em conflito: orientador educacional X psicólogo, psicanalista X psicólogo, técnico de administração X psicólogo.

Os textos das leis, decretos, e das resoluções e pareceres do CFP podem ser encontrados, na íntegra, em: Iannini (1978) , Conselho Federal de Psicologia (1976 w 1977), Atividades do psicólogo (1978).

2.3 Na legislação municipal e estadual que cria o cargo e o quadro de psicólogo no RJ:

Segundo Memorial dos Psicólogos (APPRJ, 1980), o surgimento da categoria funcional de psicólogo se deu no plano de Classificação de Cargos e Vencimentos do Estado do Rio de Janeiro (decreto-lei nº 248, de 2/2/79), e também no município do Rio de Janeiro (lei nº 95, de 14/3/79). Mas, há muito tempo, psicólogos vinham exercendo suas atribuições profissionais privadas sem o adequado enquadramento - na Secretaria Municipal de Educação e Cultura: na Assessoria de Educação Especial (Instituto Helena Antipoff) e na Assessoria de Orientação Educacional ;

na Secretaria Municipal de Saúde; no Departamento de Proteção Materno-Infantil, na Divisão de Medicina Escolar, no Hospital Jesus, e no Instituto de Medicina e Reabilitação Física Oscar Clark; no Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (IASERJ); no ambulatório Maracanã, no Serviço de Medicina Física e Reabilitação, no Setor de Psiquiatria, no Hospital Central, no ambulatório de Campo Grande, no ambulatório de Niterói; na Secretaria Estadual de Educação; na Secretaria Estadual de Justiça; no Hospital da Polícia Militar. Os psicólogos eram, até então, contratados, como: professores, bolsistas, estagiários.

A lei municipal nº 100, de 27/4/79 dispõe sobre a efetivação dos profissionais de saúde contratados, alcançando também os psicólogos contratados. A APPRJ encaminhou reivindicação com base nessa lei para que os psicólogos contratados como bolsistas e estagiários fossem efetivados.

A lei nº 162, de 26/5/80 enquadra o psicólogo na Secretaria de Educação como "Especialista em Educação".

O Diário Oficial de 18/12/1980 publicou o número de cargos fixados para psicólogo no município: 400, dentro do Quadro Permanente do Pessoal Ativo do Poder Executivo. Esse quadro (um número definido dentro de um planejamento) só saiu um ano depois da criação do cargo, mas ainda são os psicólogos enquadrados num "quadro suplementar". Portanto, existe um grande número de vagas para psicólogo no município não preenchidas! Esses são comentários de Helena Martins da Silva (ver entrevista, transcrita no Apêndice), que considera a situação do psicólogo na Secretaria de Educação drástica, pior que na Secretaria de Saúde.

3. O psicopólogo clínico no RJ: agente de um recurso auxiliar e disciplinar ?

Até 1962, assistimos a um crescimento da prática da psicologia clínica no Rio de Janeiro, vinculado sobretudo a iniciativas individuais: particulares (em clínicas, consultórios e institutos de psicologia aplicada como o da PUC/RJ) ou oficiais (em hospitais, ambulatórios, serviços como o COJ ou o COIJ do Hospital Pinel). Iniciativas individuais porque partiam de profissionais (como Helena Antipoff, Elisa D. Veloso, e muitos outros), sensibilizados com alguns problemas sociais e interessados em implantar serviços que representassem alternativas de solução. A década de 50 foi marcada por acentuado desenvolvimento industrial e conseqüente desenvolvimento urbano: os grandes centros urbanos e industriais, como o Rio de Janeiro, começaram a crescer aceleradamente, desordenadamente, a receber imigrantes do interior do país em grande número, a apresentar problemas relacionados às condições gerais de vida-moradia, transporte, saúde. A psicologia encontrou, nesse meio, uma possibilidade de existência efetiva e de expansão: vinha auxiliar a resolução dos problemas na área de saúde mental, vinha ajudar a criar instrumentos de seleção e orientação dos indivíduos no trabalho, e vinha colaborar com o cumprimento dos programas de educação e ensino. As relações da prática psicológica com as práticas pedagógica e médica se definiam: às vezes subordinação, às vezes proteção, às vezes desvalorização, às vezes ameaça quanto à superposição de campos de atuação e à competência. Como a mentalidade refletida, então, na ideologia dominante era bastante progressista, houve possibilidade, também no âmbito (tão pequeno, se comparado a ou

tros) na psicologia clínica, de expansão, de novas experiências, sem muito incentivo oficial, mas também sem muita repressão e controle. O limite se delineava em torno de ações e práticas que tivessem a marca da demagogia populista: agradar um pouco a população, oferecer-lhe determinados serviços e oportunidades, para obter dela uma produção satisfatória, e votos. Em 1962, a profissão de psicólogo é reconhecida, legislada, e são criados logo os cursos de psicologia: autonomia, independência - regulamentação, normatização, controle, isolamento. Isolamento porque cresce a ameaça, em relação a profissões afins, da expansão de uma profissão agora com o mesmo status legal. Restava a conquista do status social, apoiado na afirmação do status científico. Com a ascensão do nacional-trabalhismo em 1963, e a paralela ascensão da esquerda e das brechas para participação dos trabalhadores, também a psicologia clínica ensaia uma expansão para trabalhos comunitários e com grupos mais oprimidos e marginalizados da população. A influência das práticas realizadas em outros países é marcante: prevenção, antipsiquiatria, trabalhos com famílias, grupos e instituições. Vem o golpe de 64, os regimes militares autoritários que se sucedem, a ascensão do colonial-facismo: a ideologia dominante se define em prol da estabilização, da segurança nacional e do desenvolvimento econômico com erradicação dos conflitos sociais. É tempo de censurar, reprimir, impedir representações populares para preservar a estabilidade, a segurança e o domínio dos grupos que procuravam dirigir o país: militares, tecnocratas, grandes empresários, grupos estrangeiros. A justiça estabelecida e seus instrumentos são manobrados para assegurar tais condições: se é legal, é legítimo. As resoluções do Conselho Federal de Psicologia, o Código de É-

tica Profissional dos Psicólogos, e os demais instrumentos que legislam sobre a profissão espelham os princípios da ideologia dominante.

Se considerarmos a prática da psicologia clínica, e suas definições legais, como desvinculadas do contexto sócio-político, estaremos assumindo uma posição alienada, cega, que coloca mais ainda essa prática a serviço de interesses particulares e dominantes. É quando atuamos sem consciência do por quê e do para quê, sob controle mais externo que pessoal.

Nesse período pós-64, as forças sociais de oposição ao regime continuam existindo e expandindo sua prática. Os conflitos aparecem também nos conflitos da prática da psicologia clínica - há uma expansão dessa prática que tem se vinculado aos movimentos de oposição, a uma postura de questionamento, crítica, mudança, libertação. A análise desse "outro" aspecto da prática da psicologia clínica no Rio de Janeiro não nos coube nesse trabalho, porque, antes, era preciso desvendar o espaço legal e autorizado dessa prática. Mas, nossa análise parte já de uma posição de questionamento...

Ao verificar a positividade dos documentos citados e analisados, encontramos uma ênfase na tarefa de "ajustamento" que o psicólogo clínico, ajustado e bem adaptado às normas vigentes, deve desempenhar. Encontramos também a afirmação constantemente repetida de sua competência científica, técnica e legal. Encontramos ainda o desejo de ter sua profissão olhada com dignidade e prestígio.

A definição e a delimitação da prática da psicologia clíni

parecem se formalizar em termos de profissão liberal: a independência e a autonomia, além das vantagens de uma prática meio "marginal", se transformam em isolamento (em relação aos seus órgãos de classe, por exemplo) e impotência (diante de decisões governamentais sobre criação de cargo e quadro, por exemplo).

No Rio de Janeiro, assistimos aos efeitos do arbítrio, do favoritismo (tão típico do chaguismo), do esvaziamento político (no que tange à participação de entidades representativas da população nas decisões oficiais), de desorganização administrativa e da imposição de interesses particulares, na confusão e na lentidão que vêm acompanhando a criação de cargo, o enquadramento e a efetivação de psicólogos no serviço público, na criação de muitos cursos de psicologia sem adequada absorção dos recém-formados pelo mercado de trabalho, e na insegurança geral que cerca a prática profissional da psicologia clínica.

O psicólogo clínico no Rio de Janeiro, como provavelmente em qualquer contexto, é um agente dos recursos auxiliares e disciplinares que objetivam a normatização, o controle, e a docilidade-utilidade dos indivíduos. Enquanto contratado pelo serviço público ou por instituições privadas, por escolas, hospitais, clínicas, etc., estará atuando dentro dos chamados aparelhos ideológicos de Estado, em prol da reprodução da ideologia dominante. A não ser que desenvolva um "discurso crítico", percebendo e explicitando contradições, revelando construções imaginárias, ampliando e abrindo sua escuta para o social e para o individual, e favorecendo a manifestação dos desejos, dos conflitos e de ações conseqüentes cada vez mais satisfatórias para si e para os outros.

V. A QUESTÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO CLÍNICO

1. Sua inserção social:

1.1 A questão do poder:

Desde a Idade Média, nas sociedades ocidentais, o poder vem se formulando no Direito. Sendo assim, a legislação referente à profissão de psicologia (a partir de 1962) instaura, para esse profissional, um marco de afirmação de algum nível de poder dentro do contexto social brasileiro. A concepção jurídica de poder é uma forma negativa de afirmação do poder, enquanto estabelece os limites, falando mais do proibido do que do permitido, e mascarando (como o exemplo da psicoterapia - lacuna da legislação) uma parte da realidade (a realidade da prática psicoterápica do psicólogo clínico) enquanto a revela de uma forma conformada pela demanda ideológica ("solução de problemas de ajustamento") - a repressão contendo o reprimido, transfigurado.

A legislação e o código de ética portam regras de procedimento do psicólogo; as resoluções do Conselho Federal de Psicologia seguem o mesmo padrão jurídico-discursivo, que reforça a dicotomia permitido-proibido. Para todos os psicólogos, a mesma lei: homogeneidade e obediência, exigidas pelo poder legislador que se impõe.

Mas, onde há poder, há resistência (Foucault, 1979). Ambos se localizam numa estratégia, onde a proibição não é tudo - as relações de poder têm um papel verdadeiramente produtor. Produzem um tipo de psicólogo, regulam a sua inserção social: deve ser primordialmente um profissional liberal, com uma prática individualizada e individualista, respeitadora, acima de tudo, da

legislação vigente no país, com um papel de ajustador e controlador, mesmo sem ter explicitadas todas as normas a serem seguidas (assim o autoritarismo pode se exercer e a resistência a ele encontra uma brecha para existir). Duas faces que se revelam na "autorização" da prática psicológica: permissão e limite, possibilidade e impossibilidade. O psicólogo pode ser, enquanto se deixa regular e limitar. A existência do psicólogo depende, em parte, de sua anulação. Não é dominador (aliado exclusivo da ideologia dominante) nem dominado (excluído, marginalizado), porque essa divisão é, inclusive aparente: é produtor e produzido por esse jogo de correlações de força, que inclui as demandas da ideologia dominante, as demandas da clientela, as demandas dos profissionais psicólogos.

1.2 Psicologismo e a produção de ideologia:

Cabe um questionamento sobre a prática da psicologia clínica em si, sobre a relação que se estabelece entre psicólogo-cliente nesse espaço clínico. Isso, para não cairmos numa perspectiva da ideologização como externa e imposta à prática da psicologia clínica, e tentarmos ver se essa prática, em seus fundamentos, não é ela mesma produtora de ideologia. Tentaremos levantar alguns pontos, partindo já dos seguintes pressupostos: 1º) a prática da psicologia clínica se apóia em diferentes teorias psicológicas e teorias da técnica psicoterápica (exemplos: teoria e ~~terapia~~ ^{psicanalítica}, teoria behaviorista e terapia de modificação de comportamento, teoria e terapia centrada no cliente); 2º) a prática da psicologia clínica se dá dentro e a partir de determinadas condições históricas, políticas e sociais, e não de modo in-

dependente, alheio, puro; portanto a crítica não se dirige às teorias em si. Podemos verificar como condições específicas, dentro de um sistema político específico, fazem a "recuperação" das teorias e técnicas psicológicas. Falar de história da psicologia clínica é falar da sua relação com as estruturas de poder, e, no momento em que esse discurso político passa a ser feito pelos próprios psicólogos clínicos, observamos uma divisão entre psicólogos, teorias e práticas vistos como reacionários, reformistas ou revolucionários. Entre posições ditas apolíticas e outras ditas politizadas, assistimos a uma expansão da psicologia (especialmente clínica) e pensamos sobre essa expansão - sua inserção na instituição escolar, industrial familiar, onde é chamada a intervir, nos meios de comunicação de massa, na linguagem. Expansão com bloqueios, resistências, mas ainda assim expansão - onde as divergências, na prática, aparecem como se fossem divergências exclusivamente teóricas, entre linhas diferentes; onde, apesar das resistências e divergências, começam a se produzir modificações institucionais, novas doutrinações, novas maneiras de ver e tratar os problemas, intervenções reformuladoras. A prática da psicologia clínica, nessa expansão, pressupõe a existência de outras práticas que regulam sua constituição e lhe são homólogas (prática clínica, prática psiquiátrica, prática psicanalítica, prática pedagógica, estrutura familiar, etc.), produzindo os mesmos efeitos em termos de ideologização. Um desses efeitos se refere à primazia do poder econômico, na medida em que só podem ser atendidos pelo profissional liberal psicólogo clínico, os indivíduos com alto poder aquisitivo, alta renda; talvez freqüentemente os psicólogos clínicos sejam vistos e se posicionem como os "marginais convidados" ou os "bons

pobres" da psicanálise (Castel, 1978), por se disporem a atender (por necessidade de trabalho e de remuneração) clientes a preços mais baixos, o que ainda não é suficiente para retirar o caráter elitista da profissão. A imposição de horários, pagamento, regularidade de sessões, e de um saber, podem gerar uma relação de dominação. É uma relação de serviço personalizada (termo empregado por Goffman, citado em: Castel, 1978), que inclui um cliente e sua demanda, o psicólogo e sua posição "suposto saber" e um projeto de intervenção e transformação (realizado no atendimento), e que apóia no modelo de relação médico-paciente. Importante apontar que tal relação de serviço personalizada se funda sobre a tradução da demanda (difusa, vaga) em problemática psicológica a ser tratada pelo especialista psicólogo. A prática privada segue um modelo artesanal e a prática institucional segue um modelo semi-industrial, e as repercussões dessa distinção recaem, por exemplo, nos honorários do psicólogo - com possibilidade de serem mais elevados na prática privada (lei da oferta e procura) e menos na prática institucional (mais-valia aplicada sobre o seu trabalho). Enquanto o psicólogo "desconhecer" o aspecto social de sua prática, estará simplesmente atuando e reproduzindo uma posição de dominação sobre seus clientes.

No século XIX, ocorreu a separação (classificatória) entre as populações "marginais" (criminosos, doentes, loucos), o estabelecimento de lugares institucionais para abrigá-los (prisões, hospitais, hospícios), e a criação de competências especializadas para tratá-las (entre as novas competências, a psiquiatria, que procurava demarcar seu campo de ação em torno de "psicopatológico", diferenciado do normal e dos demais tipos de desvio).

Atualmente, observamos certa imprecisão na distinção entre os desviantes "associais" e os desviantes "doentes mentais", refletida num caminho complexo que vai da prisão ao hospital psiquiátrico, passando por várias instituições de reeducação, de medicalização e de segregação - as instituições totalitárias (prisões e hospitais psiquiátricos) se ramificando em modos de controle mais refinados, mais sutis:

*"A reequilibração das relações de poder... no
 vas instâncias de controle e normalização,
 mais flexíveis e eficazes, que funcionam à
 base da psicologia, estão em vias de melhor
 assumir os fins antes cumpridos pela insti-
 tuição totalitária" (Castel, 1978 - pg. 174).*

A "ação psicológica" passa a se constituir numa forma de coerção com participação e conformidade, numa forma de manipulação, que tenta evitar as reações de oposição às instituições totalitárias e procura tratar uma série de problemas que se manifestam no âmbito social. Daí, assistimos à proliferação de visões, perspectivas e interpretações psicoligizantes da realidade social, das relações inter-pessoais, embora ainda não haja uma franca delegação de poder à categoria profissional dos psicólogos para o desempenho da função de psicologização do social. Será apenas uma questão de tempo, ou essa limitação resulta de alguma correlação de forças? Aparentemente, diante do sofrimento psíquico das pessoas, tem-se apresentado uma única alternativa (além da religiosa) - a intervenção terapêutica. Mas, esse sofrimento psíquico é poli-causado, e uma intervenção médico-psicológica corre o risco de encobrir causas e anular intervenções sócio-políticas. Os indivíduos portadores de tal sofrimen

to são vistos como "casos", e sobre eles se exerce a perícia psicológica, espalhada e conflituada em diversos campos profissionais: o do médico, o do educador, o do assistente social, o do terapeuta ocupacional, o do psicólogo. A esse esquecimento da causalidade sócio-política, a essa expansão de um "olhar" psicológico e de uma "ação psicológica", com objetivos ideologizantes, podemos chamar psicologismo.

1.3 O conceito de doença mental e sua abordagem clínica:

A psicologia clínica lida, por ser psicologia, com os fenômenos mentais, e, por ser clínica, com o conceito de saúde e doença. Esse conceito vem da medicina que, desde o século XVIII, assume a configuração de medicina social, interessada na higienização dos espaços sociais como forma de controle das populações e do seu preparo e recuperação em relação ao processo de trabalho instalado pelo sistema de produção capitalista (Machado, 1978 ; Birman, 1980). Ao demarcar as áreas do normal e do patológico, a medicina se torna "matriz arqueológica das ciências humanas" (Foucault, 1977a): seu lugar estratégico é o da produção de saúde, e suas estratégias dominantes são a prevenção e a terapêutica. A psicologia clínica vai se ancorar nesse lugar e se apoiar nessas estratégias, como modelo.

Na passagem do século XVIII para o XIX, a inserção social do discurso e da prática psiquiátrica se relaciona ao conceito de loucura como alienação, porque a loucura passa a ser vista também como consequência de mais hábitos morais da sociedade e da família (Pinel, Esquirol e outros):

... "a vida-em-comum está agora no núcleo da determinação da loucura, tornando-se o lugar e a condição de possibilidade de sua racionalidade. São as condições desta vida-em-comum e suas exigências, reais e simbólicas, que desenham os contornos da alienação mental" (Birman, 1978 - pg. 89).

A alienação se define então pela distância das normas morais estabelecidas. A psicologia vem a ser um saber sobre a realização idealizada do sujeito na sociabilidade, se constituindo na positivação do normal, e a psicopatologia vem definir o fracasso na sociabilidade, a positivação do patológico. Saúde mental passa a se igualar à sociabilidade:

"Ser sociável e ser saudável, corresponde a um projeto de homem regulado nos seus afetos, que não os permita a se tornarem paixões incrotroláveis pela vontade" (Birman, 1978 - pg. 110).

"Se entre o alienado mental e o homem sadio não estamos diante de uma posição qualitativa, mas quantitativa, o alienado se torna a caricatura do sujeito, revelando assim alguma verdade" (Birman, 1978 - pg. 111).

Os conceitos psicopatológicos vêm deslizando entre os polos da Biologia e da Psicologia, entre uma escola somaticista e uma escola psicológica, que disputam a positivação, mas sempre dentro de uma afirmação comum - a de que é possível um conhecimento empírico sobre a loucura.

A medicina mental, a psiquiatria e a psicologia trazem para a cultura ocidental o conceito de louco recuperável, tornado sociável, submisso às normas e à ordem. A terapêutica se identi

fica com um tratamento moral, com uma prática pedagógica, baseada nos seguintes princípios: hierarquia, ordem, vigilância e dominação. A terapêutica se torna, em parte, arte, dependente de talento (...), além de se apoiar em alguma cientificidade. Até que ponto ainda não permanece, de modo mais sutil e dissimulado, esse tratamento moral na prática psicoterapêutica?

O século XIX restringe a prática médica sobretudo ao âmbito da clínica e à atuação terapêutica (além de algumas áreas de saúde pública) - surge uma oposição ao saber médico, especialmente através da sociologia e da Psicanálise, que instauraram duas ordens de análise: o Social e o Inconsciente. A doença mental passa a ter, além do referente social, uma virtualidade nem sempre visível, mas sempre incluída entre as possibilidades emergentes da estrutura inconsciente. A medicina busca uma síntese: passa a se encarregar de uma normatização, de uma homogeneização, definindo saúde como um "estado" e não como simples ausência de doença e expandindo sua prática para o espaço extra-hospitalar - ambulatórios, comunidades, famílias. Saúde é, então, quase igual a felicidade. Instaura-se uma intervenção direta nas relações familiares, nas relações entre as pessoas, nos indivíduos - cada indivíduo e cada relação que estabelece com os outros concentra a complexidade das condições sociais e vai ser objeto das novas formas de controle social e dos novos discursos sobre adaptação:

"As Psicologias de inter-relação e as Psicologias dos pequenos grupos se impõem como as grandes novidades teóricas, como os signos de nossa contemporaneidade" (Birman, 1980 - pg. 153).

Trata-se da "modernização" das instituições disciplinares, que controlam o tempo dos indivíduos, demarcam seu espaço de ação e de interação, delimitam seus gestos, atitudes e palavras. Modernização iniciada nos Estados Unidos, através de formas mais refinadas de controle, apoiadas na psicologia behaviorista, na sociologia funcionalista, na psicanálise culturalista, na psicologia do Ego, na psicologia dos pequenos grupos aplicada às relações na empresa.

"Os discursos psicológicos tendem a se impor como instrumentos mais eficazes para manusear as micro-oposições sócio-políticas que aparecem na nossa atualidade" (Birman, 1980 - pg. 173).

"Nisso tudo, a psicanálise, sobretudo de orientação francesa, parece ter desempenhado um papel progressista. E não somente de suas posições clínicas - recusa da dicotomia normal-patológico, recusa dos meios puramente repressivos da psiquiatria clássica - mas também através das tomadas de posição de seus praticantes, que têm denunciado a pobreza teórica das diversas correntes da psicologia e, sobretudo, os desvios da psicanálise de orientação americana, inspiradas nas técnicas de 'reforço do Ego'" (Albuquerque, 1978 - pg. 44).

A Clínica (Foucault, 1977a) passa a ser, como saber individualizador, o lugar privilegiado de examinar e tratar as individualidades. A Clínica relaciona a história patológica com a história individual, familiar e social: o olhar clínico se debruça sobre o corpo anatomopatológico e se estende pelo corpo afetivo, pe

lo corpo das relações com os outros, para então diagnosticar o desvio. A operação terapêutica transforma-se também em "psicoterapêutica" com finalidades moralizantes, normativas (talvez por isso o Dr. L. Cabernit e o Dr. Alcântara reivindicuem a atividade de psicoterapêutica exclusivamente para os médicos). A doença passa a ser "psicossomática". Com a psicanálise, introduz-se a oposição entre o corpo anatômico e o corpo da palavra, entre o ver e o escutar, entre o plano do concreto e o plano da representação, da metáfora, para entender a loucura. A prática da psicologia clínica tem procurado seguir duas estratégias: a de ver - nos testes, no corpo (Reich, Bio-energética); e a de escutar (apoio nos conceitos psicanalíticos) - na transferência. Tem procurado, portando, exercer um domínio sobre o corpo real e sobre o corpo fantasmático dos indivíduos, num esforço de síntese e onipotência.

Com tanta ênfase sobre o indivíduo e suas relações com os demais indivíduos, a "relação humana" vem se tornando um "fetiche" (Birman, 1980) - é mito, mistério, indecifrável; requer toda a atenção e todo esquecimento das demais relações e condições que compõem a existência humana. Assim, a relação terapêutica é quase mítica, apoiada numa mitologia, que revela o caminho para o entendimento e para a libertação, para a felicidade. Nesse sentido, a prática da psicologia clínica passa a exercer uma dupla função aparente, lá nas sociedades onde se manifesta o controle social pela ação psicológica: vigiar, diagnosticar, encaminhar, controlar, por um lado, e propor a libertação e a recuperação, por outro. Paradoxo mais perigoso ainda se pensarmos na expansão numérica dos psicólogos clínicos em nosso meio; segundo ra-

ciocínio de J.F. Costa (1976) sobre a prática psiquiátrica, podemos pensar analogamente que também os psicólogos clínicos, na sua necessidade de trabalho e emprego, passam a falar antes de escutar, a buscar antes de serem procurados, a antecipar a loucura e os problemas emocionais e não só acompanhá-los, porque, se não for assim perdem a razão de existir...

Machado e outros (1978), em seu estudo sobre a medicina social e a psiquiatria no Brasil, mencionam a importação maciça de teorias, a repetição do saber estrangeiro nos primeiros trabalhos aqui publicados nesse campo (que citamos na cap. II, item 2: Fragmento da prática da psicologia no Brasil), e a presença da "necessidade de exercer sobre a loucura uma regulação de caráter moral" (Machado e outros, 1978 - pg. 383). O louco representa um perigo urbano e precisa ser corrigido. O diagnóstico se faz sobre o conceito de normalidade da conduta como critério de comparação entre os indivíduos; a etiologia da doença mental se apoia em causas sociais, nos excessos da civilização que exacerbam as paixões, nos costumes, nas influências morais e intelectuais. A civilização é uma necessidade e um mal, contra o qual ela mesma cria a ajuda da ciência. Por isso, a medicina psiquiátrica se alia ao Estado:

"A história da fundação do Hospício, sem dúvida organizada de acordo com objetivo político de medicalização, pretende mostrar que a estatização, antes de ser um abuso que atenta contra o princípio da propriedade privada, é absolutamente legítima" (Machado e outros, 1978 - pg. 486).

Essa aliança se dá em nome da defesa do louco e da coletividade: o louco é seqüestrado e recuperado. A legislação é medicalizada, uma vez que o poder médico luta contra a repressão para se impor. E a medicalização se torna tática indispensável à estratégia de normalização social. No barco da medicalização, embarca a psicologia clínica, como recurso auxiliar no diagnóstico e no tratamento do louco.

A civilização cria uma desordem, e a loucura, a doença mental vêm a ser uma metáfora dessa desordem.

"O que é preciso é que, loucos, maníacos homicidas ou drogados, alguém se encarregue dessa gente. Para isso, é indispensável um princípio de classificação, que permita separar essa marginalia dos homens válidos, um princípio de legitimação que torna inteligível a exclusão de que são objeto e que torne incontestável a autoridade institucional que a acolhe em seu seio. Tal é, em seu princípio, a função social da doença mental" (Albuquerque, 1978 - pg. 23 e 24).

A doença mental tem seu germe implantado em todos os indivíduos - por isso, todos devem ser vigiados, submetidos, por exemplo, a exames psicotécnicos, cada vez mais exigidos nas seleções profissionais e em outros âmbitos, como habilitação para dirigir automóvel.

1.4 A psicoterapia:

É dominante, na atividade psicoterapêutica, a presença do discurso psicanalítico. Como todas as formas de psicoterapia incluem como material de trabalho algumas formas de simbolização,

e preponderantemente a forma verbal, e como seria impossível, no momento, falarmos de cada modalidade terapêutica em particular, procuraremos analisar aspectos envolvidos nas chamadas psicoterapias de base analítica. Essa análise segue o ponto-de-vista sociológico, de J.A. Guilhon Albuquerque (1978).

Os psicoterapeutas tendem, em geral, a conferir um caráter de "extra-territorialidade social" à sua prática, como se essa se desse fora de um tempo histórico e de um lugar social. Mesmo os psicoterapeutas que reconhecem as condições histórico-sociais de sua prática as situam como "externas". Albuquerque (1978) cita as posições de J. Bleger, F. Ulloa (argentinos), L. Achard (uruguaia). C. Stein, R. Barande e R. Castel (franceses) e as comenta. Por exemplo:

- Bleger reconhece a inserção da pesquisa, da teoria e do método terapêutico no processo histórico, que se vê ainda com alguma exterioridade;

- Ulloa fala das regras técnicas impostas pelo psicoterapeuta, constituintes portanto de uma relação assimétrica que impõe normas de conduta, limites institucionais do que é científico, terapêutico, normal e patológico: a assimetria própria da relação terapêutica sendo um princípio que fundamenta inclusive a hierarquia estabelecida na relação interprofissional;

- Stein e Barande utilizam conceitos psicanalíticos na análise de instituições, personalizando e psicologizando as relações aí encontradas;

- Achard coloca como dependente do psicoterapeuta a posi-

ção de neutralização ou não da situação sócio-política no contexto terapêutico;

- Castel considera essa neutralização possível em condições especialíssimas de "endogamia social": terapeuta e cliente possuindo variações morais, políticas, religiosas num nível acidental em termos de uma base de absoluta identidade de classe entre os dois.

Nestas posições citadas, notamos o aparecimento dos princípios de exterioridade e neutralização das condições sociais na prática psicoterapêutica. Mas, as condições sociais podem ser vistas como constitutivas dessa prática. Dá-se uma divisão específica do trabalho e ocorrem algumas relações institucionais no contexto da prática psicoterapêutica: o trabalho terapêutico se apoia na ausência do trabalho sexual, substituído pelo trabalho do sonho (pelo menos, na psicanálise); a psicoterapia se relaciona com as instituições de língua (que é desigualmente apropriada pelas diferentes camadas sociais), da proibição do incesto (que vai fundamentar a determinação do "lugar" do desejo), e da moeda (que vai impor um sacrifício, um empenho do paciente na cura, mas também sua exploração face as necessidades burguesas do psicoterapeuta). O psicoterapeuta precisa assegurar sua posição de prestígio, dentro de algum nível de "garantia institucional" e de "dominação social". A psicoterapia, enquanto "instituição social", permite que mecanismos sócio-econômicos sejam postos em ação:

"... na seleção de pacientes e de candidatos à formação profissional; nos canais de comunicação e propagação da instituição e de suas idéias; em sua imagem social - indiscutivelmente

vinculada às classes privilegiadas; em sua exploração moral, política, religiosa; em sua legitimidade aos olhos de outras instituições (a psicoterapia tem hoje o direito de cidade. ...)" (Albuquerque, 1978 - pg. 61).

Assim sendo:

"... a neutralização... não ocorre... Mas produz, através das regras que agencia, a ilusão de neutralidade e a esperança de uma neutralização da complexidade do real. Agora me dirão: ilusão e esperança curam? Dizem que sim, mas isso já não é meu objetivo" (Albuquerque, 1978 - pg. 64).

2. Suas condições de existência e desenvolvimento:

A identidade profissional do psicólogo clínico:

A identidade profissional do psicólogo clínico se constitui a partir de vários determinantes (e não conseguiremos talvez enumerar todos): sua história pessoal, os motivos de sua escolha profissional, sua identidade pessoal e sexual, sua percepção e resposta às demandas sociais, sua posição ideológica, seus vínculos com a profissão e com o modo como está definida. Em relação a este último determinante, veremos o que vem a ser chamado "psicologia clínica" em suas atividades e na atitude peculiar que se distingue de outras práticas.

Torna-se extremamente difícil falar de atitude clínica e de atividades clínicas em psicologia sem haver uma referência explícita à teoria psicológica que fundamenta tais concepções. A atitude clínica, por exemplo, de um psicanalista pode ser definida de forma diversa da atitude clínica de um terapeuta compor

tamental. Diversidade que confunde o psicólogo clínico e o público, gerando um problema de identidade profissional e social para esse profissional.

Korchin (1976) propõe uma definição mais genérica dos aspectos da psicologia clínica - coloca a atitude clínica como o desejo de entender as pessoas com a finalidade de ajudá-las, sendo a ênfase na redução do sofrimento, o que distinguiria a psicologia clínica de outros campos da psicologia. Situa a intervenção clínica em psicologia no âmbito da compreensão dos problemas dos pacientes, das mudanças psicológicas e de personalidade que se fazem necessárias e das mudanças possíveis nos determinantes sociais dos problemas humanos (intervenção comunitária, social). A atitude clínica em psicologia seria, então, um compromisso com a compreensão e a ajuda a pessoas que apresentam um sofrimento psíquico e buscam condições mais satisfatórias de vida. O psicólogo clínico utiliza seus conhecimentos teóricos sobre a estrutura e a dinâmica da personalidade humana, mas se depara com a dimensão de exclusividade e particularidade, própria de cada personalidade individual que tenta conhecer e tratar; e se depara também com a relação entre a personalidade e o contexto social em que se insere. É também nesse aspecto que as teorias psicológicas se diferenciam, enfatizando predominantemente determinações do meio, ou determinações intra-psíquicas, ou determinações constitucionais. De acordo com a ênfase colocada, vai variar o tipo de intervenção: tratamento, prevenção, ou atualização de potencialidade, intervenção no meio (família, grupos, instituições, comunidades) ou no indivíduo, intervenção diretiva ou não diretiva, interpretação ou aceitação incondicio

nal, etc.

A condição de existência da prática da psicologia clínica e seu desenvolvimento dependem de fatores internos e externos à própria profissão:

"On the one hand, there are trends in society at large, as well as governmental policies and legislation, that will determine both the need and the support for clinical services. On the other hand, there are intellectual and scientific trends within Psychology itself, and in the mental health fields generally, which will shape the values, concepts, and methods of the clinician" (Korchin, 1976 - pg. 605).

Porque falamos em inserção social do psicólogo clínico, nossa preocupação foi justamente levantar temas pertinentes a tal inserção: situação política, política de saúde, legislação sobre a profissão, história da psicologia clínica. Temas especialmente relacionados ao contexto em que exercemos nossa prática .

A questão da ideologia foi colocada também como um dos determinantes da identidade profissional do psicólogo clínico. Segundo Grinber y Grinber (1976) e Erikson (1971), a ideologia oferece um suporte, como imagem do mundo e perspectiva de futuro, para a identidade. Diante dos problemas colocados por sua existência enquanto ser humano e social, e diante dos problemas colocados por sua prática profissional, o psicólogo clínico se apoia necessariamente em pressupostos ideológicos - queira ou não, perceba ou não, admita ou negue.

Entre os problemas colocados pela prática profissional, po

demos alinhar os seguintes:

- presença de certo casuísmo, falta de sistematização teórica (Rosas, 1979), que redundam em incerteza na prática (Richard, 1977);

- atribuição da função de ajustamento e controle social ao psicólogo clínico, conforme representação extraída de populações "leigas" (Guimarães, 1980; Maciel, 1976), e conforme análise de sua proposta manipulatória (Bertalanffy, 1973);

- constatação de ser uma prática dirigida às classes privilegiadas (Mello, 1975);

- confusão relativa à "questão científica" (sobre a situação teórica e metodológica da psicologia) e à "questão médica" (sobre a possibilidade de o psicólogo "tratar") que tem gerado polêmicas intra e inter-profissionais (MacKay, 1977);

- ligação com as ideologias dominantes, que influenciaram as práticas, por exemplo, de "libertação da palavra" predominantemente nos anos 60 e de "libertação do corpo" nos anos 70 (Lapassade, 1977).

Em vista desses problemas, o psicólogo clínico pode estar enfrentando uma confusão de identidade profissional que o leve a um desabafo, como o do personagem Bêrenger da peça "O Rincoronte" de Ionesco:

"En todo momento siento mi cuerpo como si fuera de plomo e como si cargara mis espaldas. No me he habituado a mí mismo. No sé si soy yo" (citado em Grinberg y Grinberg, 1976-pg. 94).

Segundo Erikson (1971), a confusão de identidade na adolescência se caracterizaria por confusão temporal, sentimentos de dúvida e vergonha, e paralização no trabalho. O psicólogo clínico está sujeito a apresentar esses "sintomas" se não conseguir se localizar histórica e culturalmente, com uma perspectiva temporal que situe sua prática; se, deslocado e alienado, não obter grau satisfatório de consciência de si e de sua identidade; se não obtiver iniciação e confirmação das instituições sociais para sua prática e se não abdicar de um ideal de encontrar soluções mágicas e onipotentes.

VI. C O N C L U S Ã O

Finalmente:

A sensação de ter concluído, ter terminado. Ilusão. Um novo começo se instala, uma vez cumprida esta etapa.

Foram dois anos de procura, confusão, grandes encontros, muita aflição, reflexão doída, alegria, no entendimento e na síntese provisória, estímulo e cansaço diante das dúvidas, paradas e esquecimentos, retomadas empolgantes, ansiedade pela auto-avaliação insegura, medo deste momento de conclusão. Sempre esteve em jogo a prática pessoal profissional - questionada, virada do avêso, esquadrinhada em suas implicações sociais. Mas, era preciso não evitar o desnudamento em público, e, também, o desnudamento diante do espelho. Ver-se e deixar-se ver. Ver a prática exercida, por dentro e por fora. Ver como essa prática é vista.

A impressão presente é de maior solidez, mais clareza, muito incômodo diante de tantas questões levantadas, ânimo para estudar mais, trabalhar mais, investigar mais, escrever mais. Uma certeza veio se esboçando e adquirindo contornos mais precisos: a crítica, desde que sistematicamente trabalhada não anula a prática sobre a qual se exerce - ao contrário, revelando o negativo da sua positividade, fundamenta a prática e a torna viável enquanto prática consciente e revolucionária (por oposição à opção reacionária, normalizadora, ajustadora - P. Freire, 1978). Apesar do reconhecimento das fragilidades teóricas da psicologia, do efeito possível de ideologização da prática da psicologia clínica particular e institucional, e da situação confu-

sional em que se encontra a identidade profissional do psicólogo clínico, alguns caminhos se apresentaram como atraentes, desafiantes, possíveis. As opções são pessoais e resultam de um compromisso com o que foi visto, dito, escrito, proposto.

O desejo é de atingir e estimular os alunos e formandos em Psicologia, interessados na psicologia clínica, a uma tomada de consciência de seu papel profissional e a uma ampliação de reflexão e do estudo sobre o assunto. É impressionante a ausência, nos cursos de Psicologia daqui, de disciplinas sobre história da psicologia no Brasil e sobre as condições sociais da profissão de psicólogo (demanda, inserção, mercado de trabalho, etc.). Forma-se o profissional sem muita noção do que significa ser psicólogo no Brasil de hoje, na cidade do Rio de Janeiro: regulado por uma legislação, inserido num sistema político, regido por condições sócio-econômicas, integrado num momento histórico, com determinadas oportunidades (ou não) de trabalho, dentro (ou fora) de determinadas instituições, a partir das diretrizes de determinada política de saúde. Aparentemente, ser psicólogo clínico se resume a estudar teorias estrangeiras, ensaiá-las num estágio de um ano, e lutar por encontrar um lugar de trabalho, enquanto se esforça por realizar sua formação especificamente clínica (terapia, supervisão, especialização). Realmente, é necessário entender essa aparência, esse aspecto manifesto, e abrir perspectivas de maior conscientização e engajamento com a prática que se propõe realizar.

A prática da psicologia, de uma maneira geral, depois da autorização e definição legal passa de um lugar subordinado e impreciso para um lugar autorizado e regulado. Novo lugar que

procuramos des-cobrir, em relação ao campo da psicologia clínica - lá encontramos a pretensão científica que revela, a produção e a reprodução de ideologia que provoca, e a demanda explícita de que exerça um tipo de normalização e controle sobre os indivíduos e sobre suas relações com os outros. Devemos levar em conta que a proposta de libertação (da palavra, do desejo) , crescimento (enquanto pessoa) e desenvolvimento (de possibilidades afetivas, cognitivas, cerceadas por impedimentos surgidos na história de vida), que aparece ligada ao trabalho do psicólogo clínico com seus clientes é tarefa extremamente árdua de ser levada à prática numa sociedade atrasada, de 3º Mundo, com tendências massificantes, regida por "selvagem" economia capitalista e Estado autoritário. Mas, a sociedade não é estática - o processo histórico inclui o confronto e a dinâmica das contradições, e permite a perspectiva de mudanças. Daí a necessidade de consciência e engajamento políticos do psicólogo clínico, para que dê um sentido social à sua prática, e evite, sob uma máscara pretensamente neutra, a colocação de sua prática a serviço exclusivamente dos objetivos da ideologia dominante.

Este trabalho teve o propósito de fundamentar tal engajamento político e buscar tal sentido para a prática da psicologia clínica. Por isso se inscreve no campo geral da história (social) da psicologia, representando contribuição parcial, lacunar, mas talvez útil. Pelo menos para apontar direções por onde prosseguir...

A P Ê N D I C E

1. Entrevista (transcrita, depois de gravada) com a psicóloga Elisa Dias Veloso (1980).

Nelisa - Gostaria de saber um pouco sobre a sua história de trabalho: COJ, IPA da PUC ...

Elisa - No IPA propriamente não trabalhei. Eu dei aula na PUC, de Psicologia Clínica de Criança, e a gente utilizava muito os casos do IPA como experiência, para discussão nas aulas - me baseei muito no material clínico para discutir com os alunos. Tinha muito contato com o IPA, mas não trabalhava lá dentro.

N - Isso foi em que época?

E - Foi de 60 a 68-69.

N - Daria para historiar a sua vida profissional, sua vinculação com o COJ, depois com o Conselho (CFP, CRP) ?

E - É tanto tempo, tanto tempo. São 30 e tantos anos - o COJ está fazendo 35 anos. A gente começou do beabã; agora, com um apoio técnico muito bom: Da. Helena Antipoff, que era psiquiatra, estava aqui como esposa de um médico que dirigia um serviço de saúde pública, e ela trabalhou como voluntária conosco dando supervisão de terapia - com a maior seriedade, sem receber um tostão; e tivemos uma assistente social, que veio dos EEUU, de uma família de psiquiatras, que tinha feito lá um treinamento em Serviço Social voltado para clínica de orientação, e veio trabalhar conosco - Regina Martins Ferreira; e, evidente, a gente tinha, dos 3 ângulos de o-

rientação da equipe, um apoio muito bom de gente muito séria. Éramos uma equipe muito pequena, não tínhamos nem servente, varriamos a casa - deu um amor muito grande ao serviço, clima que ficou e persiste até hoje lá dentro. Mas, quebrando a cabeça, sem saber nada, começando da estaca zero, nós todos, e estudando o mais que podíamos, fazíamos reuniões de estudo ...

N - Dessa época, permanece alguém no COJ ?

E - Atualmente, não. Está chefiando uma ex-estagiária, já de uma época posterior - Alzira, que veio do RGS. O serviço era federal, então dava prioridade inclusive a candidatos a estágio que vinham de outros estados. Veio gente da Bahia, do Amazonas, do RGS. Não havia a afluência que existe hoje para estágio porque não havia curso de Psicologia. Os cursos começaram bastante tempo depois. O COJ foi criado em 46, e os cursos regulares começaram por volta de 60 e foram oficializados depois de 62, que é a época que te interessa.

N - Pois é. E o Conselho ?

E - O trabalho no Conselho foi muito posterior. O ante-projeto de lei dos Conselhos, estudado no grupo em que trabalhei, foi por volta de 69. A lei só veio a sair em fins de 71, mas o ante-projeto foi estudado muito antes.

N - Quanto tempo de estudo ?

E - A comissão se reuniu durante alguns meses, mas a coisa fica mofando nos gabinetes, depois é mandada pro Congresso, depois o Congresso vai discutir. Isso tudo demorou bastante.

- N - A respeito do seu artigo (1977) - a sra. menciona como, nos EEUU, a 2a. Guerra impulsionou o desenvolvimento da psicologia clínica (testes, sobretudo). Fico curiosa para saber, na sua opinião, o que teria impulsionado um desenvolvimento maior dessa área ?
- E - Dentro do Departamento da Criança, a grande motivação oficialmente era que o Depto. tinha por objetivo atender a infância e a adolescência. Tinha um hospital infantil que existe até hoje - O Instituto Fernandes Figueira - e não tinha nada para o adolescente. A essa altura, o prof. Mira y López veio para o Brasil, deu um curso voltado para a área profissional, do trabalho, mas, como ele era psiquiatra, e parte clínica forçosamente entrava, e nós todos aprendemos muito com ele. Da. Helena Antipoff já tinha fundado a Sociedade Pestalozzi, também voltada para este ângulo, e estava também no Depto. da Criança.
- N - Sobre o desenvolvimento da psicologia clínica, o que a sra. acha que veio ocasioná-lo ?
- E - O instrumental de testes foi mais desenvolvido na 1a. Guerra, em alguns países; na 2a., houve, depois, muitos problemas de desajustamento, como na guerra do Vietnam também - toda aquela rapaziada que chegava desajustada tinha necessidade de um atendimento. Inclusive no meu artigo, eu falo da opinião de um psicólogo americano que diz que eles criaram uma profissão. Nós aqui também criamos, tiramos do nada - aprendemos trabalhando.

N - E havia alguma demanda mais explícita, na época, aqui?

E - Olha, nós tivemos no COJ, na época, na 1ª. leva de clientes, um grande nº de adolescentes judeus, de famílias que estavam chegando aqui, em consequência da guerra. E claro que todos eles num período de adaptação muito difícil. Evidentemente, o problema de desajustamento juvenil não tinha a gravidade que tem hoje. E o que é paradoxal, no entanto, é que os governos e os serviços tinham empenho num trabalho de prevenção. E eu vejo, hoje, em termos de instituição, a coisa só está piorando. Acho que, naquela época, havia mais um empenho em se criar um trabalho que funcionasse em termos de prevenção.

N - Isso tem a ver com uma mudança política de saúde do governo, implicando, por exemplo, numa mudança quanto à alocação de verbas para determinados setores?

E - Não, nós começamos sem verba - nenhuma. Nós éramos funcionários do Depto. da Criança, fomos a um depósito do Ministério procurar móveis descartados como inúteis, velhos, e, com isso, nos mobiliamos o COJ. Fatura de dinheiro, verba mesmo - prioritária - para essa área, nunca houve.

N - Tudo dependia de um grupo de pessoas que se sensibilizavam com o trabalho ?

E - Exato. E a direção do Depto. inclusive. Tínhamos um diretor de divisão, à qual pertencia o COJ - Dr. Flamarion Costa - que era um homem de posições extremamente modestas, mas um pioneiro com uma visão impressionante.

Inclusive, eu me lembro, quando fui para a Inglaterra em 52, tinha sido publicado o livro do Bowlby, falando da importância da relação mãe-filho no 1º ano de vida. Esse livro se tornou um best seller na época, se é que a gente pode falar de best seller de livro científico. Mas, era enfim a bíblia do momento. Essa idéia de manter a mãe junto do filho como prevenção de problemas emocionais, o Dr. Flamarion já defendia aqui há muitos anos. Ele, o prof. Olinto de Oliveira, que também era uma pessoa de grande visão, já tinham criado, através do Depto., clubes de mães pelo Brasil todo, procurando preparar as mães para pequenas atividades lucrativas domésticas, para que elas não tivessem que sair para trabalhar e não tivessem que se separar do filho. Quando eu vi o livro de Bowlby, pedi a ele mesmo que, se houvesse, me arranjasse uma tradução em francês - e mandei para ele o livro e mostrei a ele como as idéias dele tinham sido consagradas por uma pesquisa da OMS. Mas, era uma coisa que ele já se empenhava há muitos anos. Dr. Gustavo Lessa, dr. Olinto de Oliveira - figuras voltadas para a puericultura, mas com uma visão da vida emocional, do ajustamento familiar, realmente pioneira naquela época. Acho que foi essa gente que acabou e que está fazendo falta - tinham cargos de chefia, de responsabilidade, de prestígio, e davam força, embora sem dinheiro.

N - A psicologia clínica, aqui no Brasil, me parece que começa pela criança e pelo adolescente ...

E - Tem o trabalho de Durval Marcondes (da Sociedade de Psicanálise), em São Paulo - foi ele quem criou a primeira clínica de orientação do país, antes mesmo do COJ. Formou uma equipe de gente que tem muito desta - que até hoje: Regina Bicudo, Lígia Amaral. Eu acredito mais na psicologia da criança; acredito mais em tratamento de criança que de adulto, e talvez até por isso a psicologia clínica tenha começado por aí. A criança é mais plástica, mais maleável, tem toda essa visão da prevenção...

N - E algum psiquiatra se interessava também por esse trabalho com criança, no RJ?

E - O prof. Leme Lopes, por exemplo, trabalhou conosco no COJ.

N - Na sua opinião, qual seria a formação ideal para o psicólogo clínico?

E - Trabalhando... Sô se aprende trabalhando. Nesse sentido, estou com os médicos - nós temos muito que aprender com eles. Você sabe muito bem que o estudante de medicina reconhece que, enquanto ele não entra num hospital, ele não está aprendendo medicina. Com o psicólogo é a mesma coisa - enquanto não tem contato com gente, não está aprendendo psicologia. O livro é base, fica por trás da cabeça - você tem que aprender mesmo é no contato com pessoas: crianças, adolescentes, adultos. Outra coisa que ajuda muito a estruturar a experiência é você escrever trabalhos, o que é uma coisa que o estudante brasileiro não gosta. Se você traba -

lha, por exemplo, com uma criança em psicoterapia, se você fizer periodicamente uma síntese de tudo que viu, procurar relacionar aquilo com os seus conhecimentos teóricos, é uma aprendizagem riquíssima. Infelizmente, é uma coisa sabida que o estudante brasileiro não gosta de escrever: as entrevistas, os relatos, suas reflexões sobre o trabalho. Quando eu chefiava o COJ, pedia a cada estagiário que fizesse um relatório do seu estágio, com crítica e auto-crítica, e era difícilimo de conseguir. E, na faculdade, era a mesma dificuldade. Nós tínhamos, no COJ, uma preocupação muito grande de documentar todo o trabalho - eu me habituei a escrever todas as sessões dos pacientes que eu atendia, e, no momento em que você escreve, você se dá uma supervisão, faz uma auto-crítica, é obrigada a pensar antes mesmo de levar para o supervisor.

N - Olha, eu tenho aqui uma pergunta mais ligada à demanda - na sua opinião, quais seriam as pessoas, ou até mesmo as instituições, que procurariam com maior frequência o trabalho do psicólogo clínico?

E - Isso depende de muita coisa: das fontes de encaminhamento - o pediatra, por exemplo, na área de criança (porque eu nunca trabalhei com adulto); a escola (o lugar onde os problemas aparecem e mobilizam os pais, que comumente tendem a esperar que os problemas passem com o crescimento da criança). O fracasso de uma criança na escola já é um fracasso social - o grupo social da escola passa a funcionar como um super-ego dos pais e

os impulsiona a procurar uma ajuda.

N - Psicoterapia: modelo de cura e modelo de crescimento...
como é?

E - O modelo de cura está ultrapassado há muito tempo...

N - De 62 para cá, a gente ainda encontraria a presença desse modelo?

E - Eu tenho a impressão que, em termos psicanalíticos, a cura é uma idealização. Ninguém fica 100%. O que a gente procura é tornar a pessoa mais apta a solucionar os seus problemas por si mesma. Ao contrário de uma idéia que se faz de que sem se analisa fica dependente, ocorre o oposto: trata-se de tornar a pessoa não dependente para resolver o que der e vier.

N - O que ocorre é uma dependência que já existe e que é trazida para a análise.

E - É uma dependência de objetos arcaicos, internos, e o que a gente quer é acabar com ela. O modelo de crescimento, que é muito bem exposto pelo Frederick Allen, é evidentemente um modelo muito mais adequado para o trabalho do psicólogo - se estamos trabalhando para que a pessoa cresça, não estamos curando, e, portanto, competindo com o médico no sentido orgânico. É o que se pode propor - é a única proposta válida.

N - Embora, às vezes, as expectativas em relação ao nosso trabalho tendam a girar em torno da cura, por analogia ao próprio modelo médico, inclusive.

E - Sem dúvida nenhuma. Costumo dizer aos pais, que não po

demos assumir, em relação à terapia, o mesmo compromisso que assume, por exemplo, um cirurgião em relação a uma operação de apêndice - tirou o apêndice infectado, aquela área ficou curada. E, se fizer a terapia, vai ficar bom? Não sei; não posso dizer... Não podemos assumir esse compromisso; são muitos fatores interferindo, e daí ser tão complexo e difícil a pesquisa nesse campo.

N - Fiquei curiosa para saber, de 62 para cá, como tem sido a evolução da psicologia clínica: da pesquisa, do psicodiagnóstico, da terapia?

E - Acho que a evolução que ocorreu (não sei se foi positiva ou não) é que todo psicólogo chegou à conclusão de que tem que se tratar. Quando se estudou o projeto da lei 4119, o 1º relator foi o deputado Adauto Cardoso, por acaso muito meu amigo, e ele fez questão de ser relator - a mulher dele tinha sido psicóloga em solteira. Ele se empenhou, apresentou o projeto na Câmara, e introduziu uma obrigatoriedade de análise pessoal para todo psicólogo que quisesse fazer clínica. Eu discuti isso muito com ele, contra, porque ninguém faz análise por obrigação, por imposição de lei, e isso criaria uma discriminação de ordem econômica - um estudante de 18-20 anos não ganha o suficiente para pagar uma análise. Então, a opção pela psicologia clínica se restringiria a estudantes ricos, de família abastada, que podem pagar uma análise. Naquela época, haviam pouquíssimos analistas no RJ. Hoje em dia, a análise é um processo dispendioso, mas tem análise em grupo, análise

pelo instituto como caso de supervisão. Mas, ele (A. Cardoso) insistiu - "é a minha experiência como advogado que me diz que o psicólogo clínico precisa fazer análise, e você tem que arranjar uma forma de eu colocar isso para que seja análise mesmo, e nunca uma coisa fingindo análise". Eu disse a ele que a única forma de se colocar uma análise legítima é exigir que a analista pertença a uma sociedade filiada à Internacional (IPA). Quando saiu a coisa publicada nesses termos, foi um pânico no Brasil inteiro, a turma se assustou. Havia muito pouco psicólogo em análise naquela ocasião. Eu estava em análise, e já tinha capacidade de pagar minha análise, tinha um emprego, muitos anos de profissão, essa coisa toda. Mas, eu achava que, para o estudante, seria uma violência. Adauto teve, em seguida, que se afastar, para fazer uma campanha eleitoral, e um deputado de SP assumiu o projeto e acabou com essa exigência. Interessante é que, depois disso, pelo menos na prática, todos os psicólogos procuram algum tipo de tratamento. Aqui no RJ, predomina a terapia analítica, mas, fora daqui, não é assim. Em SP, Brasília, Ribeirão Preto, predomina sensivelmente uma outra forma de terapia, que é modificação de comportamento, que evidentemente não exige esse tipo de experiência de análise pessoal. Tenho colegas que trabalham nessa linha de forma muito séria, e acho que eles nunca se submetem a nenhuma terapia. É uma evolução que está ocorrendo no mundo inteiro, e o RJ. é, no momento, uma ilha psicanalítica. Na América, a psicanálise saiu de

moda há muito tempo. E exatamente o que está acontecendo em SP, Ribeirão Preto, Brasília, e até Belém, é uma influência norte-americana muito grande com uma preferência acentuada pelas terapias de modificação de comportamento.

N - Então, o RJ tem uma especificidade?

E - Tem. SP tem uma sociedade de psicanálise, sempre aceitou qualquer pessoa de nível universitário - nunca discriminou. No RJ, há todas as lutas para conseguir acesso a uma formação regular dentro das sociedades de psicanálise - e muito se deve, quanto à abertura para psicólogos, a psicólogos que fizeram medicina, entraram nas sociedades, e estão tendo lá um excelente desempenho.

N - E essa especificidade tem algo a ver com uma situação própria do RJ?

E - Não sei - isso é um estudo de psicologia social - pede ao Aroldo... Mas, sem dúvida, é uma especificidade. Deve ter alguma relação com os professores universitários e sua posição - o núcleo de formação está nas universidades. Eu me lembro que, em 65, fui a um Congresso de Psicologia em Chicago (APA), e só se discutia modificação de comportamento. E lá se usa muito também intervenção medicamentosa, e eu acho que é uma coisa que está começando aqui. Já era, caiu por terra, e está voltando de novo.

N - Nessa área, a psicologia clínica, que pessoas a sra. acha importantes para serem ouvidas nesse meu trabalho?

E - Julia Chermon (IPUB), primeira psicóloga nomeada como tal no serviço público federal. Eu, por exemplo, trabalhei no Ministério da Educação como psicóloga o tempo todo, e era técnica de educação, mesmo tendo entrado defendendo uma tese em psicologia. Julia entrou para a universidade (hoje UFRJ) já como psicóloga, no cargo de psicóloga. Vai lá no COJ, e conversa também com Alzira. Marianne Schreier trabalha em clínica particular há muitos anos, e trabalhou no Engenho de Dentro, hospital psiquiátrico - setor de crianças, e foi uma das primeiras pessoas a ter consultório particular em psicologia clínica aqui no RJ. Julia foi do COI, e sempre atendeu adultos e crianças.

N - E em relação ao CRP e o amadurecimento profissional do psicólogo?

E - Você passa a ser maduro, adulto quando não precisa de um super-ego de fora, precisa mais de pai e mãe pra tomar conta. Foi o que aconteceu com a profissão, com todas as dificuldades inerentes a tudo que começa. O trabalho dos Conselhos ninguém faz idéia do que seja - é muita responsabilidade, exige muita abnegação, não tem retribuição de espécie alguma. Eu trabalhei aqui, fui do Regional (CRP 05 - RJ). O 1º Conselho Federal (a diretoria) foi eleito pelas Associações de Psicologia do país, e designou os conselheiros regionais - eu fui dessa leva. Eu já havia participado do grupo de trabalho do ante-projeto da lei do Conselho. Depois, fui para o Federal - trabalhava num ritmo intensíssimo

em Brasília, e ainda trazia processos para dar parecer. É trabalho duro mesmo, e com toda idéia de uma coisa an tipática que fiscaliza. A geração atual de psicólogos não sabe o que é ser fiscalizado por outros profissionais; não sentiu na carne o que é entrar um médico no seu consultório e dizer que você não pode fazer aquilo. Fica, agora, aquela idéia - o Conselho fiscalizando, exigindo pagamento. Pagar para que? Para ser adulto, para ser um profissional de cabeça erguida. Para minha geração, é uma vantagem; a geração atual não sabe como foi - essa é uma das vantagens de você fazer esse estudo: saber o que a gente sofreu. Atualmente, você sai da faculdade, tem logo que pagar o Conselho, cuja manutenção é dispendiosa: CFP tem uma despesa enorme de passagens - se reúne em Brasília, com uma pessoa do RJ, uma de PE, uma da BA, uma de MG, uma do PR, uma de SP e uma do RGS (todo mês); essa despesa são de 1/3 da receita dos Conselhos Regionais, que é mandado, por lei, para o Federal. A revista "Psicologia e Legislação" do Conselho traz todos esses dados e muitos outros - o 1º nº saiu com as leis básicas, a 4119, e, depois, todas as resoluções do Conselho com força de lei vêm sendo publicadas (eplo menos 3 volumes já foram publicados).

N - Voltando à questão das primeiras instituições com serviço de psicologia clínica, haveria mais alguma, além do COJ, Engenho de Dentro, COI?

E - A PUC - e o IPA (atual SAP) foi dos mais antigos. No Engenho de Dentro havia apenas um consultório de psicolo-

gia, e não um serviço de psicologia independente como no COI, no COJ e no IPA.

2. ENTREVISTA (anotada e resumida) com a psicóloga

Marianne Schreier (1980)

N - Sua história profissional como psicóloga:

Formou-se em Genebra. Lá, foi aluna de J. Piaget e assistente de Claparède. Casou-se com um brasileiro, veio para o RJ, durante a 2a. guerra e trabalhou aqui inicialmente com André Rey, desenvolvendo testes de inteligência prática, dando curso para psicólogos, etc. Havia escrito uma tese sob orientação de Piaget, mas não fez sua defesa; seu doutorado foi feito no RJ. Comenta que, na época, havia um psicólogo brasileiro conhecido em Genebra e em várias outras cidades da Europa: era Lourenço Filho, cujas assistentes eram as psicólogas Elisa Veloso e Inez Besunchet - ele trabalhou inicialmente em SP, e, posteriormente, também no RJ (na Universidade do Brasil). Comenta ainda sobre a influência da cultura francesa na cultura brasileira, inclusive a influência teórico-científica na psicologia.

Seu primeiro emprego aqui foi no Museu da Quinta da Boa Vista, dando palestras e desenvolvendo material de testagem a ser empregado em pesquisas antropológicas com índios. Depois, foi contratada pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais (hoje: DIN SAM); dentro do qual já existiam a Colônia Penal Juliano Moreira, Hospital Pedro II e o Hospital do Engenho de Dentro, onde trabalhou durante 14 anos (hospital infantil). Mais tarde, fo-

ram criados o Ambulatório da Praia Vermelha e o Hospital Pinel. Trabalhou em consultório particular desde cedo, tendo sido um dos primeiros profissionais em psicologia a atuar na área clínica privada. Foi credenciada pelo Hospital dos Servidores para atendimento de casos. Participou (com Lourenço Filho, Mira y López, Elisa Veloso e outros) da luta pelo reconhecimento da profissão de psicólogo. Comenta sobre o "charlatanismo" em psicologia no período anterior à lei 4119 (1962) - "bastava ser desajustado para ser psicólogo" / "não precisava ser alfabetizado para ser psicólogo". Lembra que o Brasil é ainda um dos poucos países a ter profissão de psicólogo regulamentada. Cita o CEPA como tendo sido a primeira organização montada para vender livros e testes a psicólogos credenciados e com registro em seu fichário.

Sobre seu trabalho no Hospital de Neuro-psiquiatria infantil no Engenho de Dentro, que atendia crianças internas e em ambulatório, diz que sua função foi a de organizar o Gabinete de Psicologia, a partir de 1942. No início, havia forte rivalidade com um psiquiatra pela "posse" da psicologia, havia também a oposição de muitos médicos do hospital, especialmente quando foi nomeada chefe do Gabinete. Sua área de atuação era clínica, abrangendo as atividades de psicodiagnóstico, orientação de famílias e dos professores da escola do hospital.

Define-se, profissionalmente, assim: "sou psicóloga de crianças e adolescentes".

Em 1956, começou a trabalhar no Ambulatório da Praia Vermelha (que atendia adultos, adolescentes e crianças", fazendo psi

coterapia e orientação de pais. Já na década de 60, o Ambulatório foi transferido para o Hospital Pinel, e ela começou seu trabalho, no COIJ junto com a psicóloga Liette Franche (Centro de Orientação Infanto-Juvenil), dando supervisão em psicodiagnóstico e psicoterapia, atendendo grupos de mães, e dando aulas em cursos de especialização para médicos, psicólogos e assistentes sociais.

Deu aulas, junto com a psicóloga Noemi Silveira, também no curso de seleção de pessoal, dado pelo Exército, curso esse que durava 9 meses e que, mais tarde, obteve validação dos diplomas de psicólogo.

Trabalhou no MEC, no Instituto de Surdos, durante 10 anos, e em algumas escolas do Ministério da Saúde.

Filiou-se à Associação Brasileira de Psicologia Aplicada.

Atualmente, trabalha apenas particularmente com psicoterapia de crianças, orientação de mães e psicodiagnóstico.

N - 1962 é o ano da legislação que regulamenta a profissão de psicólogo, e, por isso, é o início de uma fase da psicologia clínica no RJ que analiso em meu trabalho. Há algum marco recente que encerre essa fase e instaure uma nova?

Podia ser, segundo M., a aceitação dos psicólogos nas sociedades de psicanálise (formação) aqui no RJ, a partir desse ano (1980). Nos primeiros anos, antes de 1962, a psicoterapia era vedada aos psicólogos.

N - O que impulsionou o desenvolvimento da psicologia clínica no Brasil? Qual foi a demanda inicial?

- "Nunca pensei no que impulsionou a psicologia clínica no Brasil". A aproximação com o que era desenvolvido na Europa e nos EEUU pode ter facilitado, segundo ela, a comunicação e a importação das teorias e práticas psicológicas, sem que houvesse uma demanda explícita. Cita algumas pessoas que iniciaram a psicologia no RJ: André Ombredanna (francês) manteve aqui seu salário da Sorbonne, certamente devido ao interesse em abrir mercado para venda de livros, dava aulas (durante a 2a. guerra); Helena Antipoff (russa, assistente de Claparède) esteve trabalhando aqui, mas mais em Belo Horizonte, e praticamente "produziu" Elisa Veloso; Mira y López (espanhol) trabalhou no ISOP.

N - A psicologia clínica no Brasil, e mais especificamente no RJ, começou realmente pelo trabalho com a criança, com o escolar? E o trabalho em hospital psiquiátrico?

- Nos primeiros anos, segundo M., o trabalho do psicólogo clínico era com crianças - cita, como exemplo, os trabalhos desenvolvidos no Instituto de Surdos, no Instituto de Educação e no Hospital do Engenho de Dentro; o trabalho de pesquisa realizado nos primeiros gabinetes de psicologia; o trabalho promovido por Ofélia Boisson na Prefeitura com crianças nas escolas primárias. Havia um maior interesse, então, dos educadores pela psicologia. Os adultos eram tratados, na época, com medicamentos, insulina e eletrochoque, por médicos psi

quiатras. Os primeiros psicanalistas a virem para cá foram alguns argentinos, e o casal Werner e Katrin Kemper.

N - Na sua opinião, qual a formação ideal do psicólogo clínico?

- Além do curso de psicologia, para aqueles psicólogos que vierem a trabalhar com crianças e adolescentes, seria recomendável, segundo M., um contato com a parte educacional, pedagógica, prática. Deveria haver, no ingresso para a faculdade, uma seleção entre ajustados e desajustados. Comenta que tem havido, nessa área, um exagero de supervisão.

N - Por quem o psicólogo clínico é mais procurado? Qual a sua maior clientela (pessoas e instituições)?

- Os clientes são encaminhados, segundo M., por pediatras, escolas, mães. Estas comentam que trazem os filhos depois de terem tentado o médico, a rezadeira, o centro.. Os problemas apresentados são: escolares (dificuldades nos estudos, distúrbios de conduta, fobia escolar); queixas dos pais em relação ao comportamento dos filhos (desajustamento na família, posição entre irmãos); necessidade de esclarecimento dos pais (em situações como desquite, adoção, etc.). Além dos clientes particulares, as instituições que se utilizavam do trabalho do psicólogo clínico, até 1979, eram, em geral, as instituições psiquiátricas, como o Hospital Pinel, para as atividades de psicodiagnóstico, psicoterapia, e orientação de pais, e instituições da rede oficial como o COJ.

N - Como você vê a evolução da psicologia clínica de 62 para cá?

- Segundo M., em 62, o psicólogo começava a poder exercer a atividade psicoterápica. Antes, não se falava muito em psicologia clínica, e sim em orientação. Com o seu desenvolvimento, foi havendo uma ligação progressiva com a psicanálise, e, paralelamente, o aparecimento de um número enorme de outros enfoques. Na área de ensino, cresceu o número de faculdades. O mercado de trabalho público e particular, embora tendo crescido, não vem conseguindo absorver um grande número dos recém-formados. O governo destina pouca verba para instituições de ensino e de atendimento psicológico, e esta é ainda mal distribuída por emperramentos burocráticos.

Obs:- M. recomendou entrevistas com Pe. Benko, Inez Besunchet, Ofélia Boisson, Liette Franche.

3. ENTREVISTA (anotada e resumida) com a psicóloga Maria Elibeth Leite Ribeiro (1981).

A situação do psicólogo clínico e seu trabalho nas instituições oficiais de saúde e previdência:

M.E. é supervisora de uma equipe de estagiários de psicologia que trabalha com pacientes da enfermaria de Pediatria, do Hospital da Lagoa. Ela montou, junto com Flavia Sotero, este serviço de psicologia no Hospital da Lagoa, e tem participado de encontros, discussões e estudos sobre o trabalho do psicólogo

nas instituições de saúde. É professora da PUC, e psicóloga clínica. Foi membro da diretoria da Associação Profissional dos Psicólogos do RJ (APPRJ).

Ela vem notando uma multiplicação dos trabalhos em psicologia, nessa área das instituições "oficiais" (pertencentes ao Ministério da Saúde, da Previdência e Assistência Social, ou ao governo do Estado do RJ), nos últimos 10 anos. Até 1972, havia alguma atuação profissional do psicólogo em hospitais psiquiátricos, em comunidades terapêuticas; e, a partir desse ano, quando foram extintas as CTs, houve uma maior ênfase no trabalho de prevenção. Dr. Portella (médico psiquiatra e psicanalista) tentou realizar um trabalho de prevenção primária em Vila Isabel, através da UERJ, quando assumiu a direção do hospital da universidade (Hospital Pedro Ernesto) - mas, não pôde dar continuidade a essa tentativa, pois não obteve convênio com o INPS para financiamento.

A abertura do campo de trabalho para psicólogos vem se dando, não só a nível "oficial", mas sobretudo a nível "oficioso" - de equipes que trabalham com seu consentimento e relativo apoio.

M.E. cita, inicialmente, alguns locais da rede do INAMPS no RJ, que possuem algum tipo de atendimento psicológico:

- 1) Maternidade Praça XV: trabalho com gestantes, desde 1974;
- 2) Hospital do IPASE (servidores): único trabalho oficial, na pediatria, e, a partir de 1981, também em outras enfermarias;
- 3) Hospital de Oncologia (Cruz Vermelha);
- 4) Maternidade de Marechal Hermes (IPASE): pesquisa em 1977 - 1978 sobre alojamento conjunto (mãe com bebê);

5) Casa do Hemofílico;

6) Hospital de Bonsucesso;

7) Hospital da Lagoa: desde 1974, uma equipe de PUC, a partir de um acordo com o Centro de Estudos, faz um trabalho nas enfermarias de pediatria e cardiologia.

Em 1978, foi feito um levantamento, no INAMPS, dos serviços não oficiais existentes. Em 1981, o INAMPS cria o cargo oficial de psicólogo e contrata alguns psicólogos (aproximadamente 30) para hospitais gerais e postos de atendimento médico, após concurso. Estes, anteriormente, exerciam a função de psicólogo, mas ocupavam outros cargos formalmente. Havia apenas o cargo de psicólogo no INPS, na Reabilitação.

Cita também os trabalhos realizados na Santa Casa de Misericórdia (instituição dirigida por uma irmandade religiosa e mantida por donativos): com gestantes, desde 1972, e pela equipe de psicossomática, posteriormente.

Cita alguns locais pertencentes à Secretaria de Saúde do Estado:

1) Hospital Jesus: trabalho na pediatria, realizado por 5 psicólogos oriundos, comp professores, da Secretaria de Educação, e por outros sem qualquer contrato de trabalho;

2) Hospital Rocha Maia: trabalho na pediatria e na emergência, realizado por psicólogos também transferidos da Secretaria de Educação;

3) Postos de Saúde: trabalhos vários - comunitário, clínico, com gestantes, etc., desde 1978.

Cita alguns locais pertencentes à DINSAM:

- 1) Hospital Pinel: trabalho ambulatorial (COIJ);
- 2) Hospital do Engenho de Dentro: trabalho em hospital psiquiátrico (em ambos - 1 e 2 - houve concursos para bolsas de estudos remuneradas para psicólogos-estagiários, entre 1975 e 1978);
- 3) Manicômio Judiciário (Colônia Penal Juliano Moreira): trabalho com pacientes e famílias.

M.E. comenta que houve uma criação de demanda do trabalho do psicólogo, através de trabalhos não oficiais - tática que deve se extinguir, em sua opinião. Acha que os psicólogos que atuam nessas instituições devem apresentar mais trabalhos escritos, divulgar sua prática, organizá-la, para poder, então, pressionar no sentido de obter contratações.

4. ENTREVISTA (anotada e resumida) com a psicóloga Helena Martins da Silva (1982):

Helena pertence à diretoria do Sindicato dos Psicólogos do RJ. Como vem, há anos, acompanhando as marchas e contra-marchas da criação do cargo de psicólogo no RJ (estado e município), pediu que me falasse a respeito. Segue o resumo:

Há 15 anos atrás, houve, na escola Guatemala, um plano piloto em experiência, coordenado pelas psicólogas Terezinha Lins e Maria Helena Novaes, que atraiu o interesse pelo trabalho do psicólogo na escola. Nessa época, havia muita ligação entre o trabalho de psicologia escolar e o trabalho de psicologia clínica. Houve também, desde há muito mais tempo, a presença marcante de psi

cólogos no Instituto de Educação, dando aulas de psicologia na escola normal, ou aplicando testes no jardim-de-infância. Com a criação dos cursos de psicologia no RJ, muitas professoras estudaram psicologia, se graduaram e se tornaram psicólogas - constituíam, para a rede oficial de ensino, uma mão-de-obra especializada e barata (eram contratadas e remuneradas como professoras, exercendo função de psicólogas). Esse grupo de professoras começou a aguardar a criação do cargo de psicólogo para serem reclassificadas. O trabalho com excepcionais despertou o interesse do Estado em criar um núcleo de atendimento : foi o Instituto de Educação do Excepcional, depois Instituto Helena Antipoff. Esse Instituto e o Instituto de Pesquisas Educacionais foram criados por grupos de influência na época, e incluíam o trabalho de psicólogos. Também os Centros Distritais de Orientação Psicológica incluíam o trabalho de psicólogos , com chefia de médicos - esses Centros se transformaram no ET/DOP (Equipe Técnica de Orientação Psicológica), com chefia de psicólogos; e esse Equipe transformou-se nos Centros Distritais de Orientação (CDO, com chefia de orientadores educacionais) , que atualmente se converteram na ETOE (Equipe Técnica de Orientação Educacional, com chefia de orientadores educacionais). Essas mudanças se deram em função de interesses, circunstâncias - mudanças inclusive da Secretaria de Saúde para a Secretaria de Educação, e vice-versa, e de departamentos dentro das Secretarias. Quando a chefia dos psicólogos era de médico, estes recebiam gratificação própria da função; quando não, continuavam sendo professores sem gratificação. Por muito tempo vinha se mantendo a situação ambígua: psicólogo-professor. O cargo foi criado em 1979, no Plano de Classificação de Cargos, mas não

foi criado o quadro, que é um número dentro de um planejamento. Logo depois, houve o movimento dos trabalhadores de saúde, a greve dos professores. Alguns psicólogos da Secretaria de Saúde que trabalhavam em educação foram enquadrados, mas num "quadro suplementar", embora com efetividade (não podiam ser mandados embora e perderam os direitos da C.L.T.). Em 1980 o quadro referente ao Plano de Classificação de Cargos correspondente ao psicólogo = 400 (para todo o município). Estavam 36 em função na Secretaria de Saúde, mas em quadro suplementar - eram, portanto, 400 vagas não preenchidas. O governador Chafas Freitas prometeu o enquadramento dos psicólogos já trabalhando no município até 83. Na Secretaria de Saúde, segundo Helena, o psicólogo é igual a qualquer outro profissional de nível superior, mas na Secretaria de Educação a situação é bem outra ... Menciona uma espécie de culpa que o psicólogo teria, decorrente de sua formação, sem levar em conta a sua prática como reformulação - é um eterno fazedor de curso, e até trabalha sem ganhar. Fala do Sindicato: foi organizado, em 81, um encontro sobre a prática do psicólogo, depois do qual foram marcadas reuniões que acabaram não acontecendo: existe uma Comissão de Formação, para examinar currículo, etc.; as preocupações primordiais têm sido com a carga horária e o salário mínimo profissional; a atuação, em 1980, contra o projeto Julianelli foi bastante bem sucedida - era APPRJ, e ainda não sindicato, responsável também pelo encaminhamento das providências necessárias à resolução da situação do psicólogo no município, no estado, no INAMPS, na DINSAM, no mercado de trabalho. Menciona o PREV-Saúde e os riscos de uma ampliação do atendimento como ele prevê, e os riscos também das propostas reformistas apresentadas pelo CEBES e pelo grupo da Escola Nacional de Saúde Pública.

B I B L I O G R A F I A

- ALBUQUERQUE, J.A. Guilhon. Metáforas da Desordem. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1978.
- ALTHUSSER, L. Posições-2 (Textos traduzidos). Rio de Janeiro, Graal, 1980.
- ANAIS do I Simpósio Nacional de Psicologia Clínica. O Psicoterapeuta, sua formação e seu papel na comunidade. Rio de Janeiro, CPS, 1979.
- APPRJ (Associação dos Profissionais de Psicologia do Rio de Janeiro). Memorial dos Psicólogos. Rio de Janeiro, 1980.
- ARAUJO, M.C.B., O.M.A.G.; Lima, R.R. B. Relatório de estudos referentes às atribuições e quantitativo para a área de Psicologia no INAMPS. Rio de Janeiro, 1979.
- ATIVIDADES do psicólogo, em: Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada. Rio de Janeiro, 26 (1): 99-124, jan/mar, 1974.
- BERTALANFFY, L. v. Théorie générale des systèmes. Paris, Dunod, 1973.
- BERTALANFFY, L. v. Robots, hombres y mentes: la Psicología en el mundo moderno. Madrid, Guadarrama, 1971
- BIRMAN, J. A Psiquiatria como discurso da moralidade. Rio de Janeiro, Graal, 1976.
- Enfermidade e Loucura. Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1980.
- BLAYA, M. O paciente psiquiátrico e o poder público, em Pu-

- blicações do XI Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental. São Paulo, dezembro 1973.
- BRAGA, R.S. Aceito a missão. Discurso pronunciado na Convenção Regional do PMDB, Rio de Janeiro, 23/11/1980.
 - CASTEL, R. L'ordre psychiatrique. Paris, Les Editions de Minuit, 1976.
 - CASTEL, R. O Psicanalismo. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
(traduzido do original em francês, Paris, F. Maspero Ed., 1973).
 - CEBES. Documento: apresentado no 1º Simpósio Nacional de Saúde da Câmara Federal. Distrito Federal, outubro 1979.
 - CHAUI, M. Cultura e Democracia. São Paulo, ed. Moderna, 1980.
 - CHAUI, M. O que é ideologia 6a. ed. São Paulo, ed. Brasiliense, 1981.
 - CHRONIQUE. Genève, Organization Mondiale de la Santé, n. 6, Vol. 29, Juin 1975.
 - CIPO. A profissão do psicólogo na Guanabara, em: Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada. Rio de Janeiro, 26 (4): 3:29, out/dez 1974.
 - CONSELHO Federal de Psicologia. Psicologia-Legislação. Distrito Federal, CFP, Série A, nº 1, 1976.
 - CONSELHO Federal de Psicologia, Psicologia-Legislação. Distrito Federal, CFP, Série A, nº 2, 1977.
 - CONSELHO Regional de Psicologia. Legislação Básica. Rio de Janeiro, CRP/05, 1976.

- COSTA, J.F. História da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Documentário, 1976.
- COSTA, J.F. Ordem Médica e Norma Familiar. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- DIÁRIO Oficial de 18/07/75: Lei nº 6229.
- DONZELOT, J. A Polícia das Famílias. Rio de Janeiro, Graal, 1980 (traduzido do original em francês, Paris, Les Editions de Minuit, 1977).
- ERIKSON, E. Identidad, juventud y crisis. Buenos Aires, Paidós, 1971 (traduzido do original em inglês, Nova York, W.W. Norton & Company, 1968).
- FAIVICHENCO, S. O laudo psicológico no trabalho do psicólogo clínico. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, PUC/RJ, 1977.
- FIGUEIRA, S.A. Individualismo e Psicanálise. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, PUC/RJ, 1978.
- FIGUEIRA, S.A. (coord.). Sociedade e doença mental. Rio de Janeiro, ed. Campus, 1978.
- FIGUEIREDO, V. Desenvolvimento Brasileiro - industrialização, classes sociais e Estado. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.
- FOUCAULT, M. Arqueologia do Saber. Petrópolis, Vozes, 1972 (traduzido do original em francês, Paris, Gallimard, 1969).
- FOUCAULT, M. Folie et déraison - Historique da la folie à l'âge classique. Paris, Plon, 1974.

- FOUCAULT, M. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1977a (traduzido do original em francês, Paris, PUF, 1963).
- FOUCAULT, M. Vigiar e Punir. Petrópolis, Vozes, 1977b (traduzido do original em francês, Paris, Gallimard, 1975).
- FOUCAULT, M. Microfísica do Poder (organização, introdução e revisão técnica de R. Machado). Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- FOUCAULT, M. História da Sexualidade, 3a. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1980 (traduzido do original em francês, Paris, Gallimard).
- FREIRE, P. Ação Cultural para a liberdade - 3a.ed. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1979.
- FURTADO; C. (coord.). Brasil: Tempos Modernos, 2a. ed. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1977.
- GRINBERG, L.; Grinberg, R. Identidad y cambio. Buenos Aires, Paidós, 1976.
- GRUPO de Trabajo sobre la Administración de Servicios Psiquiátricos y de Salud Mental, Publicación Científica nº 210, Organización Panamericana de la Salud (OMS), Viña del Mar, Chile, 14-19 de abril de 1969.
- GUEDES, W.G.: Torres, R.C. Algumas considerações sobre as tendências da psicologia atual, em: Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada. Rio de Janeiro, 28 (3) : 177-181, jul/set 1976.
- GUIMARÃES, N.A. Representação Social do Trabalho do Psicólogo em pessoas de classe baixa. Trabalho apresentado co

mo requisito de pesquisa no Mestrado de Psicologia ,
PUC/RJ, 1980.

- GUIMARÃES, R. (organização). Saúde e Medicina no Brasil - contribuições para um debate. Rio de Janeiro, Graal , 1978.
- HALL, C.S.; Lindzey, G. Teorias da Personalidade. São Paulo, ed. Herder, 1966 (traduzido do original em inglês, Nova York, Wiley & Sons).
- HALL, S.; Lumley, B.; McLennan, G. Política e Ideologia, em: Da Ideologia, org. Centre for Contemporary Cultural Studies, Univ. Brimingham. Rio de Janeiro, ^{Zahar} 1980 (traduzido do original em inglês, Londres, Hutchinson & Co, 1978).

O interior da Ciência: Ideologia e a "Sociologia do Conhecimento", em: Da Ideologia. Rio de Janeiro, Zahar, 1980.
- HEATHER, N. Perspectivas radicais em psicologia. Rio de Janeiro, 1977 (traduzido do original em inglês, Londres, Methuen & Co, 1976).
- HEIDBREDER, E. Psicologia do Século XX. São Paulo, Mestre Jou, 1969 (traduzido do original em inglês, Nova York, Century Co, 1933).
- HOLLINGSHEAD, A.E.; Redlich, F.C. Social class and mental illness. New York, John Wiley & Sons, 1964.
- IANNINI, P.P. Ética Profissional do Psicólogo. Rio de Janeiro, Ed. Grados, 1978.

- ISOP. Monografias profissionais de nível superior - Psicologia. Rio de Janeiro, FGV, 1977.
- JAPIASSU, H. Introdução à epistemologia da Psicologia. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
- Nascimento e morte das ciências humanas. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1978.
- A Psicologia dos Psicólogos. Rio de Janeiro, Zahar, 1979.
- KLINEBERG, O. Psicologia Moderna. Rio de Janeiro, Agir, 1953.
- KORCHIN, S.J. Modern Clinical Psychology - principles of intervention in the clinic and community. New York, Basic Books, 1976.
- LAFER, C. O Sistema Político Brasileiro, 2a. ed. São Paulo, Perspectiva, 1978.
- LAMBERT, J. Os dois Brasis. São Paulo, Cia. ed. Nacional, 1971.
- LAPASSADE, G. et d'autres. Le psycho-sociologue dans la cité. Paris Fond. Rayamont, 1967.
- Grupos, organizações e instituições. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977 (traduzido do original em francês, Paris, Gaugher-Villars, 1974).
- LOURENÇO Fº, A Psicologia no Brasil, em: Visão Histórica de Lourenço Fº sobre a Psicologia no Brasil, em: Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada. Rio de Janeiro, 23 (3): 113-142, jul/set 1971: e 23 (3): 143/

151, jul/set 1971.

- MACHADO, R.: Lourenço, A.; Luz, R.; Muricy, K. Danação da Norma. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- MACIEL, C.L. Imagem do psicólogo entre profissionais liberais, em: Caderno de Psicologia - Revista do Centro Rogeriano de Psicologia Clínica. Recife, nº 1, vol.1, out 74, 7-20.
- MACKAY, D. Psicologia clínica: teoria e terapia. Rio de Janeiro, Zahar, 1977 (traduzido do original em inglês, Londres, Methuen & Co, 1975)
- MAMEDE Neves, M.A.C. O Psicólogo no Brasil - um estudo. Dissertação de Mestrado, Departamento de Educação, PUC/RJ, 1971.
- MARTINS, L.A. A Geração AI-5 (um ensaio sobre autoritarismo e alienação), em: Ensaio de Opinião. Rio de Janeiro, 1979.
- MASCARENHAS, E. O Boom da Psicanálise e a Consciência Nacional, em: Jornal do Brasil. Rio de Janeiro, 12/02/78.
- MCLENNAN, G.; Molina, V.; Peters, R. A teoria de Althusser sobre Ideologia, em: Da Ideologia. Rio de Janeiro, Zahar, 1980.
- MELLO, S.L. Psicologia e profissão em São Paulo. São Paulo, Ática, 1975.
- MOLINA, V. Notas sobre Marx e o Problema da Individualidade, em: Da Ideologia. Rio de Janeiro, Zahar, 1980.

- MOSCOVICI, S. A Representação Social da Psicanálise. Rio de Janeiro, Zahar, 1978 (traduzido do original em francês, Paris, 1961).
- MUELLER, F.L. História da Psicologia ed. São Paulo, Cia. Ed. Nacional, 1978 (traduzido do original em francês, Paris, Payot, 1976).
- OLIVEIRA, R. PMDB - O partido necessário (folheto)
- PLANO Nacional de Saúde Mental. Divulgação do CEBES. Rio de Janeiro, 12/07/77, distribuído na mesa redonda sobre Política de Saúde Mental.
- QUERIDO, A. Saúde Mental nos Planos de Saúde Pública. Publicação nº 5, Coordenadoria de Saúde Mental, Secretaria de Saúde do Estado, São Paulo, 1973 (artigo extraído e traduzido das Publicaciones Científicas nº 81 - OPAS/OMS).
- RICHARD, M. A Psicologia e seus domínios, vol. I e II. Lisboa, Moraes ed., 1977 (traduzido do original em francês, Paris, Chronique Sociale de France).
- RODRIGUES, Aracky M. Operário, operária - estudo exploratório sobre o operariado da Grande São Paulo. São Paulo, Símbolo, 1978.
- ROSAS, P.S. Dilema da Psicologia Contemporânea, em: Psicologia-Ciência e Profissão. Distrito Federal, nº 0, dez. 1979.
- SAÚDE em debate. A Questão Democrática na Área de Saúde, em: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. São Paulo, Oboré ed., nº 9, Jan/Fev/Mar 1980.

- SZASZ, T. A fabricação da loucura. Rio de Janeiro, Zahar, 1976 (traduzido do original em inglês. Londres, Routledge & Kegan Paul, 1971).
- O mito da doença mental. Rio de Janeiro, Zahar, 1979 (traduzido do original em inglês, Nova York, Harper & Row, 1974).
- SinMed. Alguns aspectos sobre as condições de saúde no Município do Rio de Janeiro. Proposta elaborada pelo Departamento Científico do Dindicado dos Médicos do RJ.
- SOARES, A.R. A Psicologia no Brasil, em: Psicologia-Ciência e Profissão. Distrito Federal, nº 0, Dez. 1979.
- TREIGER, H.; Oliveira, C.V. Assistência Psiquiátrica na Previdência Social. M.P.A.S., Secretaria de Serviços Médicos do Rio de Janeiro, 1975.
- VELOSO, E.D. Psicologia clínica no Brasil na atualidade, em: Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada, Rio de Janeiro, 29 (3): 3-17, jul/set 1977.
- WERTHEIMER, M. Pequena História da Psicologia. São Paulo, Cia. Ed. Nacional, 1972 (traduzido do original, em inglês, Nova York, Holt Rinechart and Winston Inc., 1970).
- WITTCHEN, H.V.; Fichter, M.M. Clinical Psychology & Psychotherapy, in: American Psychologist, Journal of the A.P.A., Vol. 35, no. 1, 14-25, Jan. 1980.
- WOLMAN, B. Handbook of Clinical Psychology. New York, McGraw-Hill, 1965.

Disertação apresentada ao Departamento de Psicologia da
PUC/RJ, fazendo parte da Banca Examinadora os seguintes
professores:

Esther Frankel

Esther Frankel
Orientadora
PUC/RJ - Deptº de Psicologia

Circe Navarro Rivas

Circe Navarro Rivas
PUC/RJ - Deptº de Psicologia

Esther Camargo

Esther Camargo
PUC/RJ - Deptº de Psicologia

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 7 de maio de 1982

Vera Maria F. Candau

Vera Maria Ferrão Candau
Coordenadora dos Programas de
Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas.