

PUC

MARCOS ANDRÉ DIAS

MAL-ESTAR NO AMBULATÓRIO PÚBLICO: UM ESTUDO
SOBRE A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NUM PROGRAMA
ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL DO RIO DE JANEIRO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

1994

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

RUA MARQUÊS DE SÃO VICENTE, 225 – CEP 22453

RIO DE JANEIRO – BRASIL

MARCOS ANDRÉ DIAS

MAL-ESTAR NO AMBULATORIO PÚBLICO: UM ESTUDO
SOBRE A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NUM PROGRAMA
ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL DO RIO DE JANEIRO.

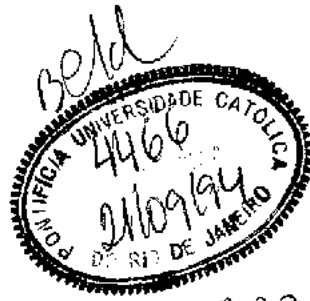
Dissertação apresentada ao Depar-
tamento de Psicologia da FUC/RJ
como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre em
Psicologia Clínica.

Orientadora: Lúcia Rabello de
Castro

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro, 11 de março, 1994

Ue-58484-6



84929

150
D 542 am
TESE UC

Para:

meus pais, avós, amigos e

às memórias de meu avô e prima.

AGRADECIMENTOS

- A Lúcia Rabello de Castro pela extrema disponibilidade, dedicação, compreensão e cuidado com que nos orientou na elaboração deste trabalho.

- A Anna Carolina Lo Bianco pela valiosa orientação inicial e pela disponibilidade demonstrada mesmo posteriormente.

- Aos amigos que colaboraram com apoio, sugestões e críticas, especialmente Lelia, Sandra e Ana Alice por suas indispensáveis colaborações no processo final de revisão e impressão.

- Aos entrevistados pela solicitude que concordaram em nos receber e pela coragem com que se abriram às nossas questões.

- Ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ pela confiança demonstrada ao possibilitar a elaboração deste trabalho.

- A CAPES e FAPERJ pelo apoio que viabilizou esta pesquisa.

RESUMO

A presente dissertação procurou examinar a natureza da inserção do psicólogo no serviço público investigando sua articulação com a atuação clínica deste profissional.

Para tanto realizou-se um estudo com profissionais do Programa de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro que em 1986 implantou em centros e postos de saúde da rede estadual equipes multi-disciplinares compostas por profissionais de psiquiatria, psicologia e serviço social para atendimento ambulatorial em saúde mental.

Foram feitas entrevistas semi-estruturadas com dez psicólogos deste programa visando compreender: os motivos de seu ingresso no Estado; as dificuldades enfrentadas por estes quanto a prática clínica; os recursos utilizados para enfrentá-las, com destaque para a utilização da produção universitária brasileira sobre o tema; os sentimentos em relação ao trabalho no serviço público e suas ressonâncias sobre a prática clínica.

Verificou-se que esta ressonância contribuiu para uma redução da qualidade da prática clínica o que no entanto ocorreu de forma mais ou menos extensa conforme: o interesse do profissional pela atividade clínica anterior a sua inserção no serviço público; a representação deste sobre a importância de seu trabalho para a população alvo; e a natureza do relacionamento profissional e afetivo estabelecido com os outros membros da equipe que além de importante per si, intensificou os fatores anteriores.

Discutiu-se ainda brevemente os aspectos éticos envolvidos no tema e apresentou-se algumas sugestões para a otimização do atendimento ambulatorial em saúde mental.

ABSTRACT

The present dissertation aimed at analysing the nature of the insertion of the clinical psychologist in the civil service in articulation with his/her clinical practice.

Therefore, a study was conducted with psychologists of the Mental Health Program of the Estate Secretary of Rio de Janeiro which in 1986 created multi-disciplinary professional groups, including psychiatrists, psychologists and social workers, for out-patients clinical service in estate health centers.

A number of ten semi-structured interviews were carried out with psychologists of this program in order to ascertain the following points: the difficulties in their clinical practice; the resources they employed to counterface the difficulties, specially the employment of Brazilian academic production over the theme; the feelings in relation to their work and how these feelings were said to reverberate on their clinical practice.

It was verified that indeed negative feelings were thought to reduce the quality of the clinical practice, the extension their reduction varying in accordance with: the recognized interest for clinical practice before the ingression in the civil service; the clinical psychologist's representation of the importance of his/her work for the target population; the nature of the professional and affective relationship established with the other professionals. The latter was also seen to intensify the other aspects.

Finally, a brief discussion of the ethical aspects involved was included, and some suggestions were presented to improve the mental health practice in psychology.

SUMARIO

1 - INTRODUÇÃO	01
2 - ALGUNS ASPECTOS HISTORICOS DA FORMAÇÃO ACADEMI- MICA NO RIO DE JANEIRO	07
3 - METODOLOGIA	16
4 - O "CORPO DE DISCURSOS" EM TORNO DA QUESTÃO DA DA ATENÇÃO PSICOTERAPICA INSTITUCIONAL AS CAMA- DAS POPULARES - I	20
5 - O "CORPO DE DISCURSOS" EM TORNO DA QUESTÃO DA DA ATENÇÃO PSICOTERAPICA INSTITUCIONAL AS CAMA- DAS POPULARES - II	39
6 - APRESENTAÇÃO E ANALISE DOS DADOS	58
6.1 - IDEAIS DOS TEMPOS DE GRADUAÇÃO E MOTIVOS DE INGRESSO NO SERVIÇO PUBLICO	58
6.2 - PRIMEIROS CONTACTOS COM O SERVIÇO PUBLICO: DIFICULDADES E FACILIDADES PARA A PRÁTICA CLÍNICA	77
6.3 - REAÇÕES AS DIFICULDADES	106
6.4 - SENTIMENTOS EM RELAÇÃO AO TRABALHO NO SERVIÇO PUBLICO E SEUS REFLEXOS NA PRA- TICA CLÍNICA	130
7 - COMENTARIOS FINAIS E CONCLUSÃO	155
BIBLIOGRAFIA	164

1 - INTRODUÇÃO

As questões concernentes ao atendimento psicoterápico em instituições públicas começaram a ser objeto de nossa preocupação já na época de estágio no curso de graduação em psicologia. Percebíamos então uma discrepância entre certos aspectos da prática clínica implícitos no que era ensinado em sala de aula, e as reais condições de atendimento dos serviços de psicologia aplicada que, entre outros fatores, traduziam-se em:

- . Limitação do tempo de atendimento que, fossem quais fossem as características individuais de cada paciente, não podiam ultrapassar o tempo de permanência do aluno no estágio;

- . Condições próprias das salas de atendimento que quase sempre obrigavam a um enquadramento face-a-face, independentemente da dinâmica particular de cada paciente e do referencial teórico do estagiário;

- . Diferenças sócio-econômicas e culturais entre a clientela dos casos clínicos estudados em sala de aula e aquela que seria efetivamente atendida durante o estágio.

Essas preocupações no entanto, embora fossem levadas a supervisores e professores freqüentemente recebiam respostas evasivas e furtivas sendo consideradas quase como um "mal necessário", ou melhor, um "mal inerente" à formação em psicologia clínica.

Posteriormente, estas questões continuariam a nos acompanhar, quando do início de nosso exercício profissional no serviço público estadual, através do Programa de Saúde Mental

(doravante denominado P.S.M.), órgão da Secretaria de Estado de Saúde (doravante denominada S.E.S.H.).

Este programa implantou a partir de janeiro de 1987 equipes multidisciplinares (psicólogo, psiquiatra e assistente social) para atendimento ambulatorial em saúde mental em vinte e dois postos de saúde, e depois de dois anos de atividade instituiu em convênio com o Instituto de Medicina Social da U.E.R.J. um curso para seus profissionais intitulado "Psicoterapia em Instituições Públicas".

Este curso, ministrado pelos professores Jurandir Freire Costa e Benilton B. Júnior configurou-se como a primeira real oportunidade dos profissionais do P.S.M. discutirem sua prática clínica. A participação neste fórum de debates foi para nós bastante reveladora. Os depoimentos de vários entre os psicólogos presentes deixaram entrever em maior ou menor grau um certo estado de perplexidade e descontentamento diante de suas práticas. Em alguns casos este estado chegava a traduzir-se na confissão explícita de um "não saber o que fazer" (ou não fazer) diante de certas situações surgidas no dia-a-dia da clínica.

Este quadro no entanto não pareceu sofrer significativas mudanças após as dez aulas que compunham o curso. Isto talvez porque os profissionais em questão alimentassem em relação ao mesmo perspectivas mais ambiciosas que a dos professores.

Neste ponto de nosso percurso, em função de tudo o que havíamos vivido e observado, novas interrogações vieram a se juntar àquelas que trazíamos dos tempos de graduação.

A que estaria relacionado aquilo que poderíamos chamar de um "mal-estar" dos psicólogos nos postos de saúde?

Quais as raízes daquele estado de desorientação e descontentamento? Ele poderia estar se refletindo na prática clínica destes profissionais? De que forma?

O emaranhado de questões que nos envolvia começou no entanto a ganhar maior clareza a partir de nosso contacto com o artigo de Anna C. Lo Bianco intitulado "Psicologismo e Importação de Teoria: A Formação do Profissional de Psicologia", publicado na revista "Cadernos do NUPSO" editado pela Colônia Juliano Moreira.

Neste texto (Lo Bianco, 1988) são lançadas algumas idéias sobre as relações entre a formação profissional do psicólogo e a expansão dos serviços públicos de psicologia que poderiam ser resumidas nos seguintes tópicos:

. A expansão de uma "visão de mundo psicologizada" e o "boom" das faculdades de psicologia (fenômenos entrelaçados ocorridos em fins dos anos 60 e início dos 70) teria forçado uma abertura de mercado de trabalho via criação de serviço de psicologia "voltados para a comunidade", já que o mercado de atendimentos particulares mostrava-se cada vez mais limitado.

. No entanto, em termos de estrutura curricular, preparo prático-clínico e do "ethos" que envolve a formação dos psicólogos, os cursos de psicologia estariam voltados para a prática clínica privada, objetivo da maior parte de seus estudantes.

. Desta forma, caberia perguntar: Não estariam ingressando no serviço público em saúde mental, psicólogos

recém-formados que não tiveram outra opção de exercício profissional? E os que porventura houvessem realmente escolhido este campo, teriam recebido formação compatível?

As hipóteses lançadas por Lo Bianco pareciam, no caso dos profissionais do P.S.M., bastante cabíveis. Se de forma mais flagrante a inadequação acadêmica poderia dificultar a prática clínica de vários profissionais, um outro fato ocorrido anteriormente parecia também indicar a procedência daquelas suposições: As vésperas do encerramento do prazo de inscrição para o concurso público que admitiu os psicólogos do P.S.M., o Conselho Regional de Psicologia foi obrigado a redobrar os seus esforços na emissão de carteiras de habilitação dado o grande número de psicólogos (recém-formados ou não) que até então não exerciam a profissão e que se viram na contingência de se registrar "às pressas", diante daquela oportunidade de ingresso no mercado de trabalho.

Por outro lado, a existência de um mercado de trabalho que não deveria ter sido alvo apenas do interesse de psicólogos recém-formados, ou que não exerciam a profissão. A visão corrente de serviço público como um emprego vitalício, cuja carga horária reduzida permite outras atividades, sem dúvida poderia ter atraído a atenção de psicólogos que já atuavam no mercado privado mas que desejavam a segurança de uma remuneração fixa ainda que modesta.

O quadro até aqui descrito já nos permitiria uma primeira direção de investigação quanto as raízes do que chamamos "mal-estar" no ambulatório público e seus possíveis efeitos na prática clínica, porém avancemos um pouco mais...

Alguns trabalhos vinham sendo produzidos em torno da questão dos atendimentos psicológicos a populações de baixa renda, desde a década de setenta. Alguns destes trabalhos (como por exemplo, os integrantes do curso mencionado) sendo mais difundidos nos meios acadêmicos e profissionais do Rio de Janeiro, e possuindo a característica de se referenciar e contra-referenciar uns aos outros, formavam o que viríamos a chamar de um "corpo de discursos"¹ sobre o tema. Cabia então a partir deste fato perguntar:

Em que medida este "corpo de discursos" estava ou não sendo do interesse dos psicólogos que, como os integrantes do P.S.M., efetivamente exerciam práticas psicoterápicas em ambulatórios públicos?

Em caso positivo de que forma o contacto com o mesmo incidia ou não sobre a prática clínica destes profissionais?

Tínhamos então, até aquele momento, duas principais direções de questionamento: uma procurando melhor compreender as raízes daquele mal-estar e sua possível incidência sobre a prática clínica e outra, como visto acima, relacionada ao interesse ou não dos profissionais do P.S.M. em relação ao chamado "corpo de discursos" e à forma como este incidiria ou não sobre esta mesma prática.

No entanto antes que nos dirigissemos ao campo, uma terceira via de abordagem se oferecia, a partir do até então visto, para melhor delimitar a direção de investigação de que já dispúnhamos. Referimo-nos a uma breve pesquisa bibliográfica

1. Os textos que formam este "corpo de discursos", bem como os critérios que os escolheram, afora os já citados serão apresentados nos capítulos 4 e 5 desta dissertação.

sobre aspectos históricos da formação acadêmica em psicologia no Rio de Janeiro, que será enfocada no capítulo a seguir.

2 - ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS DA FORMAÇÃO ACADÊMICA EM PSICOLOGIA NO RIO DE JANEIRO.

O final dos anos sessenta e o início dos setenta configura o panorama em que se verifica um significativo crescimento da procura por atendimentos psicológicos. Langenbach et al (1985b) relacionam tal fenômeno à expansão industrial e da classe média que em meio ao regime militar de então "...buscava na esfera do íntimo, do privado, formas de solução para conflitos diversos advindos do isolamento da família e da ruptura com valores tradicionais" (Langenbach et al, 1985b, p.9). A autora apóia suas afirmações em Nicolaci-da-Costa (1985) e Figueira (1985) o qual nos diz:

"É da modernização acelerada da família e da sociedade brasileira que surge uma demanda de mapa, de mapeamento¹ que vem sendo suprida pelo psicologismo. Ao mesmo tempo, e um tanto paradoxalmente, à medida que o psicologismo se generaliza enquanto linguagem, cultura, ideologia, contribui a seu modo para a própria modernização, que é a responsável em última instância, pelas condições de sua emergência histórica" (Figueira, 1985, p. 145).

É em meio a este 'terreno propício' que o mesmo autor (1988) observa que a psicanálise:

"...começa a se difundir maciçamente por várias vias e estabelece o que poderíamos chamar de cultura psicanalítica. Esse termo [...] serve para descrever o que acontece com a psicanálise quando ela atinge um tal grau de popularidade que passa a funcionar como uma 'visão

1. Os conceitos de mapeamento e desmapeamento e suas relações com a demanda de psicologias são enunciados em Figueira (1978) e aprofundados em Figueira (1981) entre outros.

de mundo'". (Figueira, 1988, p. 9)

Outro importante fato deste contexto é o chamado "boom das faculdades de psicologia". Como descreve Figueiredo (1988):

"A partir de 1968 com a reforma universitária e o incentivo a privatização do ensino, surgem novas escolas de ensino superior e os cursos de psicologia proliferam - hoje somam o total de dez cursos no Estado do Rio formando anualmente cerca de mil psicólogos." (Figueiredo, 1988, p. 128)

Katz (1984) relacionando tal fenômeno com o "boom das universidades", aponta para a utilização dos saberes psicológicos como substitutos da politização cerceada no regime militar.¹ é o que chama de "modo político de produzir a despolitização".

No clima do milagre econômico, como observa Salem (1986), esta proliferação de cursos universitários servia também para legitimar a ascensão da classe média através da diplomação de seus filhos. De acordo com Lo Bianco (1988), as faculdades de psicologia prestavam-se não só a tal finalidade, como também a de, no seu caso específico, receber estudantes que atendendo de outra forma a "demanda de psicologias" buscavam no curso "melhor se conhecer" e "aliviar seus conflitos".

Diante do descrito acima, não surpreende que o

1. Para um aprofundamento da questão específica sobre "demanda de psicologias" e regime militar no Brasil, ver entre outros: Martins(1979), Figueira (1981) e Costa(1984).

mercado dos atendimentos psicológicos privados, mesmo que inicialmente expandido, acabasse por apresentar cada vez maior dificuldade de absorver, ainda que parcialmente, as levas de profissionais recém-formados que se renovavam ano-a-ano. Assim, se no início dos anos 70 acontece uma diversificação das modalidades de atendimento (terapias grupais, de família, de casal, intervenções psicoprofiláticas e outras) na busca de atrair uma maior clientela, (ao lado das primeiras tentativas de ocupação dos espaços institucional e comunitário) o fim da década e início da seguinte aprofundam estas mudanças. A crise econômica, o crescimento da inflação e o empobrecimento da classe média faz com que esta passe a trocar o consultório particular por instituições que ofereçam formas mais acessíveis de atendimento (Langenbach et al, 1985b) como clínicas particulares (Negreiros, 1986) por exemplo. Enquanto isso intensificam-se os atendimentos voltados para as chamadas classes populares, o que é registrado por alguns trabalhos que falam da crescente presença do psicólogo em locais como postos de saúde (Godoy, 1985), hospitais da rede pública (Telles, 1982; Langenbach et al, 1985a), instituições penais (Negreiros, 1985) e associações de bairros e favelas (Landin et al, 1979), entre outros.

Lo Bianco (1988) assinala, por outro lado, que indubitavelmente, esses "atendimentos de cunho social" vão também ao "...encontro de reformulações dos hospitais psiquiátricos, dos movimentos antipsiquiátricos e antimanicomiais como os que ocorrem durante essa época na Inglaterra, na Itália e na França principalmente". (Lo Bianco,

1988, p. 25).

Evidentemente o surgimento das práticas psicoterápicas ambulatoriais em saúde mental insere-se dentro do processo que até aqui buscou-se em linhas gerais descrever. É nesse sentido que Lo Bianco (1988) estabelecendo linhas de continuidade entre os fatores acima mencionados lança a questão:

"Não estariam os profissionais recém-formados, se tornando trabalhadores no campo da saúde mental quase sempre por mero acaso e/ou por falta de opção (e, neste caso leia-se, por falta de opção de entrar no mercado de atendimento psicológico privado)? E, ainda, caso estivesse "decidindo optar pelo trabalho neste campo, estariam recebendo formação compatível com as ações a serem desenvolvidas?" (Lo Bianco, 1988, p. 25)

A plausibilidade de tal questionamento revela-se com mais clareza ao examinarmos alguns dados sobre a formação profissional do psicólogo. Langenbach et al (1985b) discorre sobre o tema em questão, onde mostra como no Rio de Janeiro a formação, a identidade e as expectativas profissionais do psicólogo sempre estiveram estritamente ligadas à psicanálise:

"O curso de psicologia da FUC/RIO, criado em 1953, foi o primeiro da graduação do país (embora ainda não oficial) e incluí, desde o seu início, a psicanálise, atendendo de certo modo, à própria demanda dos alunos". (Langenbach et al, 1985b, p. 5).

Figueiredo (1988) explicita sua visão desta relação:

"Aqui convém esclarecer que não entendo as relações entre psicanálise e psicologia clínica apenas como

superposições circunstanciais de territórios afins, mas antes, como um imbricado de relações onde a primeira é suporte da segunda em suas origens e desdobramentos." (Figueiredo, 1988, p. 125)

Voltando à Langenbach et al (1985b), se já em 1953 havia uma demanda dos futuros psicólogos pela psicanálise, nos anos seguintes a 1962, quando a profissão é regulamentada e o exercício da psicoterapia passa a ser garantido por lei, são os psicanalistas, cada vez mais presentes no espaço universitário que são tomados como modelo profissional (Langenbach et al, 1985). Assim, "...a identidade dos psicólogos clínicos vai-se produzindo através de uma identificação sempre carente daquilo que lhes faltaria para serem psicanalistas". (Katz, 1984, p.293)

Com o advento dos anos setenta, o prestígio da psicanálise nos meios acadêmicos e profissionais do Rio de Janeiro vai se consolidando ainda mais, e como nos diz Figueiredo:

"...a clínica é definitivamente eleita como a especialidade psicológica por excelência. O modelo de atendimento privado predomina, [...] A inspiração é eminentemente psicanalítica, em especial a psicanálise infantil da escola inglesa - Melanie Klein, Hanna Segal, Winnicott, Anna Freud". (Figueiredo, 1988, p. 128, 129)

Os anos 80 por sua vez trazem a possibilidade aos psicólogos de ingressarem nas sociedades ligadas à International Psycho-Analytical Association além de marcarem o início do movimento lacaniano que crescerá espantosamente até os dias atuais. Entende-se assim que 66,8% dos psicólogos

clínicos em exercício no Rio de Janeiro entre 86 e 87 apontem a psicanálise como seu referencial teórico (Bastos et al, 1989), e compreende-se também o fato das faculdades de psicologia manterem a formação oferecida eminentemente voltada para a "prestigiosa atividade clínica privada com pacientes da classe média". (Lo Bianco, 1988, p. 25).

Se os alunos recém-formados conseguirem exercer a "prestigiosa atividade" é outra questão, o papel que os cursos de graduação parecem vir assumindo de longa data é o de tentar prepará-los para tanto. Nesse sentido - abordando agora um outro aspecto bastante significativo - as faculdades de psicologia em termos de produção teórica e estrutura curricular parecem vir mantendo a atitude dos psicanalistas brasileiros referida por Costa (1984), mediante o seguinte raciocínio:

"Ora, se todos são iguais perante o Édipo, tanto faz pensar a psicanálise por conta própria quanto comprá-la pronta no mercado de idéias. Como comprar é sempre mais fácil que fabricar (quando se tem dinheiro), os profissionais brasileiros, com uma boa dose de pragmatismo responsável, preferiram importar a mercadoria européia de qualidade comprovadamente científica." (Costa, 1984, p. 125)

Nicolaci-da-Costa (1981) também observa que:

"Produzimos pouco e importamos muito. Em Pedagogia e Psicologia, por exemplo, as teorias que informam os trabalhos de pesquisa e/ou de aplicação são em geral oriundas de contextos bastante distantes e distintos do nosso." (Nicolaci-da-Costa, 1981, p. 196)

Como se vê não é só no campo da psicanálise que a teoria fabricada no exterior é consumida em detrimento de uma

produção nacional. Em termos das teorias que compõem as "cadeiras clínicas" dos cursos de psicologia, mesmo quando não psicanalíticas (o que aliás é pouco freqüente), facilmente se verifica o mesmo recurso à produção teórica estrangeira.

Cabe registrar, como mostra Lo Bianco (1989), que o problema maior não é a importação da teoria, mas sim o "universalismo ingênuo" que a sustenta e acompanha. Não se trata, por outro lado de advogar a impropriedade de pressupostos como por exemplo o da "universalidade das estruturas elementares do psiquismo" (Costa, 1984, p.124), trata-se sim de criticar a "apressada" conclusão de que tal universalidade, ainda que admitida, seja argumento suficiente para afirmar a aplicabilidade generalizada, rígida e irrestrita de certos procedimentos clínicos a todo e qualquer grupo sócio-cultural.

Por outro lado, isto não significa dizer que membros das populações carentes estejam por sua pobreza irremediavelmente alijados de serem escutados psicanaliticamente, restando-lhes apenas alternativas medicamentosas, pedagógicas, controles externos, etc... Textos como os de Vilhena et al (1988) já apontaram a impropriedade e a possível ideologia de dominação subjacente a tais crenças.

O que apenas pretendemos afirmar, isto sim, pode ser expresso nos termos de Costa (1984) quando diz: "... é impossível dissociar a psicanálise dos contextos sociais onde ela se exerce, alegando que a estrutura, sistema ou cadeia de

elementos mínimos que compõem o psiquismo são universais".¹
(Costa, 1984, p. 126)

Feitas tais considerações, retomemos a questão da prática clínica privada enquanto atividade prestigiada pelos estudantes de psicologia. Sob este aspecto é curioso notar que já em 1975, Lezer de Mello, referindo-se ao exercício e formação do psicólogo em São Paulo, dizia: "... o psicólogo é acima de tudo, um profissional liberal, assim o dizem a legislação, seu curso universitário, seus professores. Esse o conteúdo essencial das suas aspirações e, posteriormente, das suas realizações". (Mello, 1975, p. 77)

Criticando tal direcionamento dos cursos de psicologia para a clínica privada, o autor comenta que estes estariam "... formando profissionais não apenas desajustados às formas mais modernas de aplicação da psicologia, mas sobretudo, decepcionados pelas reais condições de exercício profissional que irão encontrar". (Mello, 1975, p. 77)

Quando articulamos as palavras de Mello com o que até então examinamos, as fronteiras entre São Paulo e Rio, entre anos 70 e anos 80 parecem se diluir, e temos a impressão de que os psicólogos do P.S.M. em seu estado de perplexidade e descontentamento, a que nos referimos na Introdução, são os descritos pelo autor como "decepcionados pelas reais condições de exercício profissional".

Se, no entanto, é possível falar de decepção, cabe dizer que esta se faz em relação a perspectivas que se não

1. O tema da contextualização da psicanálise é abordado também nos capítulos referentes ao "corpo de discursos" sobre atendimentos psicológicos às populações de baixa renda.

foram unicamente geradas na universidade, foram certamente mantidas e alimentadas por esta. E isso não apenas através da ilusão da aplicabilidade universal dos referenciais teórico-clínicos importados (o que já comentamos), mas também, como observa Lo Bianco (1988), através de um "ethos" que prestigia a clínica privada individual, e de estágios clínicos (nos Serviços de Psicologia Aplicada) onde as especificidades do enquadre institucional e da clientela não são problematizados, sendo vistas apenas como limitações passageiras, não pertinentes ao exercício clínico privado, para o qual o treinamento idealmente se destina.

Articulando as direções de investigação que havíamos estabelecido (citadas na Introdução) com o quadro acima traçado tivemos oportunidade de determinar mais claramente as estratégias que iriam pautar nossa ida ao campo. Tais estratégias acham-se descritas no capítulo referente à Metodologia, subsequente a este.

3 - METODOLOGIA

Com base no exposto nos dois capítulos anteriores decidimos empreender uma pesquisa qualitativa visando melhor compreender o mal-estar que havíamos percebido em vários dos elementos do P.S.M. em relação a sua inserção no serviço público. Começamos por empreender um mapeamento inicial do quadro de psicólogos lotados nos centro e postos de saúde do P.S.M. o que totalizava 31 profissionais.

Este mapeamento teve por objetivo levantar, com base nos dados teóricos de que dispúnhamos até então, determinadas informações que poderiam nos auxiliar a escolher, entre o grupo total de profissionais, aqueles que comporiam o conjunto de sujeitos que pretendíamos entrevistar. Optamos por escolher os sujeitos e não sorteá-los aleatoriamente porque a exemplo do que foi feito por Bertram et al (1981) imaginamos selecionar, com base nas informações levantadas, sujeitos que localizados em posições extremas de maior e menor mal-estar, pudessem revelar com maior nitidez e riqueza de detalhes, a complexidade e os contrastes dos casos estudados (Bromley, 1986).

Assim sendo realizamos tal mapeamento através de contactos telefônicos estabelecidos com o grupo total de psicólogos, onde estes foram interrogados sobre:

. O Tempo de graduados quando realizaram o concurso que possibilitou o ingresso no Estado.

. A formação profissional que possuíam até então.

. A situação funcional no Estado (se ainda permaneciam em atividade, se estavam licenciados, exonerados,

ou transferidos da unidade inicial de lotação).

De posse dos resultados verificamos inicialmente que grande parte dos 31 profissionais compunha-se de psicólogos recém-formados, (aproximadamente 70% deles contavam apenas três anos completos de formados quando realizaram o concurso), na medida em que este dado mostrava-se significativo quanto as questões com as quais fomos ao campo, consideramo-no também ao formarmos o conjunto de sujeitos a serem entrevistados, já que seu enfoque poderia nos ajudar na compreensão de nosso objeto.

As entrevistas realizadas foram do tipo semi-estruturado, realizadas em data e local escolhido pelo entrevistado, registradas através da utilização de gravador, e posteriormente transcritas.

O roteiro que serviu de base para as entrevistas foi estabelecido em definitivo a partir de três entrevistas piloto efetuadas com profissionais de um programa municipal de saúde mental que também realizavam atendimento ambulatorial. As perguntas que o compõem foram, na situação de entrevista, realizadas ou não conforme o sujeito mencionasse espontaneamente o conteúdo por estas suscitado.

Por fim, o material discursivo obtido a partir da transcrição das entrevistas foi categorizado e analisado utilizando-se para tanto da técnica da análise do discurso nos termos de Nicolaci-da-Costa (1988).

Segue-se um modelo do roteiro utilizado nas entrevistas:

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS.

1 - Na época da graduação quais eram os seus ideais de realização profissional?

2 - O que levou você a ingressar no serviço público?

3 - Antes do surgimento do concurso você já havia pensado em trabalhar no serviço público?

4 - Que fatores você acha que dificultam e/ou facilitam a sua prática clínica no contexto em que ela se dá?

5 - Você levou casos atendidos no serviço público para supervisão clínica particular? Por quê?

6 - Falando agora sobre os trabalhos teóricos que têm sido escritos sobre práticas psicoterápicas em instituições públicas. Você já travou contacto com estes trabalhos? Quais e de que maneira?

7 - Caso tenha travado este contacto, isto foi útil em relação a sua prática clínica? De que forma?

8 - Você fez o curso realizado no IMS da UERJ sobre o tema? A participação neste curso foi útil em relação a sua prática clínica? De que forma?

9 - Como você se sente profissional e pessoalmente em trabalhar no serviço público?

10 - Você acha que esses sentimentos em relação ao serviço público podem de alguma forma interferir na sua prática clínica?

11 - Você acredita que isso já possa ter acontecido no seu caso ou no de algum colega seu? De que forma?

12 - Há algo que não tenha falado e que gostaria de acrescentar?

4 - O "CORPO DE DISCURSOS" EM TORNO DA QUESTÃO DA ATENÇÃO PSICOTERAPICA INSTITUCIONAL AS CAMADAS POPULARES - I

Ao iniciarmos a apresentação do conjunto de textos que resolvemos denominar pela expressão "corpo de discursos" cabe apontar os critérios que o delimitaram. Já mencionamos anteriormente os que se referiam a duas características destes trabalhos:

. Sua maior difusão nos meios acadêmicos e profissionais do Rio de Janeiro.

. O fato de fazerem referências e contra-referências uns aos outros.

Importa também ressaltar que contamos ainda com outros critérios que excluíram de tal conjunto aqueles trabalhos que:

. Referem-se a temáticas e situações de cunho muito específico e restrito ainda que relacionados à questão em pauta.

. Constituem-se em artigos que resumem idéias e argumentações já desenvolvidas mais extensamente em livros, teses e publicações de circulação mais ampla.

No que tange à apresentação de tal conjunto de textos, convém informar que optamos por dividi-la em duas partes que deram origem ao presente capítulo e ao seguinte, visando expor neste último - em separado e de forma um pouco mais detida - os textos de Jurandir Freire Costa e Benilton Bezerra Júnior, uma vez que estes foram extensamente utilizados por seus próprios autores no curso: "Práticas Psicoterápicas

Ambulatoriais", referido na Introdução deste trabalho e freqüentado pelos profissionais do P.S.M..

Quanto ao presente capítulo, ao imaginarmos como poderíamos apresentar os textos que o compõem alguns modos de sistematização nos ocorreram. Poderíamos apresentá-los sob a forma de resenhas individuais ordenadas cronologicamente pela data de publicação, poderíamos também agrupá-las por autor e em ordem alfabética. Optamos, no entanto, por uma forma de apresentação que, a exemplo do que fez Borges (1987), destacasse as questões principais presentes em determinados grupos de textos e que foram mais pertinentes num determinado momento da evolução deste "corpo de discursos".

Cabe sublinhar que na maior parte das vezes a questão principal destacada e a qual se referem um determinado grupo de textos acha-se também presente em textos de outros grupos, não sendo comentada nestes por sua posição acessória nos mesmos. Isto porque nossa maior preocupação foi oferecer ao leitor uma percepção global das questões e argumentos que configuraram os momentos principais da evolução deste "corpo de discursos" e não resenhar exaustivamente cada trabalho.

Urge também destacar que a exemplo do que é feito nos próprios trabalhos em pauta, termos como classes trabalhadoras, populações carentes, população de baixa renda, camadas mais carentes da população e outros afins, foram usados indistintamente, em sentido análogo, desvinculados dos eventuais referenciais teóricos onde tenham importância conceitual específica.

Feitos estes esclarecimentos iniciais, passemos então

à apresentação das questões e textos abordados neste primeiro capítulo:

RELATIVIZAÇÃO DO SOFRIMENTO FÍSICO.

Pode parecer paradoxal que a primeira das questões destacadas como organizadora de textos refira-se à relativização do sofrimento físico. Entretanto, podemos dizer que é pela via de tal relativização, inspirada pelos trabalhos de Boltanski (1969; 1971), que surgem as primeiras preocupações com o tema das influências da diversidade cultural entre profissional e paciente nos atendimentos médicos e paramédicos às camadas populares/classes trabalhadoras. Um exemplo disto é o trabalho de Figueira (1975), que embora ocupando-se principalmente com a temática das diferentes representações sociais da doença orgânica, lança algumas questões sobre o atendimento público em saúde mental.

A idéia básica de tal texto, traduzir-se-ia pela proposição de que o sofrimento físico, enquanto integrante de um conjunto das possíveis percepções de sensações orgânicas não poderia ser visto como simples fenômeno da ordem da natureza. Sua percepção estaria imbricada numa teia estruturada de modalidades de decodificação, categorização e expressão de tais sensações. Modalidades estas moduladas culturalmente e passíveis portanto de variação de um grupo social para outro.

No âmbito desta variabilidade cultural a linguagem surgiria como importante elemento condicionador. Isto dar-se-ia de duas maneiras: Primeiro em função do fato de que para

tentar traduzir suas sensações orgânicas e o próprio sofrimento que o acomete, o sujeito dependeria de uma determinada habilitação lingüística que lhe permitisse um vocabulário apropriado para a consecução de tal objetivo. Em segundo lugar, devido à circunstância de que seria a linguagem que iria possibilitar aos sujeitos o acesso a todo um código próprio de conduta corporal que os orientaria em atos que vão do vestir-se ao alimentar-se, em concepções sobre o que é considerado saudável ou considerado vício, etc. Esse código de conduta corporal constituir-se-ia como uma "cultura somática" (Boltanski, 1979) normatizando os sujeitos nas suas relações com seus próprios corpos.

A questão da relativização do sofrimento físico resulta ainda em algumas considerações presentes no texto de Figueira (1975) e Boltanski (1979) sobre os percalços surgidos entre paciente e profissional de saúde devido ao fato de pertencerem a camadas sociais diversas e portarem diferentes "culturas somáticas". Estas considerações podem ser resumidas nos tópicos que se seguem:

. Devido ao pressuposto implícito na visão corrente dos profissionais de saúde de que o sofrer de alguma doença deveria universalmente resultar na busca de tratamento médico (ou paramédico), os sujeitos que adoecendo não o procurem em tempo hábil ou busquem formas outras de tratamento, são enquadrados como "resistentes" ou "ignorantes" por estes profissionais (Figueira, 1975);

. A situação de exames médicos e de consultas pode ser percebida de maneiras diversas de acordo com a inserção

cultural dos indivíduos já que tal percepção é também norteadada pela "cultura somática" (Boltanski, 1979). Portanto, se alguns sujeitos vêem o exame médico enquanto uma situação voltada para o tratamento de seu mal-estar, outros podem vivê-la com significativa estranheza, o que pode inclusive dificultar o retorno ao médico. Ou seja, a apreensão do sentido de diferentes situações que envolvem o corpo depende de como ela pode ser referida ao conjunto de atitudes ditadas pela "cultura somática" no que estas se relacionam à saúde, ao embelezamento, ao adestramento, ao prazer do corpo, etc. (Figueira, 1975)

No que tange especificamente aos psicólogos, o texto de Figueira (1975) tece algumas considerações (transpostas a partir do que é dito sobre a relativização do sofrimento físico) que merecem ser transcritas:

"... se o doente (cuja relação com o corpo é marcada pela pouca reflexividade) fala pouco das emoções e sentimentos associados ao seu estado, os psicólogos, partindo do seu ideal de verbalização, consideram-no um paciente 'que não está bem', com isso esquecendo que certos grupos sociais não são afeitos, ou mesmo são infensos, à introspecção, não dispendo nem de vocabulário nem da motivação para realizá-la." (Figueira, 1975, p.114)

Vista assim a questão central referente ao momento inicial de constituição do "corpo de discursos" passemos a questão central de um momento posterior

COMPETÊNCIA LINGUÍSTICA NECESSARIA A SITUAÇÃO PSICOTERAPICA.

Apesar de nos textos apontados anteriormente já

existirem referências a linguagem enquanto elemento condicionador da diversidade cultural entre diferentes camadas da população, é no texto examinado presentemente (Bernstein, 1980)¹ que o papel da linguagem será perscrutado especificamente na situação do atendimento psicoterápico às classes trabalhadoras.

Este papel é caracterizado primeiramente através de referência a determinados expedientes lingüísticos que seriam necessários ao paciente na relação terapêutica, tais expedientes poderiam ser resumidos sob a forma de tópicos que serão apresentados a seguir:

. Capacidade de participação numa relação de comunicação centrada no "Eu" do paciente que seria desta maneira avaliado e revisto;

. Capacidade para inserir-se numa relação comunicacional onde não haveria uma direção explícita de comunicação e onde a autoridade apresentar-se-ia de forma ambígua;

. Habilidade para despojar-se das regras que ditam os comportamentos nas interações sociais fora do setting terapêutico, em favor das regras internas ao mesmo (regras de comunicação, interação, etc.);

. Crença de que a "cura" é possível a partir de uma relação fundamentada na verbalização de experiências individuais.

Tais habilidades lingüísticas, necessárias à situação

1. Texto publicado originalmente no British Journal of Sociology, 15(II), 1964.

terapêutica, não seriam igualmente possuídas pelos sujeitos das diferentes camadas sociais. Sua aquisição e uso estariam condicionados pelo tipo de código linguístico - se elaborado ou restrito (Bernstein, 1962; 1980)¹ - utilizado por estes sujeitos.

As características de tais códigos podem ser descritas pela transcrição do seguinte trecho do trabalho de Nicolaci-da-Costa (1981)²

"O código elaborado se caracteriza por ser: adequado a um referente específico; facilitador da construção e do intercâmbio de símbolos 'individualizados'; produtor de um nível mais alto de organização estrutural e léxica; possuidor das capacidades de transmissão de significados explícitos, e de elaboração mais fácil de experiências individuais através de transmissão de regras e princípios; finalmente, por ter um conteúdo que é potencialmente mais abstrato e analítico. O código restrito, em contrapartida, é definido pela ênfase dada à imediaticidade da relação, por redução de planejamento verbal, pela transmissão de regras e não de princípios, pelo uso de expressões faciais como principais indicadores de mudanças de significado, por sua tendência à impessoalidade, pela falta de adequação a um referente específico, por seu conteúdo tender a ser concreto, descritivo e narrativo." (Nicolaci-da-Costa, 1981, p.191) (grifos nossos)

Outro fator condicionante das habilidades necessárias à participação na situação terapêutica estaria diretamente ligado ao "...meio de expressão da autoridade, especialmente o tipo de interação verbal que as relações de autoridade criam" (Bernstein, 1980, p.238). Tais relações de autoridade são as

1. O texto de 1962 é o que apresenta pela primeira vez os conceitos de códigos elaborado e restrito usados na elaboração do texto de 1980.

2. Texto comentado no item posterior.

que têm lugar dentro da família.

Esta autoridade seria exercida através basicamente de ordens, ameaças ou apelos, podendo ser estes últimos de dois tipos: "orientados para o status" ou " orientados para a pessoa".

Os "apelos orientados para o status" são impessoais, referindo-se a posições relativas no interior do quadro familiar e raramente levando em conta as características individuais dos membros destes. Sua eficácia depende do poder que determinado grupo social confere à posição ocupada pelo regulador (pai, mãe, avós, etc.) dentro da família.

Os "apelos orientados para a pessoa" caracterizam-se por maior ambigüidade. A conduta infantil é referida mais aos sentimentos do regulador que a sua posição. O controle é exercido ou via manipulação verbal dos sentimentos ou via estabelecimento das relações que ligam a criança a seus atos. Enquanto os apelos ao status preocupam-se somente com as conseqüências do comportamento, os orientados para a pessoa preocupam-se com disposições internas tais como a motivação e interação.

Por último, Bernstein (1980) associa o uso do código restrito a uma socialização onde os apelos são "orientados para o status" e estes às classes trabalhadoras, relacionando por sua vez o uso do código elaborado à socialização onde os apelos são "orientados para a pessoa" e estes as camadas médias e altas. Desta forma fica sugerido que as classes trabalhadoras (por utilizarem o código restrito e terem sua socialização em famílias "orientadas para o status") não possuiriam as

habilidades necessárias para participação na situação terapêutica, o que acarretaria dificuldades ou impossibilidades no atendimento psicoterápico às mesmas.

RELATIVIZAÇÃO DA NOÇÃO DE COMPETÊNCIA LINGÜÍSTICA E CRÍTICA AO ETNOCENTRISMO.

Os textos agrupados neste tópico, representativos de um terceiro momento da evolução deste "corpo de discursos", apresentam a característica comum de criticar a utilização dos hábitos lingüísticos e culturais próprios das classes médias e altas, como parâmetros universais de referência e avaliação, em estudos e programas de atendimento voltados para as classes desfavorecidas.

Um dos alvos deste tipo de objeção é a idéia de uma performance lingüística inferior por parte das classes trabalhadoras. Esta idéia, cuja presença é facilmente detectável no próprio conceito de "código restrito" - central para as formulações do trabalho analisado no tópico anterior - será criticado por duas principais vias nos textos que por ora nos ocupam.

A primeira e mais contundente crítica pode ser depreendida do trabalho de Labov (1969) sobre o uso do inglês não padrão por sujeitos da comunidade negra do Harlem. Embora Labov não tenha escrito seu trabalho especificamente para criticar os conceitos de Bernstein, os resultados obtidos contrapõem-se frontalmente as idéias daquele.

Uma preocupação central de Labov é a assimetria das

situações de entrevista que ele julga responsável pelas respostas monossilábicas obtidas em pesquisas que as utilizam. É relatado em seu texto um caso em que tal assimetria persiste, mesmo quando o entrevistador é um negro adulto do Harlem diante de um menino da mesma comunidade. Tal assimetria, que no caso surge do confronto um-a-um entre adulto e criança, é no entanto, quebrada quando a entrevista é refeita na presença do melhor amigo do entrevistado. Neste novo setting as respostas monossilábicas desaparecem e "...temos dois meninos que têm tanto a dizer que não param de interromper um ao outro, que parecem não ter dificuldade alguma no uso da língua inglesa para se expressarem". (Labov, 1969, p.33)

A pesquisa efetuada por Labov permitiu uma série de questionamentos sobre a validade de outras pesquisas que, partindo de situações assimétricas de entrevista, apresentam resultados sempre interpretados de forma etnocêntrica.

Exemplos de tais questionamentos são encontráveis no artigo de Nicolaci-da-Costa (1981) sobre programas educacionais desenvolvidos com base em conclusões que partiram de pesquisas deste tipo.

Neste texto a metodologia dos estudos de Bernstein (1962) - que deram origem aos conceitos de códigos lingüísticos (elaborado e restrito) - é explicitada e criticamente comparada com a utilizada por Labov (1969).

Além disso é mostrado como a idéia de "privação lingüística" (Bernstein, 1960) inspiradora do conceito de códigos lingüísticos, é apropriada nos E.U.A., no bojo da noção de "privação cultural" (Hurt, 1964; Deutsh, 1964) e como a

partir de tal apropriação difunde-se a idéia das classes trabalhadoras como carentes e privadas das possibilidades de desenvolvimento de um certo tipo de habilidades culturais e intelectuais das classes médias (vistas no mínimo como desejavelmente universais).

Após tais considerações a autora pronuncia-se sobre a necessidade de que estudos e programas envolvendo as camadas economicamente desfavoráveis partam de:

"Um enfoque que procure desvendar a lógica de seu comportamento a coerência de seu pensamento, os seus modos de lidar com suas situações concretas de vida, associando este estudo às representações que estas classes têm delas próprias. Vale dizer, uma perspectiva que propicie uma visão de dentro das classes populares." (Nicolaci-da-Costa, 1981, p.204)

No que tange agora especificamente a programas de atendimento psicológico, o mesmo tipo de postura etnocêntrica aludida nos textos anteriores, é criticada num artigo de Lo Bianco (1981). Neste, a autora tecendo comentários sobre um programa de atendimento psicológico à gestantes numa maternidade pública, recorre ao estudo de distintas concepções de família e infância nos termos de Aries (1962), Azevedo (1963) e Boltanski (1969) e conclui que na situação de atendimento analisada, somente os valores culturais dos profissionais eram levados em conta.

Nas palavras de Lo Bianco:

"Adota-se, primeiramente, um ponto de partida etnocêntrico. Este ponto de partida impede a crítica de seus pressupostos e, em consequência, gera interpretações

que desconhecem a realidade a que se endereçam. O etnocentrismo caracteriza-se pela utilização de um *parti-pris* que, tomando apenas uma concepção de família e infância, dentre várias possíveis, orienta grande parte das interpretações empregadas nas etapas subseqüentes do trabalho. [...]

Ao se passar do exercício da interpretação, possibilitada pelos pressupostos teóricos, à interação com os pacientes, surge um *impasse*: as interpretações mostram-se ineficazes e diferentes problemas emergem durante a interação. [...]

Neste ponto utiliza-se um segundo recurso: [...] As mesmas interpretações são agora ampliadas para que possam dar conta dos 'problemas dos pacientes' que não respondem satisfatoriamente aos programas organizados para atendê-los, quer seja por 'deficiências de inteligência' ou por algum outro 'problema psicológico'. As falhas não são localizadas nos programas, nem em seus pressupostos ou em seus sistemas interpretativos, mas nos pacientes." (Lo Bianco, 1981, p.180-181)

Configurado assim o terceiro momento da evolução do "corpo de discursos" vejamos no próximo tópico um momento imediatamente posterior deste processo.

CRITÉRIOS DE CLIENTELIZAÇÃO E A QUESTÃO DO INDIVIDUALISMO.

Este quarto momento evolutivo configura-se como o mais profícuo em termos desta primeira parte do "corpo de discursos", constituinte do presente capítulo. Tentando sintetizar as idéias que vinham sendo produzidas sobre o tema em pauta autores como Figueira (1978a) e Ropa et al (1985) apresentam alguns critérios, além das habilidades lingüísticas citadas nos itens anteriores, para caracterizar a permeabilidade ou não de determinados sujeitos às práticas psicoterápicas. Tais critérios poderiam ser chamados de

critérios de clientelização.

Dentre tais critérios poderíamos primeiramente destacar aqueles ligados às categorias de "reflexividade", "esprit d'examen" e "problematização" conforme elaborados nos trabalhos de Boltanski (1969; 1979) e Bordieau (1974).

A "reflexividade" pode ser definida como a capacidade do sujeito de perceber e discriminar suas sensações corporais traduzindo-as para uma linguagem comunicável (Boltanski, 1969; 1979). As operações circunscritas em tal categoria estariam por sua vez condicionadas culturalmente, conforme apontado no primeiro tópico quando nos referimos ao argumento da relativização do sofrimento físico e ao conceito de "cultura somática". Isto significa que indivíduos com inserções sociais diferentes apresentariam diferentes graus de "reflexividade" que podem às vezes ser incongruentes com o que é demandado pela situação psicoterápica.

O "esprit d'examen" (Boltanski, 1977) é uma categoria a qual se associa a idéias de "reflexividade", e que estaria referida ao hábito, socialmente transmitido, de considerar que tudo é passível de ser colocado sob exame, de ser pensado. Esse hábito, por sua vez, aproxima-se bastante da "problematização" (Bordieau, 1974) que é definida como a disposição para identificar problemas, refletir sobre eles e considerar que eles são frutos de alguma coisa a partir do qual foram desencadeados seguindo um certo curso.

Cabe dizer ainda que tanto o "esprit d'examen" quanto a "problematização" estariam para Boltanski e Bordieau referidas à ação da escola, que longe de se restringir apenas a

simples transmissão de conteúdos informativos, socializa os indivíduos num determinado modo de pensar caracterizado por uma "intenção intelectual" que os predispõem a considerar que tudo é ou será passível de explicação por ser resultado de um conjunto de determinantes cuja articulação pode ser apreendida.

Desta maneira, a "reflexividade", o "esprit d'examen" e a "problematização" poderiam ser vistos como características que, desigualmente distribuídas pelos sujeitos das diferentes camadas sociais, dificultariam ou impossibilitariam a alguns de participarem de forma conseqüente do processo psicoterápico. Assim sendo a maior ou menor presença destas características numa determinada população configurariam-se como critérios de clientelização a partir dos quais poder-se-ia pensar a possibilidade desta submeter-se ao processo psicoterápico com maior ou menor sucesso.

Contudo um outro critério de clientelização para pensar tal possibilidade viria-nos do trabalho de Figueira (1978a) quando, partindo das idéias de Berger (1973), afirma que em termos das terapêuticas que uma sociedade complexa oferece aos seus integrantes (o que inclui a psicanálise e as psicoterapias), algumas podem ou não ser eficazes para determinados sujeitos em função de serem ou não assim percebidas por estes.

A condição, por sua vez, para que uma terapêutica seja percebida como eficaz por um possível cliente, é de que este reconheça na mesma, vista como um sistema simbólico, uma semelhança ou uma congruência com a visão de mundo do(s) sistema(s) simbólico(s) ao(s) qual(is) se acha vinculado,

principalmente ao que o funda como sujeito. Nesta perspectiva, enquanto sistemas simbólicos, (elidindo-se a questão ciência x não-ciência e privilegiando-se uma interpretação sociológica), tanto a psicanálise quanto a umbanda, por exemplo, seriam

"...capazes de fornecer, em momentos de crise ou doença [...], uma versão (interpretação, explicação, derivada de uma *Weltanschauung* que lhes é própria, e de propor uma terapia, apoiada na versão enquanto procedimento diagnóstico, para as dificuldades de um sujeito, permitindo-lhes saná-las." (Figueira, 1978a, p.59)

Desta forma, perceber a psicanálise ou a umbanda como terapêutica, dependeria, para o autor, da congruência entre os sistemas simbólicos a que se vinculam as "visões de mundo" do sujeito e as "visões de mundo" que embasam e contextualizam estas práticas.

Ropa et al (1985) assinalam o quão próximas de tal posição são as idéias de dois psicanalistas: Piera Aulagnier e Serge Viderman, ainda que não se apóiem num referencial sociológico como o de Berger.

A primeira deles, Piera Aulagnier, falando sobre as condições de analisabilidade, afirma que estas dependeriam por parte do eventual analisando do reconhecimento da existência do inconsciente: "Mesmo que o analisado não tenha lido uma única frase de Freud, o discurso cultural do seu grupo, do amigo, ou do conselheiro lhe servirá de referência." (Aulagnier et al, 1970, Apud Ropa et al, 1985, p.189). Este reconhecimento, hipótese fundamental, como chama a autora, "...implica antes de mais nada, a crença no saber diagnóstico e na eficácia

terapêutica" (Aulagnier et al, 1970, Apud Ropa et al, 1985, p.190). Tal observação aproxima-a ainda mais das idéias de Berguer e Figueira acima apresentadas.

Outro dos psicanalistas citados por Ropa é Serge Viderman, a respeito de quem esta comenta que para o mesmo seria "...o modelo, a teoria, o sistema que, dando uma forma, um sentido, um significado a algo que seria de outro modo indizível ou até mesmo inexistente, permite ordenar o vivido do paciente." (Ropa et al, 1985, p.190). Esta ordenação do vivido, esta produção de um sentido só se daria mediante, a "crença na eficácia terapêutica" citada por Aulagnier (op. cit.) e relacionável por sua vez a "congruência entre sistemas simbólicos" apontada por Figueira e Berguer nos textos citados.

Os critérios de clientelização e as características culturais até aqui examinadas, são em última análise relacionadas, em Figueira (1978b; 1981) e Ropa et al (1985), a dois fatores associados:

. A maior ou menor participação do sujeito na ideologia do individualismo nos termos de Dumont (1965; 1968; 1974; 1985).

. A localização desta frente aos dispositivos de aliança e sexualidade nos termos de Foucault (1977; 1979).

O primeiro desses fatores clarifica-se ao examinarmos brevemente o pensamento de Dumont. Para tal recorreremos a transcrição do texto de Ropa et al (1985) que, após apresentar o ponto central deste como o par de oposições "holismo x individualismo", afirma:

"São 'holistas' as visões de mundo que, organizadas segundo o princípio de hierarquia, partem da totalidade para a demarcação das partes; o que corresponde à forma ideológica hegemônica em todas as sociedades 'tradicionais'. A idéia ocidental moderna do que seja 'religião' ou visão de mundo religiosa' aponta exatamente para esse tipo de sistema simbólico, em que o todo preexiste e determina o espaço das representações e práticas de uma sociedade ou grupo social [...]

Diferentemente das culturas que se organizam em função desse princípio hierárquico-holista, a cultura ocidental moderna viu-se marcada e distinguida de todas as demais pela hegemonia de uma visão de mundo individualista, ou seja, aquelas em que a parte prevalece sobre a totalidade, em que o indivíduo se apresenta como sujeito autônomo e instaurador." (Ropa et al, 1985, p.192-193)

em seguida é dada a palavra ao próprio Dumont:

"Quando não há mais nada de ontologicamente real para além dos seres particulares, quando a noção de 'direito' se liga, não a uma ordem natural e social, mas apenas a cada ser humano em particular, este se torna um indivíduo no sentido moderno da palavra." (Dumont, 1965, Apud Ropa et al, 1985, p.193)

Quanto ao segundo fator (referente aos dispositivos), Ropa et al (1985) em meio ao resumo de algumas idéias presentes em Foucault (1975; 1978; 1979) relacionam o individualismo aos efeitos da articulação entre os dispositivos de aliança e de sexualidade - instrumentos respectivos dos poderes soberano e disciplinar (Foucault, 1977; 1979) - e citam, entre outros, o seguinte trecho deste autor:

"Efetivamente, aquilo que faz com que um corpo, gestos, discursos e desejos sejam identificados e constituídos enquanto indivíduos é um dos primeiros efeitos do poder. Ou seja, o indivíduo não é o outro do poder: é um de seus primeiros efeitos. O indivíduo é um efeito do poder e simultaneamente, ou pelo próprio fato de ser um efeito, é seu centro de transmissão. O poder passa

através do indivíduo que ele constitui." (Foucault, 1979, Apud Ropa et al, 1985, p.197)

Desta forma fica assinalado que o individualismo difundindo-se através de uma ideologia (Dumont) e dos dispositivos de poder (Foucault) distribui-se desigualmente ao longo do corpo social predispondo determinados sujeitos, e não outros, a uma congruência de suas visões de mundo (individualizadas) com determinadas práticas individualizantes (entre elas a psicanálise e as terapias afins). (Figueira, 1977a; 1977b; 1981; Ropa et al, 1985) Assim, a ausência de tal congruência seria responsável por uma maior dificuldade e/ou impossibilidade do atendimento psicoterápico às classes trabalhadoras.

Uma vez caracterizados os quatro momentos evolutivos dos textos atinentes a primeira parte do "corpo de discursos", enfocados neste capítulo, cabe ressaltar a respeito destes trabalhos que embora trazendo críticas e contribuições importantes sobre algumas das possíveis razões pelas quais a atenção psicoterápica junto as populações carentes gera muitas vezes resultados aquém dos desejados, estes não propõe nenhuma sugestão ou solução alternativa para tais insucessos, limitando-se a tentar compreender alguns dos motivos pelos quais estes se dariam. Esta característica dos textos aqui abordados diferencia-os do conjunto de trabalhos enfocado a seguir, que como perceberemos, não se limitando a identificar possíveis motivos para os impasses em questão, acaba por resultar na elaboração de uma proposta de atendimento que tente

contorná-los ou minimizá-los. Vejamos no capítulo subsequente como isto se dá.

5 - O "CORPO DE DISCURSOS" EM TORNO DA QUESTÃO DA
ATENÇÃO PSICOTERAPICA INSTITUCIONAL AS CAMADAS POPULARES - II

Em conformidade com as diretrizes explicitadas no capítulo anterior abordaremos neste os textos de Jurandir Freire Costa e Benilton Bezerra Júnior utilizados pelos mesmos no curso que ministraram aos profissionais do P.S.M. no I.M.S. da UERJ.

As questões e os conceitos mais extensamente discutidas neste curso serviram de linhas mestras em torno das quais organizamos a apresentação dos textos desta exposição. Assim sendo, desenvolvimentos e argumentações não diretamente ligadas a estas linhas mestras foram brevemente resumidos e/ou simplesmente indicados para que o leitor, eventualmente interessado, possa recorrer ao texto original.

Incluimos ainda neste capítulo dois trabalhos que, embora de outros autores que não os acima aludidos, relacionam-se total ou parcialmente às supracitadas questões. Tais textos - Souza, 1983 e Duarte, 1986 - citados, ainda que de passagem, no curso em pauta, receberam aqui um breve enfoque, já que procuramos abordá-los apenas em seus aspectos que não reiterassem argumentos já vistos nos textos comentados no capítulo anterior.

"PROJETO PSICOTERAPICO."

O conceito de "projeto psicoterápico" surge em Costa (1982) definido como : "... a operação mental que permite ao

terapeuta e ao paciente anteciparem na consciência o andamento e os resultados do processo terapêutico." (Costa, 1982, Apud Bezerra, 1982, p.21). Pode-se dizer que a partir de tal conceito ambos os autores identificam boa parte dos impasses que, no ver destes, estariam presentes na atenção psicoterápica oferecida as populações carentes. Tal ficará mais claro ao examinarmos mais detidamente o próprio conceito e sua utilização dentro da teorização dos autores sobre o tema.

A formulação do conceito em pauta baseou-se no de "projeto" de Schutz (1979) conforme seu emprego em Velho (1980), onde é dito que existe "projeto" sempre que há uma ação com um objetivo pré-determinado.

Bezerra (1982) referindo-se ao emprego deste conceito para análise da situação terapêutica, afirma que:

"Sempre que se estabelece uma relação de tratamento, este processo se instala, tanto no terapeuta quanto no paciente: ambos constroem para si um projeto, e ao iniciar o tratamento se propõem investir na sua implementação. Mais do que isto, a decisão de iniciar o tratamento implica que tanto um como o outro supõem que seu interlocutor procede da mesma maneira. Nenhuma relação psicoterápica será possível sem esta certeza mútua; qualquer desconfiança de um em relação ao interesse e engajamento do outro minaria as possibilidades do tratamento se por em marcha.

Ocorre, porém, que se é automática a consciência da presença de um projeto, a clareza sobre o que o constitui não é. Tanto terapeuta quanto paciente abrigam a convicção de serem portadores e sujeitos de um projeto. Mas acreditam, de modo implícito no mais das vezes, que este projeto é partilhado, ou seja, comum a ambos. Na realidade não sabem o que o outro pensa e espera do tratamento, mas agem como se pensassem e esperassem a mesma coisa. É exatamente neste momento, sem que os atores se dêem conta, que os personagens se apresentam com todas as características e traços de suas distintas inserções sociais." (Bezerra, 1982, p.21-22)

é interessante observar que a idéia da existência de um conjunto de expectativas sobre o andamento e resultados do processo psicoterápico (que necessitaria ser consensual entre terapeuta e paciente) parece já ter sido vislumbrado por alguns dos autores comentados no capítulo anterior, na formulação da necessidade de uma congruência de visões de mundo entre os sistemas simbólicos a que se vinculam o paciente e a prática psicoterápica. Contudo, é através do conceito de projeto psicoterápico que este consenso, esta congruência, vão ser mais detidamente examinados. Isto é feito em Bezerra (1982; 1987) através do estudo de quatro noções fundamentais que delimitam o projeto psicoterápico e que são as seguintes:

a) Noção de Cura:

Desdobra-se no "desejo de cura" e no "investimento no benefício psicológico". O desejo de cura relaciona-se aos motivos que levam o paciente em busca de um tratamento psicoterápico, o que por sua vez estaria sujeito a percepção de sofrimento que este possui. Tal percepção, por seu turno, estaria condicionada a inserção social e cultural dos sujeitos. Nesta afirmativa o autor remete-se, entre outras, às idéias de relativização do sofrimento físico e reflexividade (já apontadas no capítulo anterior). O "benefício psicológico" diz respeito às expectativas do terapeuta e paciente quanto ao que pode ser obtido do tratamento, o que remeteria às próprias visões de saúde dos parceiros envolvidos na situação terapêutica. Tais visões, no entanto, variariam ao longo de uma sociedade de acordo com a vinculação social e cultural de

seus portadores e a "cultura somática" de seus grupos de origem (o conceito de "cultura somática" também já foi explicitado no capítulo anterior).

b) Noção de causalidade:

Afirma que tanto terapeuta quanto paciente postulariam a existência de uma ordem de causalidades para a queixa apresentada por este último. Estas ordens, no entanto, poderiam ser de naturezas muito diversas conforme as inserções sócio-culturais de ambos, suscitando pontos de discórdia entre estes.

Nas palavras do autor:

Embora este [o paciente] possa ter do seu sofrimento uma visão explicativa que abarque concepções de outra ordem que não científica, o fato de procurar um terapeuta indica que no mínimo a explicação científica encontra algum espaço de aceitação. Se este espaço inexistente o paciente buscará solução em outros procedimentos: religiosos, mágicos, místicos, etc. Se este espaço se mostra no decorrer do tratamento exíguo, com as primeiras discordâncias haverá a tendência ao abandono do tratamento." (Bezerra 1982, p. 34-55)

Bezerra (1982) observa ainda que o "espaço doença" pode ser localizado de diferentes formas por profissional e paciente. Por exemplo: no corpo, no espírito, na família, no grupo social, no espaço sobrenatural, etc. Entretanto ainda que haja acordo quanto ao papel da biografia na gênese do conflito atual, pode ainda haver discordância quanto aos aspectos desta biografia importantes para tanto, já que esta causalidade pode ser vinculada a teorias de conteúdo educativo, hereditário, organicista, etc.

c) Noção de Tempo - Memória

Refere-se a capacidade de paciente e terapeuta buscarem no passado as raízes do sofrimento do último e de investirem num empreendimento atual (o tratamento psicoterápico) com vistas a resultados futuros (a remissão ou alívio do mal-estar do paciente).

No que tange a primeira destas capacidades ela demanda uma habilidade de rememorar que varia culturalmente. Isto se daria segundo o autor porque é o universo cultural no qual estamos inseridos de um determinado modo que nos dita os critérios do que deve ser esquecido ou lembrado, do que foi mais ou menos relevante em termos emocionais, etc. A partir disso o passado de cada um é uma construção da história pessoal regida no entanto por estes critérios culturais que podem diferir entre paciente e profissional, que deve por isso "...estar atento para não confundir apressadamente diversidade com deficiência, numa avaliação etnocêntrica das características e limites da rememoração do paciente." (Bezerra, 1982, p. 36-37)

No tocante a capacidade de investimento no agora com vistas a lucros futuros, o autor comenta o quanto tal possibilidade pode parecer inverossímil para sujeitos que vivem a maior parte de seu tempo voltados para o imediatismo imperioso da necessidade de sobreviver. Apoiando-se na idéia de futuro como "campo de possibilidades" de Bordieau (1979), Bezerra (1982) afirma ainda que para tais pessoas os frequentes obstáculos objetivos à realização de aspirações e desejos torna as esperanças subjetivas quanto ao futuro em

quimeras totalmente inverossímeis. O "campo dos possíveis" assume as restritas dimensões do campo das possibilidades objetivas imediatas, e quanto mais extensa a distancia entre os níveis do aspirado e do realizável, mais dificultoso se afigura para o individuo perceber-se como um sujeito dotado da capacidade de interferir positivamente em seu próprio futuro, e mais tende o sofrimento a ser visto como um inalienável dado da existência.

Esta atitude diante do futuro bastante diversa da do terapeuta deve ser atentada por este para não confundir tal divergência cultural com sinal de afecção psíquica ou de resistência ao processo psicoterápico.

d) Noção de Individuo.

Esta noção seria a que fundamentaria as três anteriores. Sua construção histórica e social é analisada por Bezerra (1982) ao longo de todo este trabalho. Tal análise é feita principalmente nos termos de Dumont e Foucault de forma mais extensa, porém análoga a utilizada nos textos abordados no último tópico do capítulo anterior.

Comentando, no texto de 1982, a importância desta noção para grande parte da produção científica moderna, tanto no campo das ciências humanas, quanto na esfera das ciências sociais, o autor observa que de balde a extensão desta importância, só mais recentemente começou-se a atentar que a noção de individuo, atualmente utilizada por psicólogos, sociólogos, historiadores, e outros profissionais, é muito particular a sociedade em que vivemos atualmente, não tendo

necessariamente paralelo em outras sociedades e épocas históricas.

No caso específico dos psicólogos esta noção além de fundamentar as vistas acima referentes ao "projeto psicoterápico", como já foi dito, estaria presente no "... próprio instrumental técnico do tratamento (características do 'setting', repertório de procedimentos verbais ou não, arsenal lingüístico utilizado, etc.)" (Bezerra, 1982, p.41). Tal aconteceria como decorrência, em última análise, da percepção que o profissional tem de si mesmo e de seu cliente enquanto indivíduos.

"DOENÇA DOS NERVOS" E IDENTIDADE PSICOLÓGICA.

Esclareçamos de início que "doença dos nervos" é uma expressão sinônima a outras como "nervosismo"; "nervoso", estado de nervos"; etc., freqüentemente utilizadas por grande parte da clientela dos ambulatórios públicos para referir-se a sintomas como: tonteiras, palpitações, "vista escura", desmaios, "perna bamba", "buraco no estômago", irritabilidade, "agonia no peito", "moleza", etc.

Importa também ressaltar que a "doença dos nervos" foi ainda enfocada nos textos de Souza (1983) e Duarte(1986), citados anteriormente e brevemente comentados a seguir:

Souza (1983) defende a tese de que a lógica da dominação de classes localizaria determinados conflitos sociais (miséria, desemprego, etc.) na esfera dos conflitos individuais. Apoiada em Boltanski (1979) e na idéia que o

corpo teria o papel de referente privilegiado e hipertrofiado para determinados grupos sociais em que ele é seu principal instrumento de trabalho, a autora tenta justificar a tradução do mal-estar psicológico para a linguagem da medicina por parte desses grupos. Desta forma sentimentos de fracasso, exploração e insegurança sociais converter-se-iam em problemas psiquiátricos sendo sua origem imputada a "doença dos nervos".

Duarte (1986), apoiando-se principalmente em Dumont (1965; 1968; 1974; 1985, entre outros), estuda o "nervoso" das classes trabalhadoras urbanas - "que é o modo ou código em que se enuncia fundamentalmente as 'perturbações físico-morais' sofridas pelos membros desses grupos sociais" (Duarte, 1986, p.13) - visando compreender com isso suas características culturais fundamentais e as relações destas com o ideário individualista da cultura ocidental moderna. Embora o interesse do autor por seu objeto incluía mas ultrapasse o campo dos saberes médico-psicológicos, ele afirma que, não obstante a população estudada reconheça a importância de conversar como forma de 'botar para fora' o seu 'nervoso'; "A idéia de 'conversas' com hora marcada e num contexto ambulatorial parecia particularmente esdrúxula". (Duarte, 1986, p.163)

Esta última constatação é apontada pelo autor como causa de freqüentes abandonos de tratamentos propostos nestes tempos junto à população estudada.

Dito isto, passemos agora ao relato das contribuições de Costa no que tange a questão das relações entre a "doença dos nervos" e a identidade psicológica:

Discordando de Souza (1983) que vê no uso do termo

"doença dos nervos" a referência a um mal-estar localizado no corpo. Costa (1987), apoiando-se em material clínico obtido junto a clientela da assistência pública, afirma:

"O conteúdo do termo 'sistema nervoso' ou de seus equivalentes, remete, assim, a duas características peculiares desta experiência de sofrimento.

a) Trata-se de uma experiência de sofrimento psíquico e não orgânico.

b) Percebida como não-normal, ou atípica, com relação aos padrões de conflito existentes nas relações humanas do dia-a-dia." (Costa, 1987, p.23)

Sobre a conotação psíquica do termo (primeira característica) o autor nos diz que o "sistema nervoso", em termos espaciais estende-se a toda parte e a nenhum lugar específico. Pode localizar-se em qualquer lugar do corpo ou em lugares inexistentes. Sua estrutura, diferentemente da orgânica não é composta de unidades articuladas e sim, por unidades indiscriminadas sem especificidade funcional e não organizadas hierarquicamente. Os "nervos" organizam-se numa tecitura imaginária mantendo como propriedade única a possibilidade de excitação e a capacidade ou não de manter-se em equilíbrio homeostático após esta.

Ao falar sobre a segunda característica (a consciência e não normalidade deste sofrimento psíquico) Costa (1987) pergunta-se sobre o que levaria o sujeito a ver neste sofrimento uma espécie de 'doença do espírito' diferente de outro sofrimento qualquer, para em seguida concluir que:

"...este sofrimento assume esta característica porque origina-se em um conflito identificatório, na área de identidade psicológica. Com isto queremos dizer que, embora todo sofrimento decorra de um conflito, só o conflito na identidade psicológica, redundando em sintomas ou em 'doenças dos nervos'." (Costa, 1987, p.24-25)

Em outro trabalho do autor, datado de 1989, este comenta que em termos descritivos, identidade pode ser compreendida como "... tudo aquilo que se vive, sente, enuncia como sendo eu" por oposição ao percebido ou enunciado como não-eu. Entretanto, a identidade não seria uma experiência homogênea, já que formada por diferentes sistemas de representação, atrelados cada um ao modo de inserção do sujeito no universo social e cultural. Surgem assim, diferentes identidades (social, étnica, religiosa, de classes, profissional, etc.). Cada uma destas representações apresentam normas, tanto para sua formação quanto manutenção, que orientam o sujeito para o cumprimento e avaliação de seu "desempenho identificatório". Cada vez que um destes sistemas de representação apresente contradições internas ou mostra-se incompatível com outro, surge o conflito subjetivo. "O sujeito não consegue realizar as exigências da norma identificatória e pode vir a sofrer psicologicamente, julgando seu desempenho como fora do normal, abaixo do normal ou anormal." (Costa, 1989, p.22)

Tal sofrimento, no entanto, embora possa ser intenso, não implica em percepção por parte do sujeito que está acometido de uma perturbação psíquica, o que só acontece quando o conflito é na área da identidade psicológica. Isto porque existe uma distinção entre a identidade psicológica e os demais

sistemas identitários, pois esta se apresenta como traço comum a todos os eus, "definidor por excelência do humano". Assim sendo:

"...Seu poder normativo é, por conseguinte, mais acentuado que o de outros sistemas identitários. Uma vez internalizadas como universais, as normas da identidade psicológica não se deixam relativizar facilmente. A coerção que esta identidade exerce é sentida como natural e o desvio sentido como doença." (Costa, 1989, p.22-23)

Para o autor, em nossa cultura as representações constitutivas dessa identidade estariam ligadas à diferença de gêneros (ancoradas inconscientemente na diferença de sexos) e à diferença de gerações (posicionamento no sistema de parentesco), o que também se estende aos elementos das classes trabalhadoras.

Não obstante, Costa (1989) observa que diferentemente dos indivíduos mais bem situados econômica e culturalmente na escala social, a maior parte da clientela formada por sujeitos das classes trabalhadoras não tem por hábito situar a causa de seu "nervosismo" em conflitos familiares ou afetivo-sexuais, mas sim em distúrbios ocorridos em sua vida e relações profissionais.

É a partir desta constatação que o autor se pergunta porque tão freqüentemente o trabalhador, diante de tais percalços em sua vida laborativa, adoce e tantas vezes se auto-recrimina. Sua conclusão é a de que:

"O sujeito se acusa e não a sociedade, porque não percebe sua identidade social, a identidade de

trabalhador, como um produto da divisão social de classes, mas como uma atribuição universal do gênero humano. A ideologia de 'trabalho livre' não só criou a idéia de que o trabalho é um 'fato natural' e que depende do indivíduo curvar-se ou não aos imperativos da 'natureza' capitalista. Fabricou também a representação, igualmente normativa, de que ser homem é ser trabalhador." (Costa, 1987, p.37-38)

Desta forma conclui-se que é pelo fato do "ser trabalhador" constituir-se como mais um dos suportes da identidade psicológica (além da diferença de gêneros e da diferença de gerações, citadas anteriormente), que certos indivíduos experimentam conflitos da esfera laborativa como conflitos na esfera da identidade psicológica, adoecendo em seguida.

Examinando seu trabalho de 1989, vemos que Costa localiza a variabilidade cultural da identidade psicológica na esfera ego-narcísica, após percorrer o desenvolvimento deste conceito em Freud e Lacan.¹ Isto significa que a inclusão ou não do "ser trabalhador" como elemento definidor da identidade psicológica, conforme a inserção do indivíduo em diferentes camadas sociais, se dá no campo do ego. Tal instância psíquica, "... enquanto sistema imaginário de representações, dá-se sempre como estagnação, como estática identificatória, o que significa, ao mesmo tempo que ele pode sempre se apresentar como diferente, mas sempre como um todo." (Costa, 1989, p.157-158)

1. Tal desenvolvimento, discutido detidamente nos capítulos 4 e 5 do referido texto, não foi abordado no presente trabalho por razões do próprio recorte metodológico que estamos fazendo. Lembremos ao leitor que nosso objetivo não é analisar as contribuições de Costa do ponto de vista de sua lógica interna ou da pertinência teórico-conceitual intrínseca a estas, mas apenas comentar tais contribuições de acordo com os critérios já expostos no início deste capítulo e do anterior.

é a partir desta propriedade do ego de poder se apresentar sempre como diferente, que o autor consegue dar conta das diferenças de subjetividade entre integrantes de diversas camadas sociais, sem chocar-se com o pressuposto psicanalítico da invariabilidade de certos elementos do psiquismo tais como: inconsciente; desejo; sexualidade; etc...

é por este mesmo motivo que o autor localiza por fim, também na esfera ego-narcísica os aspectos da diversidade cultural descritos nos textos apontados no capítulo anterior do presente trabalho:

"Os hábitos mentais (percepções de status; práticas lingüísticas; modos de expressão de sentimentos; modos de comunicação, etc.) são parte integrante do imaginário ego-narcísico. Não são acidentes que se possa desprezar como inessenciais à psicoterapia. Naturalmente, estas representações ou imagens egóicas é o que se trata de analisar na psicoterapia. Do ponto de vista do processo psicoterápico e da teoria do aparelho psíquico, o sintoma, bem como o fato psíquico normal, são - uma vez só não é hábito - sintomáticos da mesma ilusão narcísica, que se trata de ressaltar, sublinhar, em suma, interpretar, tendo como 'back-ground' a teoria do sujeito, do inconsciente, etc." (Costa, 1989, p.157-158)

Eis assim apresentadas as principais facetas das contribuições de Costa sobre a problemática da "doença dos nervos", afecção tipicamente citada por boa parte da clientela dos ambulatórios públicos, para definir seu mal-estar psíquico. Não podemos deixar de frisar o esforço do autor em tentar subsumir os aspectos problemáticos da diferença de subjetividades, apontados nos textos do capítulo anterior, num conceito atinente ao referencial psicanalítico. A importância deste esforço diz respeito a possibilidade de tornar

compreensíveis, a partir da teoria psicanalítica, tais aspectos problemáticos levantados com base em disciplinas como a sociologia e a antropologia.

Passemos em seguida ao exame do enquadramento proposto pelo autor como mais adequado ao atendimento dos "nervosos" e "doente dos nervos", ou seja grande parte da clientela dos ambulatórios públicos.

"DOENÇA DOS NERVOS" E ENQUADRAMENTO.

Ao tentar propor um tipo de enquadramento que considera mais adequado a atenção psicoterápica às camadas populares, Costa (1989) começa por tecer alguns comentários sobre o enquadramento típico do atendimento psicoterápico individual e sobre as dificuldades que a seu ver os elementos de tais camadas experimentariam em relação ao mesmo.

Uma das dificuldades encontradas no enquadramento tradicional, segundo Costa, é que o cliente ao submeter-se ao atendimento psicoterápico ingressa em um novo campo de experiências, vínculos, normas, que se chocam com suas experiências cotidianas.

Outro ponto, levado em consideração pelo autor, diz respeito ao fato de que ao ser atendido na rede pública de assistência à saúde mental, o cliente além da consciência de seu mal-estar psíquico e das consequências que este lhe acarreta socialmente, tem ainda plena consciência da distância sócio-cultural que o separa do profissional que tem diante de si. Destarte, vai ao ambulatório para falar de seus problemas

com alguém que apresenta hábitos diferentes dos seus; que não escolheu para atendê-lo e vice-versa; que difere quanto ao modo de vestir-se, portar-se, falar; a quem ele teme contrariar, por não poder dispensar seus serviços, etc. Por sua experiência cotidiana de vida, que é marcada pela privação de seus direitos, opressão, impotência, submissão, etc., tal cliente pode ver no ritual psicoterápico um "rol de esquisitices". Isto também porque não faz parte de sua prática de vida ser "...interpelado em nome de seu desejo ou de sua história para saber como orientar-se socialmente ou resolver conflitos que ultrapassem sua capacidade usual de respostas a situações difíceis". (Costa, 1989, p.31)

Diante de tais considerações, o autor se interroga: "Como imaginar que, numa situação de conflito psíquico, este cliente possa de maneira natural enquadrar-se no enquadramento?" (Costa, 1989, p.31-32)

Para que o cliente possa se adaptar ao enquadramento, é necessário que algo lhe seja familiar, pois não pode romper de uma hora para outra as limitações de seu modo de ser cotidiano adquirido ao longo de sua existência pelo processo de socialização.

Exemplificando outra das dificuldades do paciente em adaptar-se ao enquadramento tradicional, Costa comenta que os terapeutas, no serviço público, dificilmente conseguem fazer com que o cliente freqüente as sessões assiduamente, alegando falta de dinheiro para passagem, ocupações domésticas e diversos imprevistos. Estas justificativas foram entendidas, durante muito tempo, como resistência ao tratamento ou como

desinteresse por uma terapêutica que "não queria limitar à administração de psicofármacos"...

Nas palavras de Costa (1989):

Num raciocínio como este, o que não se conseguia criticar era a necessidade do vínculo obrigatório entre o tratamento e tal tipo de frequência. Acontece que para muitos clientes, a idéia de tratamento ou de benefícios obtidos do tratamento nem sempre estão associados à regularidade imposta pelo protocolo do tipo psicanalítico em sua forma mais tradicional. Muitos não vão às sessões nos dias marcados porque, através da experiência própria, perceberam que o tempo de suas reações psíquicas não estava amarrado nem era dependente do fuso horário do terapeuta. [...] Do ponto de vista deles, o espaço psicoterápico funciona como um lugar de referência, que pode ser alcançado quando sentem necessidade." (Costa, 1989, p.33)

Relacionando tal fato a forma diversificada pela qual elementos dos diferentes estratos econômicos são socializados quanto a disciplina horária, o autor observa que nas camadas populares tal disciplina costuma geralmente restringir-se aos horários dos transportes coletivos e dos afazeres domésticos. Por isso, não faria parte do repertório disciplinar dos integrantes de tais camadas a frequência assídua a um consultório. Assim, o cliente agiria segundo o que lhe parecesse conveniente e de acordo com o "bom senso". "Se a melhora de seu quadro não depende da regularidade às sessões [...], ele burla a regularidade.[...] se o terapeuta e o cliente fossem julgados pela teoria, esta diria: o cliente tem razão, inconsciente não bate ponto." (Costa, 1989, p.33)

Um outro ponto que na opinião de Costa dificultaria a psicoterapia feita num enquadramento dual seriam os diferentes

estilos de comunicação de terapeuta e cliente nos termos de Bernstein (1980).¹ Tais dificuldades seriam, no entanto, bastante atenuadas no enquadramento grupal.² No dizer de Costa:

"A outra dificuldade relacionada ao tema diz respeito ao estilo de comunicação. Com a experiência de grupo, percebemos como os clientes se sentiam menos inibidos para falar, ao contrário do que se passava no face-a-face com o terapeuta. [...] notamos que o estilo interrogativo, não-diretivo ou elusivo, das intervenções terapêuticas na relação dual, prejudicava o livre curso do pensamento do cliente. No grupo, pelo contrário, a participação numa atividade discursiva em que a maioria dos membros não se exprimia desta forma facilitava a tomada da palavra e a livre associação." (Costa, 1989, p.37)

Prosseguindo, o autor esclarece que ao apontar que o enquadramento grupal facilita o livre curso do pensamento do cliente, não deseja afirmar que está assegurada a livre associação e o efeito terapêutico. Quer, isto sim, é reafirmar a contribuição do terapeuta e a especificidade de seu papel para que a fala revele o conflito e a associação permita a emergência das formações do inconsciente.

é em seguida indicado o modo especial pelo qual, com a circulação do discurso facilitada pelo enquadramento grupal, os clientes pontuavam as falas uns dos outros:

"Com isto, presenciamos uma forma bastante peculiar de se apontar, às vezes, para o surgimento do desejo

1. Texto comentado no capítulo anterior.

2. Aqui não podemos deixar de lembrar a referência de Labov (1969) - citado no capítulo anterior - sobre a fluência das respostas de um menino quando um amigo seu é introduzido no "setting" da entrevista.

inconsciente nas brechas do discurso manifesto. Os participantes não buscavam captar as incoerências dos enunciados, para então surpreenderem a falha que anuncia o desejo. A reação do interlocutor consistia em abandonar o conteúdo do enunciado e narrar, em primeira pessoa, fatos exemplares, que tinham em comum com a narrativa precedente o contexto do conflito afetivo." (Costa, 1989, p.38)

Vejamos mais um trecho do trabalho em foco onde o dito acima é exemplificado pelo relato de uma situação clínica concreta ocorrida no "locus" da pesquisa que o originou:

"A senhora X queixava-se de desentendimentos com o genro, e ficou patente, em sua história, a desproporção da raiva que ela dizia sentir e as supostas indelicadezas do genro, motivo de sua raiva. A senhora Y, depois de ouvi-la, começou a falar de uma enfermeira que ameaçou roubar-lhe o neném recém-nascido, ainda no berçário, porque a senhora Y a havia chamado de paraíba. [...] Uma vez percebida a discrepância entre os motivos expostos e a resposta emocional, a senhora Y desprezou qualquer discussão racional sobre o que foi dito. Ao invés disso, contando episódios de sua vida, reduplicou a narrativa da senhora X, pontuando o absurdo da reação diante do motivo dado. Preparou, deste modo, o campo para que esta mesma senhora pudesse ver, através das acusações morais que fazia ao genro, o desejo sexual recalcado." (Costa, 1989, p.39)

Cabe por último ressaltar que a proposta do autor para a psicoterapia em grupo difere das propostas tradicionais de psicoterapia de grupo em dois pontos principais.¹ Primeiramente pelo fato de Costa se opor as idéias como a de uma "psiquê grupal" ou de uma "mentalidade de grupo". Em segundo lugar pelo fato conseqüente das intervenções do profissional nunca se referirem ao grupo, enquanto ente

1. A crítica às teorias que embasam as psicoterapias de grupo e a análise do pensamento de Freud sobre o social são detidamente analisadas nos capítulos 3 e 4 de Costa (1989). Sua resenha não foi feita no presente trabalho por ultrapassar os objetivos do mesmo.

coletivo, mas sim procurarem recortar cada indivíduo dentre deste na especificidade de sua história e de seu movimento dentro da sessão, permitindo com isso a confrontação deste material com o dos outros integrantes nos termos, por exemplo, da situação clínica acima descrita.

Tal proposta que já havia sido brevemente prefigurada no trabalho de Bezerra (1987), surge como uma alternativa de atendimento que tenta contornar as dificuldades da atenção psicoterápica às camadas desfavorecidas, enfocadas neste capítulo e no anterior. Assim sendo, voltamos a frisar a diferença deste segundo grupo de textos ("corpo de discursos" - II), em relação aos primeiros ("corpo de discursos" - I), que limitaram-se a apontar tais dificuldades sem oferecer alternativas para contorná-las.

Apresentado assim o conjunto total de trabalhos integrantes do "corpo de discursos" passemos no próximo capítulo, em item específico, a examinar a verificar a utilização ou não que deles fizeram os profissionais do P.S.M.

6 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.

6.1 - IDEAIS DOS TEMPOS DE GRADUAÇÃO E MOTIVOS DE INGRESSO NO SERVIÇO PÚBLICO.

Examinaremos no presente item as respostas apresentadas pelos entrevistados no que tange a seus ideais de realização profissional na época de graduação e aos motivos de ingresso no serviço público. Assim sendo, inicialmente apresentaremos o material concernente apenas a primeira pergunta para em seguida contrastá-lo às respostas dadas à segunda questão. Feitos estes esclarecimentos iniciais passemos no subitem que se segue à abordagem da primeira parte deste material.

IDEAIS DE REALIZAÇÃO PROFISSIONAL.

Um exame inicial do material permitiu-nos observar, pela recorrência das respostas, que poderíamos organizá-lo a partir de dois conjuntos categoriais não excludentes: O primeiro deles referente aos aspectos de tais ideais relacionados as modalidades de atuação profissional, o segundo aos aspectos econômicos destes ideais ligados ao futuro exercício profissional.

Começemos então pelas respostas subsumidas pelo primeiro conjunto categorial. O trecho sublinhado no comentário de cada categoria apresenta sua característica principal:

Uma primeira categoria vem agrupar as respostas emanadas de sujeitos que em relação ao seu futuro profissional aspiravam o trabalho em consultório particular como a modalidade principal de atuação. Tais informantes que se constituíam como grupo mais numeroso entre o total de entrevistados relataram sua opção pelo consultório através de referências que eram feitas sem maiores detalhamentos, ou seja, utilizando-se de expressões sucintas como "trabalhar em consultório"; "ter um consultório"; etc., quase, poderíamos dizer, como se considerassem esta uma aspiração óbvia a respeito da qual não fosse necessário maiores esclarecimentos. Isto, inclusive é percebido pelos próprios. A menção ao consultório foi vista por alguns deles quase como uma circunstância originada a partir de suas de sua percepção do que se constituía como aspiração predominante do seu grupo de inserção: "Ah, como sempre trabalhar em consultório, né..." (grifo nosso) exemplifica uma das entrevistadas ao responder sobre seus ideais de realização profissional.

Se o trabalho em consultório é visto pelos que emitiram as respostas agrupadas na presente categoria como principal modalidade de futura atuação profissional, vale dizer que com exceção de um único entrevistado, todos os outros mencionaram também uma outra forma de atuação paralela ao mesmo, embora como de importância secundária em relação a este. Assim sendo, temos por exemplo o caso de um desses sujeitos que chegou a mencionar que gostava também do trabalho em instituição, porém de forma muito ocasional e passageira, sem que pudessemos dizer que tal referência breve pudesse traduzir

uma opção paralela tão importante como a primeira e vinculada a uma preocupação social maior, o que o colocaria entre os emitentes do segundo tipo de resposta.

Prosseguindo temos também outros informantes deste mesmo grupo que mencionaram ainda aspirações voltadas para a clínica de excepcionais, e para o trabalho na área de arte-educação como atividades paralelas secundárias. Diferentemente deles, uma única entrevistada deste grupo não mencionou outras aspirações além do trabalho em consultório particular. Tal não se deveu, no entanto, como poder-se-ia pensar, a uma aversão às outras formas de atuação no campo da psicologia, mas sim a um estado de certa dúvida e indefinição quanto as possibilidades oferecidas por este mesmo campo. A própria opção pelo consultório também não se mostrava muito clara:

"Eu acho que eu fiz faculdade na ---- pensando muito em fazer consultório, na época, mas uma coisa muito vaga, não era nada... muito organizado não, acho que eu tinha essa impressão..." (sujeito nº 07)

A segunda categoria subsume respostas advindas de sujeitos que declararam que em termos de seu futuro profissional, além do trabalho em consultório, aspiravam uma atuação mais voltada para o social. Devemos inicialmente esclarecer que sob a denominação entre aspas agrupamos referências feitas por alguns informantes a idéias ainda indefinidas na época de graduação sobre uma futura atuação descrita ora como: "...um trabalho junto a comunidade [...] numa linha teórica e numa linha técnica que atendesse realmente as necessidades da população de baixa renda..."; ora por

expressões como: "um trabalho [...] social ou de alcance social"; "trabalhar numa instituição" e outras correlatas.

Esta preocupação com o social ainda que não muito clara para alguns sujeitos quanto a sua operacionalização prática, parecia buscar uma forma de atuação que funcionasse como uma complementação ao trabalho em consultório, percebido como tendo um alcance social bastante restrito. Tal percepção era relacionada por um lado a crença numa certa inadequação das teorias e técnicas de atendimento quando aplicadas a população de baixa renda - como implícito numa das transcrições acima - e por outro a própria dificuldade de acesso econômico desta população a clínica privada:

"...em termos de possibilidade de atendimento a gente tem um limite, né, muito grande, por exemplo, você não pode atender, sei lá, cem pacientes no consultório [...]. E eu tinha essa preocupação, né, que eu pudesse de alguma forma contribuir, ter um desdobramento social maior com essa profissão que eu tinha escolhido fazer..."
(sujeito nº 10)

A terceira categoria é que engloba as respostas de entrevistados que aspiravam uma atuação mais voltada para o social e rejeitavam o trabalho em consultório particular quanto ao seu futuro exercício profissional. Se na categoria anterior a atuação mais voltada para o social funcionaria como uma complementação do trabalho realizado em consultório, nesta ela ganha o status de uma opção independente, idealizada não como complementação ou extensão de outra forma de exercício profissional, mas afirmando-se em si mesma. Isto fica claro através de respostas onde os sujeitos declararam-se aversos,

na época de graduação, a possibilidade de atuar futuramente na clínica privada:

"...eu não tinha, é, nenhuma vontade de fazer o que a maioria das pessoas queria que era psicologia clínica mesmo, essa coisa de estar no consultório particular atendendo, não era isso." (sujeito nº 9)

Esta aversão em relação a clínica privada, embora clara, fazia-se acompanhar no entanto de uma certa indefinição sobre como operacionalizar a preocupação com o social em termos do efetivo exercício da profissão, o que foi atribuído pelos sujeitos à precariedade da formação acadêmica quanto a também fornecer maiores subsídios sobre as possibilidades profissionais no campo da psicologia:

"...na época de graduação não existia nada que pudesse ajudar nesse sentido, [...] não havia nenhuma cadeira, nenhuma disciplina, por exemplo, que juntasse a psicologia à saúde pública [...]. Na época eu sequer sabia que um psicólogo poderia fazer um curso na área de saúde pública por exemplo..." (sujeito nº 8)

Ou seja, se por um lado o desejo de atuar de forma socialmente mais conseqüente parecia bem definido, o modo de colocá-lo em prática já não era vislumbrado com a mesma clareza e isto principalmente em função da falta de informações sobre a realidade do exercício profissional.

Apresentadas as respostas de nossos sujeitos no que tange ao conjunto categorial modalidades de atuação profissional, abordaremos agora as respostas destes subsumidas

pelo conjunto referente aos aspectos econômicos dos ideais em questão:

Uma única resposta integra a primeira categoria encontrada, onde vemos as aspirações econômicas influenciando a própria escolha da profissão. Perguntado sobre seus ideais de realização profissional o entrevistado que emitiu tal resposta não referiu-se a qualquer modalidade de atuação que pretendesse futuramente exercer, estruturando a mesma em torno das preocupações com o lado econômico do futuro exercício profissional. Revela-nos este que sua opção pela psicologia havia sido feita em função de sua inadaptação a um primeiro curso na área das ciências exatas. A psicologia surgia assim como opção profissional não tão rentável porém onde nas palavras do próprio entrevistado:

"...achei que eu podia ter uma vida legal, trabalhar como todo mundo trabalha e tal e ter uma vida legal. Então [...] os meus ideais era (sic) conseguir desenvolver um bom trabalho e ter uma... uma boa... uma receita digna que correspondesse. Então era simplesmente isso..." (sujeito nº 4)

Ou seja, o que se pode depreender do depoimento de onde retiramos o fragmento acima transcrito é que o informante não revelava nenhum ideal relacionado especificamente ao curso de psicologia, sua escolha por tal curso parece ter sido o resultado de uma solução de compromisso entre dois fatores: a facilidade de acesso oferecida por este a uma formação de nível superior, e as perspectivas financeiras advindas do futuro

exercício profissional (que segundo ele eram à época razoavelmente promissoras). Embora a forma de escolha profissional encontrada pelo entrevistado estivesse extremamente distante de encerrar algum ineditismo, ao ter como resultado a opção pela faculdade de psicologia ela encerraria alguns específicos desdobramentos sobre o futuro exercício profissional deste...

Como segundo tipo de resposta, encontramos referências às aspirações econômicas influenciando a escolha de uma das modalidades de atuação profissional apontadas. Um primeiro ponto em comum aparece na palavra dos emitentes da resposta em análise: o fato destes, embora preocupados com o futuro econômico na profissão, não esperarem grandes remunerações do desempenho da mesma, na verdade nada além de uma "receita digna" ou de uma "condição de subsistência" para usar expressões dos próprios. Entretanto devemos observar que o fato de tais aspirações econômicas mostrarem-se modestas não impediu que estas se revelassem influentes na opção por uma das modalidades de atuação dentro da profissão escolhida. Vejamos o que dizem sobre isto os próprios sujeitos:

"...sempre tive vontade de fazer ambulatório porque já a barra tava pesada e eu pensava assim: 'Não tem que ter um dinheiro certo.' Esse dinheiro certo seria do ambulatório, do serviço público." (sujeito nº 5)

"Bom eu tinha duas... dois ideais, [...] eu queria é... desenvolver um trabalho junto a comunidade, junto a população de baixa renda [...] mas queria um trabalho também que me... é... que me trouxesse... é... recursos [...] financeiros [...] mais provavelmente através de um

consultório... " (sujeito nº 3)

Os depoimentos acima, além de representativos, encerram um interessante contraste entre si: Enquanto num dos casos o trabalho no ambulatório público é visto como a fonte de uma estabilidade financeira diante da instabilidade da clínica privada, no outro é esta mesma clínica privada que é imaginada como principal fonte dos recursos financeiros que possibilitariam ao entrevistado dedicar-se ao "trabalho junto à comunidade". Tal contraste talvez aponte para a falta de informações mais precisas na época de graduação sobre a realidade do exercício profissional (citada inclusive, em outro ponto de sua entrevista, pelo próprio sujeito que vê o consultório como a principal fonte de renda) conjugada a própria ambigüidade que a atividade profissional em psicologia parece possuir junto ao imaginário dos que a aspiram. Se por um lado a imagem do mercado de trabalho em psicologia como um mercado saturado não é nova e nem pouco comum, por outro não é menos freqüente a ideação da figura do psicanalista como profissional cercado de uma clientela elitizada que lhe paga vultosos honorários. Talvez o que esteja em jogo seja a superposição destas duas imagens por conta da própria influência histórica que o modelo psicanalítico exerceu nas faculdades de psicologia.

Prosseguindo em nossa análise, encontramos uma terceira categoria onde as aspirações econômicas ainda que mencionadas não influenciaram a escolha da modalidade de

atuação profissional. Os entrevistados que emitiram as respostas aqui reunidas, embora tenham relatado expectativas em relação as condições financeiras advindas do exercício da profissão, não atribuíram as mesmas influência sobre a escolha da futura modalidade de atuação no campo da psicologia, mas sim o papel de um objetivo complementar, uma meta a atingir dentro de um opção já feita. Este foi o caso, por exemplo, de duas informantes que em termos de modalidade de atuação profissional imaginavam um trabalho mais voltado para o social, admitindo uma delas a opção paralela pelo trabalho em consultório particular, idéia rejeitada pela outra.

A última categoria por sua vez inclui a resposta de uma única entrevistada, cuja menção ao aspecto financeiro do futuro exercício profissional assumiu sentido oposto ao das menções anteriores, já que afirmou não ter alimentado aspirações de ordem econômica entre seu ideais de realização no campo da psicologia à época de graduação:

"... Também acho que outra coisa que não tava na minha cabeça era ganhar dinheiro [...] não tinha nada de concreto, de ligar isso com a minha vida, era, ser psicóloga era uma coisa legal e atender pacientes [...] o resto... acho que foi bem depois." (sujeito nº 7)

Gostaríamos de assinalar o caráter um tanto indeciso do discurso da informante quando nos diz que "acha" que "ganhar dinheiro" não era uma preocupação com a qual se ocupasse à época. Isto porque imaginamos que a incerteza desta quanto as suas despreocupações econômicas de graduanda possa ser

explicada pela posterior reversão de perspectivas em relação as mesmas, observada já à época de seu ingresso no serviço público (descrita no subitem seguinte) e reafirmada por sua trajetória neste até o momento que nos concedeu a entrevista: Tal incerteza afigura-se a nós, talvez como fruto da estranheza da informante ao reconstruir de memória no momento de sua resposta, despreocupações tão opostas à sua atual realidade profissional.

Uma vez descrito o quadro acima e antes de passar ao próximo subitem, cabe retomar alguns comentários feitos anteriormente para desenvolvê-los um pouco mais. Referimo-nos à questão do consultório particular como opção mais freqüente de atuação profissional de nossos entrevistados. Dissemos na oportunidade anterior que alguns sujeitos haviam mencionado sua percepção de que tal escolha apresentava-se como uma tendência quase que natural dos estudantes que optavam pela psicologia clínica. Observamos também que embora só mais recentemente tenham surgido um número maior de publicações refletindo sobre o comportamento de estudantes e psicólogos quanto às escolhas por formas de atuação profissional (Langenbach et al, 1985-a, 1985-b, entre outros), a preferência pelo atendimento clínico e em consultório particular (ao menos em termos de Rio de Janeiro) já era percebida por estes, ainda que de modo não sistematizado há mais longo tempo. Isto nos ficou claro ao observarmos que tal percepção foi citada tanto por dois sujeitos situados na faixa dos que se formaram entre um e três anos antes do concurso, como por outros dois que haviam

concluído a graduação há oito e dezessete anos respectivamente. Acreditamos ser possível atribuir tal fato a grande influência da psicanálise (e por conseguinte do modelo de atendimento a ela associado) na história da formação e desenvolvimento dos cursos de psicologia no Rio de Janeiro comentada na Introdução do presente trabalho. Neste sentido o atendimento em consultório particular pareceria aos estudantes da época (e a grande parte dos atuais também) a trilha "natural" a ser seguida, não só por eles, mas como pela maioria dos colegas após a graduação.

Feitos estes últimos comentários passemos ao próximo subitem.

MOTIVOS DE INGRESSO NO SERVIÇO PÚBLICO.

O material discursivo com o qual doravante nos ocuparemos revelou à uma primeira leitura um grande número de referências ao fator econômico como responsável pelo ingresso dos sujeitos no serviço público. Embora alguns desses sujeitos apresentassem também razões outras paralelas ou secundárias quanto ao fator em voga, este revelou-se o denominador comum da maioria das respostas, variando no entanto de importância ao longo do conjunto total das mesmas e permitindo com isso sua categorização a partir desta variabilidade. Feitas estas reservas iniciais passemos a apresentação destas:

Afigura-se como uma primeira categoria aquela onde as aspirações econômicas aparecem como único ou principal fator

a influenciar a decisão pelo ingresso no serviço público.
Trazemos inicialmente dois fragmentos de respostas alocáveis na mesma:

"Estabilidade, na época o salário era bom, [...] basicamente isso, quer dizer, seria até uma... um degrau, né, [...] teria que ter dinheiro pra ter meu consultório, enfim..." (sujeito nº 2)

"...já tinha bastante tempo de formada mas ainda não tinha uma visão muito clara do que era o serviço público, não foi uma opção pelo serviço público não, opção de trabalhar, por ganhar dinheiro, fazer um trabalho decente, legal..." (sujeito nº 7)

Informam ainda as responsáveis pelo acima transcrito já haver pensado em trabalhar no serviço público antes do concurso que possibilitou o ingresso neste. Revelam-nos respectivamente, uma que eventualmente já havia imaginado trabalhar no INAMPS, mas de forma muito vaga e passageira; a outra que inclusive já havia feito outros dois concursos públicos onde não havia sido aprovada, mas tornando a ressaltar que não eram opções pelo serviço público "... era trabalhar em algum lugar..." nas palavras desta.

Dois outros emitentes de respostas alocáveis na presente categoria citaram por sua vez a "possibilidade de trabalhar" e a "oportunidade de um emprego" como expressões inaugurais das mesmas. Para o primeiro deles a "possibilidade de trabalhar" parece estar mais intimamente relacionada ao fator econômico, já que o sujeito além de não citar outras razões, havia mencionado tal fator como influente em sua própria escolha profissional, revelando ainda, não haver

pensado anteriormente em ingressar no serviço público. Para a segunda, a presença do fator econômico já se faz acompanhar de outras razões: "...era uma hipótese de ter um emprego [...] e que ao mesmo tempo poderia ser perto de onde eu morava...". A idéia de trabalhar próximo de casa assume um certo peso para esta entrevistada na medida em que morava em local afastado onde a maioria das pessoas trabalhavam numa universidade pública da localidade. Isto fez com ela já houvesse imaginado trabalhar num ambulatório mantido por tal instituição, antes do surgimento do concurso.

A segunda categoria de respostas caracteriza-se por uma menor influência das aspirações econômicas na decisão pelo ingresso no serviço público para a qual são mencionadas um maior número de razões paralelas. Examinando os depoimentos dos emitentes deste segundo tipo de resposta, traremos inicialmente trecho da fala de uma entrevistada que admitindo a possibilidade de que alguém venha a trabalhar no serviço público apenas pela necessidade de um emprego não se coloca no entanto neste lugar:

"Abriu um concurso e eu resolvi fazer. Eu gostava da idéia. Não fiz só porque queria emprego não. Eu gostava da idéia de trabalhar em serviço público." (sujeito nº 1)

A entrevistada informa ainda que embora houvesse estagiado no serviço público não havia pensado em ingressar nele por não saber como. Quando o concurso surgiu, esta possibilidade se fez: "Eu gostei na época quando pintou [o

concurso] porque eu achei que ia ser uma coisa bacana..."

Dentre as integrantes desta mesma categoria apresentamos mais duas respostas:

A primeira delas, de uma informante que atribuiu seu ingresso no serviço público ao seu "compromisso de trabalhar na rede básica de atendimento em saúde pública" assumido portanto antes do concurso e estabelecido a partir da realização de um curso de Especialização em Psiquiatria Social na Escola Nacional de Saúde Pública ocorrido três anos e meio após a conclusão de sua graduação. Nas palavras da entrevistada esta "vivia seca" por trabalhar principalmente em Centros ou Postos de Saúde, acrescentando no entanto (como já fizera ao responder sobre os ideais de realização profissional), que tal meta incluía o objetivo de poder se "resolver financeiramente".

A segunda resposta advem de outra entrevistada ao relatar que, além de suas preocupações sociais, a oportunidade oferecida pelo concurso de trabalhar no município onde nascera e vivera a maior parte da vida, contribuíra para sua participação no mesmo, o que não ocorreu sem que anteriormente já houvesse pensado em trabalhar em instituições. Acrescentou ainda a informante que a possibilidade de trabalhar com pessoas que conhecia (no caso os coordenadores do P.S.M.) e a oportunidade de ter um emprego (até então não mencionada) teriam também influenciado em sua decisão.

Notamos quanto as respostas restantes ainda incluíveis nesta categoria, que seus autores praticamente repetiram o já dito ao falarem anteriormente sobre seus ideais de uma atuação profissional mais voltada para o social. Desta

forma são citados como razões de ingresso no serviço público os mesmos ideais relacionados a "preocupação social", só que ladeados pela menção à "garantia de um emprego" e à "remuneração segura" num caso e pelo desejo de um "emprego fixo" no outro. Tais entrevistados informam ainda já haver de "alguma forma" trabalhado no serviço público antes do concurso, um no setor de recursos humanos de uma empresa estatal e o outro em clínicas conveniadas com a LBA.

Um caso singular desta categoria é o que se define pela não menção às aspirações econômicas, citadas em resposta anterior, como motivo de ingresso no serviço público. Tal resposta parece ter sido emitida com a função de complementar ou retificar o dito na resposta à questão anterior. A entrevistada que falando sobre seus ideais de realização profissional se referira ao serviço público como fonte de "dinheiro certo", acrescenta desta feita razões de ordem pessoal e profissional¹ ao seu posicionamento em relação a este sem mencionar as aspirações econômicas anteriores:

"E eu sou uma pessoa que tem um perfil meio assim de... uma pessoa preocupada com o acesso da população ao serviço de saúde, [...] e para além disso um certo interesse de atender uma clínica, não aquela que a gente é preparado pra atender [...]" (sujeito nº 5)

Acrescentou ainda a entrevistada já ter feito um concurso (posteriormente anulado) tempos antes daquele que a admitiu no quadro de servidores estaduais.

1. O depoimento da entrevistada em sua íntegra mostra que tais razões já vinham da época da graduação.

Quando começamos a análise do material que acabamos de apresentar ocorreu-nos uma questão: que motivos apresentariam para o ingresso no serviço público os sujeitos que à época de graduação não incluíam tal perspectiva entre seus ideais de realização profissional? Teria a trajetória posterior destes despertado-lhes o interesse pela atividade clínica ambulatorial, ou outros fatores "não tão clínicos assim" teriam moldado tal decisão?

A Comparação entre as respostas que acima comentamos e as referentes aos ideais supracitados nos fornecem uma primeira pista: observamos por exemplo que os profissionais cujo discurso lhes valeu a inserção na categoria dos que apontaram única ou principalmente aspirações econômicas como motivos de ingresso no serviço público, outros não eram senão os que não o haviam mencionado, (nem o trabalho institucional, ambulatorial, ou qualquer referência próxima), ao falarem sobre seus ideais de realização profissional.

Outro ponto a destacar sobre estes profissionais: Se as aspirações econômicas aparecem como motivos do ingresso no serviço público, quase não são citadas entre os ideais de realização profissional, já que só um sujeito menciona-as entre estes.

O apontado acima no entanto não nos deve fazer imaginar profissionais com os olhos convertidos em cifrões ao se depararem com a oportunidade até então não imaginada de ingressar no serviço público, O que parece estar em jogo é a busca de uma certa estabilidade financeira face as dificuldades desta ordem encontradas já no exercício da profissão, e talvez

não cogitadas à época da graduação. Tal estabilidade que permitiria fazer frente, ainda que minimamente, as flutuações e instabilidades do exercício profissional em psicologia clínica, traria principalmente para quem desejava o trabalho em consultório particular, a oportunidade de se aventurar de forma menos arriscada no difícil mercado dos atendimentos psicológicos privados.

Prosseguindo com a comparação entre as respostas a ambas as perguntas que compõe o presente item podemos dizer ainda que quem optou pelo ingresso no serviço público por motivos não econômicos ou casuísticos (como trabalhar perto de casa por exemplo) já trazia entre seus ideais dos tempos de graduação, segundo o dito, tendências ainda que por vezes tímidas, no sentido da prática clínica neste contexto. Em nenhum dos sujeitos de nossa amostra tais tendências surgiram posteriormente a graduação, embora possam em alguns casos ter aí melhor se definido, isto mesmo em casos em que o ingresso no serviço público se deu oito anos após a graduação. Tal constatação aponta para o significativo papel do curso de graduação em termos de definição das aspirações propriamente clínicas quanto à futura modalidade de atuação profissional (pública, privada ou ambas). A trajetória posterior a mesma, ao menos em termos da nossa amostra, só lançou os profissionais em modalidades de atuação não citadas entre aqueles ideais por conta dos já citados motivos econômicos os casuísticos.

Ao analisarmos agora o material discursivo em sua totalidade observamos que todos os entrevistados acabaram por citar, em algum ponto de seu discurso, a influência do fator

econômico, quer seja em seus ideais ou em suas efetivas escolhas no exercício profissional. Tal análise também nos permite reiterar, agora quanto a totalidade de nossa amostra, que diferentemente dos muitos que optam por determinadas carreiras afamadas como muito promissoras em termos salariais, nenhum de nossos entrevistados esperava do serviço público a promessa de ganhos vultosos. A estabilidade financeira neste procurada, mesmo para aqueles cujos ideais da época de graduação já o incluíam, embora possa ter atraído mais fortemente os recém-formados (que são maioria no grupo total dos psicólogos lotados em Centros e Postos de Saúde do P.S.M.), não seduziu apenas estes. Ainda que tais recém-formados sejam os que geralmente mais se deparam com dificuldades financeiras, observamos, por exemplo, que a entrevistada que a mais tempo havia se graduado quando da realização do concurso (17 anos) foi a que iniciou a sua resposta sobre a razão de ingresso no serviço público com a expressão "A oportunidade de um emprego". Por outro lado também sujeitos graduados há não tanto tempo, mas com uma situação profissional razoavelmente definida, também fizeram referências a estabilidade financeira revelando, por exemplo, terem vislumbrado no serviço público a possibilidade de um "emprego fixo".

Outro ponto a considerar também é o fato do serviço público exigir dos profissionais de saúde uma carga horária que possibilita outras atividades. Desta forma mesmo não oferecendo salários expressivos (principalmente a nível estadual como é o caso) a certeza de tal remuneração fixa ainda que modesta quando aliada a uma carga horária reduzida e flexível (é

relativamente fácil para os profissionais modificar e as vezes até reduzir seus horários em função de suas outras atividades) parece ter tornado o serviço público uma opção atraente para profissionais em diferentes estágios de suas carreiras, mormente diante da crônica instabilidade da economia brasileira, cujos reflexos insistentemente tem batido a porta dos consultórios particulares.

6.2 - PRIMEIROS CONTACTOS COM O SERVIÇO PÚBLICO: DIFICULDADES E FACILIDADES PARA A PRÁTICA CLÍNICA.

No item que ora se inicia apresentaremos os depoimentos dos sujeitos quanto aos fatores que consideraram dificultar e/ou facilitar sua prática clínica no âmbito do serviço público.

Os dados obtidos foram organizados em algumas categorias. Como as referentes a dificuldades foram mais numerosas serão examinadas primeiramente. Diferentemente do realizado no item precedente, não houve aqui necessidade de sublinhar as características principais das categorias, já que estas, no caso são definíveis em poucas palavras.

FATORES DIFICULTADORES DA PRÁTICA CLÍNICA:

Apresentaremos abaixo as categorias através das quais dividimos o material em pauta, para em seguida comentar as respostas concernentes a cada uma delas:

- . Dificuldades Econômicas.
- . Dificuldades com a Clientela.
- . Dificuldades Relacionadas à Formação Profissional.
- . Dificuldades em Relação às Unidades de Saúde.
- . Dificuldades em Relação ao Sistema de Saúde.
- . Dificuldades quanto a Presença e/ou Relacionamento com Outros Profissionais na Equipe ou Fora dela.

. Dificuldades Econômicas.

O tipo mais freqüente de resposta no que tange aos fatores que dificultam e/ou facilitam a prática clínica no serviço público é o que se refere a presente categoria. A maioria dos entrevistados cita como problemática a irrisória remuneração atualmente paga pelo Estado aos profissionais de saúde (e que na época da realização das entrevistas já era de pouco mais de dois salários mínimos). A menção aos baixos salários fez-se acompanhar de relatos que falavam tanto dos problemas de ordem prática trazidos pela falta de recursos, como da carga simbólica associada ao recebimento de salários escorchantes. Cabe esclarecer antes de examinar as respostas, que no primeiro ano após o ingresso no serviço público os profissionais do P.S.M. chegaram a receber, quando da aprovação do plano de cargos e salários do pessoal da saúde, uma remuneração equivalente a sete salários mínimos, valor este que desde então vem paulatinamente sendo defasado resultando na situação acima descrita.

Dentre as dificuldades práticas citadas juntamente e como resultantes da má remuneração encontramos a que configura um primeiro tipo de resposta: A dificuldade de fazer frente as despesas resultantes da circunstância, vivida por muitos dos integrantes do P.S.M., de estar lotado em unidade distante ou fora do município da própria residência. Embora o concurso tenha sido regionalizado, e muitas pessoas tenham optado por trabalhar em outras cidades quando nele se inscreveram, deve-se lembrar que quando tal opção foi feita os salários pagos pelo

Estado compensavam a escolha. Com o passar do tempo e com a mencionada defasagem, os gastos com transporte e alimentação tornaram-se inviáveis, ocasionando grande parte dos muitos pedidos de transferência para unidades mais próximas, o que por sua vez resultou na desintegração de diversas das equipes de saúde mental.

Se solicitar transferência para unidades mais próximas configura-se como uma estratégia relatada pelos profissionais para contornar suas dificuldades financeiras, esta não foi no entanto a única. Conseguir a redução de carga horária (o que significa menores despesas com transporte e alimentação, além de maior tempo livre para outras atividades) tem sido outra estratégia adotada para este fim, configurando um segundo tipo de resposta. Esta estratégia, no entanto, tem sido utilizada em alguns municípios do Estado não só por solicitação dos profissionais, mas também por iniciativa das próprias direções municipais das unidades de saúde que entretanto têm outro motivo para tanto: Tentar proceder uma isonomia salarial entre funcionários municipais e estaduais da mesma unidade, igualando não o valor da remuneração mensal mas sim o da hora trabalhada.

Isto acontece no caso de municípios que pagam á seus profissionais salários superiores aos do Estado, e que deveriam, a partir do processo de municipalização resultante da implantação do SUS, complementar tal diferença. Como, salvo raras exceções, esta complementação quase nunca é feita, algumas direções de unidades por conta própria, ou as vezes com o respaldo das secretarias municipais, acabam por implantar ou

concordar oficiosamente com tal estratégia, o que as vezes inclusive chega a níveis drásticos. No caso por exemplo do informante que fez o depoimento acima, tal recurso permitiu que o mesmo estivesse trabalhando, na época da concessão da entrevista, apenas um meio expediente (quatro horas) por semana, quando oficialmente os psicólogos da Secretaria Estadual de Saúde deveriam cumprir vinte horas semanais.

Por outro lado no entanto, o oposto também se verificou, ou seja, em algumas unidades com o processo de municipalização e a conseqüente troca de direção, alguns profissionais que cumpriam dois expedientes integrais por semana passaram a ser obrigados a cumprir quatro e as vezes cinco meios expedientes semanais, o que aumentava as despesas com transporte ou pernoite de quem residia distante, reforçando nestes o desejo de se transferir. Outra atitude ainda tomada por algumas novas diretorias e que também colaborou para os pedidos de transferência, foi a de lotar profissionais que já residam distante em unidades municipais ainda mais afastadas, geralmente nas periferias dos municípios, o que obviamente aumentava o tempo gasto e as despesas com locomoção.

Um outro tipo de resposta a ser enfocado agora é o que destaca principalmente o aspecto simbólico de desvalorização do trabalho de profissionais que são mal remunerados, e o clima de desmotivação e menos valia decorrente desta situação. O trecho a seguir transcrito exemplifica este aspecto:

"É... tem uma desvalorização mesmo muito grande da

gente, do, do serviço público com a gente, da gente com a gente mesmo, [...] "É... a questão do salário, a questão da desmotivação geral dentro das unidades que a gente trabalha, [...] esse clima de quem tá ali tá derrotado, tá fudido, tá, tá no pior lugar possível, né." (sujeito nº 07)

É interessante observar sobre a resposta acima que a informante fala não apenas de sua própria desmotivação e desvalorização por conta dos baixos salários, mas chama a atenção para o clima institucional gerado por tal situação. Ou seja, parece haver duas sortes de influências simbólicas da má remuneração sobre os profissionais: uma, que poderíamos chamar de direta, que viria da constatação através do próprio salário da pouca importância dada pelo Estado ao trabalho destes, e outra, que chamariamos de indireta, advinda do convívio numa instituição com outros profissionais também desmotivados e desvalorizados.

Um outro exemplo ilustrativo deste mesmo tipo de resposta nos vem de uma informante que após salientar sua dificuldade com "... essa coisa do salário como isso pega!" nos conta que mesmo tendo ingressado no P.S.M. "no maior pique", temeu com o passar do tempo ficar um dia tão desmotivada quanto um psicanalista colega de mesma unidade, que tendo dez anos de Estado na época, atendia pouquíssimos pacientes "embora superbem":

"Ele tem dez anos de Estado e ele já tá meio sem pique [...] eu acho que se eu não tomar cuidado, com cinco anos eu vou tá assim como ele tá [...]. Com três anos eu cheguei lá, certamente com três anos eu cheguei lá. [...] eu atendo, procuro sempre atender, mas realmente é muito desmotivador." (sujeito nº 09)

Se na resposta acima são narradas sensações de desmotivação e menos-valia geradas pelos baixos salários, num outro tipo de resposta mencionada por duas entrevistadas, a sensação em pauta (descrita com as mesmas palavras por ambas) é a de diante dos salários recebidos estar "praticando filantropia". Em que pese o tom um tanto irônico da menção, talvez seja possível dizer que ela expresse uma reação defensiva a esta situação de desvalorização dos profissionais e de sua prática, já que colocar-se como filantropo (alguém que ainda pode dar algo de si e que o faz por livre e espontânea vontade) parece preferível que posicionar-se na situação de menos-valia originada pela baixa remuneração.

Por último, outro tipo de resposta é a mencionada por uma informante que cita como dificuldade ligada ao fator econômico, a ocorrência das greves no serviço público, que geralmente se dão por conta de reivindicações salariais e de melhores condições de trabalho. A entrevistada relata que por ocasião das mesmas sente-se sem saber o que fazer em relação a seus atendimentos, já tendo nestas ocasiões se comportado de diversas formas, tais como: suspender completamente os atendimentos, atender somente os psicóticos, atender somente estes e alguns neuróticos, e até mesmo atender a todos quando estava prestes a licenciar-se por gravidez. Esta alternância de atitudes de nossa informante, embora possa ser mais exceção do que regra, reflete a situação espinhosa em que os psicólogos enquanto servidores públicos são colocados quando das greves da categoria. Isto porque enquanto psicólogos a maioria estabelece com seu clientes no início do tratamento um contrato

terapêutico que compromissa ambas as partes, entre outras coisas, com a regularidade das sessões. Desta forma diante da greve tais profissionais se vêem entre a "cruz" de furar o movimento e a "espada" de descumprir ainda que temporariamente o contrato. Revezes de uma prática apoiada no modelo profissional liberal quando aplicada a um enquadre onde um dos atores, em condição não liberal, comparece com duas e por vezes incompatíveis identidades: psicólogo e servidor público.

Não nos cabe aqui, por não ser pertinente a nossos objetivos, discorrer sobre as implicações teórico-clínicas de tal situação. Cabe-nos no entanto trazer a baila uma observação vinda do campo. Embora a informante em pauta tenha se mostrado bastante mobilizada com a questão das greves e embora estas tenham sido uma constante nos já quase sete anos de implantação do P.S.M., nenhum outro sujeito mencionou-as, ainda que de passagem, como dificuldade para a prática clínica. Isto torna-se ainda mais significativo quando comparado com a alta recorrência do tema baixos salários nos discursos dos entrevistados. Seria de se esperar que, pelos próprios entraves que trazem ao tratamento, gerando inclusive o abandono dos mesmos, e além disto, até mesmo por um efeito de associação de idéias (já que acontecem principalmente por reivindicações salariais), as greves fossem mais freqüentemente citadas como dificultadoras da prática clínica. Se isso não ocorre talvez possamos a partir daí levantar uma possibilidade de interpretação para tal fato:

Diferentemente das outras dificuldades apontadas em relação a prática clínica, os baixos salários só interferem

nesta, na medida em que primeiro produzem efeitos sobre o profissional, quer seja subjetivamente pelo valor simbólico de não reconhecimento e desvalorização do trabalho, que contribuem para a desmotivação; quer seja pelos empecilhos que gera na vida prática deste, ou seja, no campo extra-territorial ao clínico. Este último aspecto, além de originar também conseqüências mais ou menos drásticas sobre a prática clínica (como o seu encerramento numa determinada unidade quando da transferência ou exoneração do profissional, por exemplo) cria ainda problemas práticos para a vida pessoal do profissional (que podem ir desde a dificuldade de pagar suas contas à necessidade de desdobrar-se em outras atividades nem sempre compatíveis entre si), o que pode acabar por mobilizá-lo bem mais que os resultados clínicos de seu trabalho. Desta forma, embora a pergunta feita aos sujeitos refira-se a dificuldades e/ou facilidades com relação a prática clínica, é o discurso sobre dificuldades que os atingem em vários setores de suas vidas (como a má remuneração, por exemplo), que acaba por comparecer mais freqüentemente como resposta e não fatores que, embora mais dificultadores do processo clínico afetam muito mais a clientela (que no caso das greves, por exemplo, se vê privada do atendimento) do que o profissional.

. Dificuldades com a Clientela.

No que tange a presente categoria um primeiro tipo de resposta encontrada refere-se a dificuldades de comunicação entre paciente e profissional atribuídas as diferenças sócio-

culturais entre estes. Os exemplos a seguir clarificarão o que isto quer dizer:

"Agora assim tem outras dificuldades [...] os clientes da gente são clientes assim que tem um código diferente do nosso, né." (sujeito nº 01)

"... mas o fato é que essa clientela tem uma, uma forma de referenciar o seu mal estar psíquico, que é muito particular e que a gente nunca viu na época da faculdade e a gente nunca viu em nenhuma teoria, a gente nunca viu em nenhuma disciplina, quer dizer, talvez a gente tenha visto um pouco [...] em disciplinas que não são as específicas da psicologia, assim, né." (sujeito nº 08)

Uma outra resposta subsumida pela categoria em pauta é a que se refere ao tipo de demanda desta clientela que, segundo o depoimento de uma das entrevistadas, diferia bastante da que seria esperada tomando por base a experiência com a clientela do consultório particular, que procuraria atendimento basicamente para "se tratar, se conhecer". No serviço público, por outro lado, a clientela muitas vezes era encaminhada por outras instituições ou profissionais de saúde não tendo uma "demanda própria" mas sim uma "expectativa de eliminação de sintoma" nas palavras da profissional. É importante ressaltar aqui que o que é visto como problemático é o fato do comportamento da clientela diferir do esperado pela profissional que não se sentia, pelo menos no início de sua prática clínica no ambulatório público, instrumentalizada para lidar com tal situação.

O abandono de tratamento por parte de algumas pessoas foi outro tipo de resposta referente as dificuldades com a

clientela. Relatou a mesma informante que no início de sua prática clínica no serviço público tendia a atribuir tais abandonos a possíveis equívocos em seu exercício psicoterápico, perguntando-se se estaria "trabalhando errado". Conforme nos informou ainda, com o passar do tempo, esta e as outras dificuldades citadas por ela, passaram a ser percebidas mais como resultado das características inerentes a população atendida, do que de uma prática clínica equivocada. Isto fez que nossa informante juntamente com sua equipe modificasse a modalidade de atendimento que passou a ser feita não mais individualmente, mas sim através de grupos abertos onde os pacientes tem a possibilidade de sair e retornar sem perder sua vaga. Esta forma de atendimento que começou com um grupo aberto de psicóticos foi posteriormente estendida a toda a clientela. Atualmente, segundo a informante, apenas algumas crianças são atendidas individualmente já que, devido a superlotação de sua agenda, adultos que não desejem o atendimento grupal são encaminhados a outras instituições.

Mais um tipo de resposta que aponta outra característica da clientela dificultadora da prática clínica nos vem ainda da mesma informante. Tal característica seria a tendência de certos integrantes da clientela em buscar o que ela denominou como "ganho social da doença". Outras palavras não seriam melhores que as suas próprias para explicar tal expressão:

"... as pessoas não querem se tratar né, elas querem tá é filiadas ao serviço pra poderem continuar recebendo o benefício do INPS. Então isso é um saco sabe, porque você vê que você tá lá se esforçando, trabalhando

pra cacete, dando o melhor de você, e a pessoa não tá a fim de ficar boa..." (sujeito nº 01)

As três primeiras dificuldades apontadas (diferentes demandas, dificuldade de comunicação, e abandono de tratamento) distinguem-se do "ganho social da doença" num aspecto que nos chamou a atenção; o fato de serem bastante comentadas (mormente a diferença de códigos) nos textos integrantes do "corpo de discursos", e que segundo informação das próprias entrevistadas em outros pontos de suas entrevistas, lhes eram conhecidos (principalmente pela informante que mencionou sozinha a segunda e a terceira dificuldades). Tendo em vista ainda o fato de nenhum dos outros entrevistados ter relatado (com ou sem a mesma desenvoltura) idênticas dificuldades, e destes desconhecarem ou conhecerem superficialmente os textos em pauta, levantamos a seguinte hipótese que acreditamos poder estender a outros profissionais envolvidos com a prática psicoterápica em instituições públicas:

Parece-nos plausível que o confronto com um número grande de abandonos de tratamento, de cronificações, ou de resultados aquém dos pretendidos em sua prática clínica, colocaria em cheque para alguns informantes suas próprias identidades profissionais, gerando um desconforto na esfera narcísica que poderia ser minimizado, caso os insucessos ocorridos naquela, pudessem ser atribuídos a características da clientela dificultadoras desta prática. Dessa forma, o conhecimento dos textos que apontam tais características ganharia uma importância a mais na medida em que, corroborando esta tese, afastaria ou atenuaria com isso, as dúvidas que o

próprio profissional ou seus pares pudessem levantar em relação a prática clínica deste. No caso da informante a partir da qual levantamos essa hipótese, cabe lembrar que a mesma havia relatado dúvidas quanto a sua prática clínica quando falou sobre abandonos de tratamento, dúvidas estas que foram posteriormente atenuadas quando tais abandonos passaram a ser vistos como característica inerente a clientela...

De qualquer forma, independentemente da específica informante se enquadrar na hipótese levantada, teremos oportunidade ainda de corroborá-la ao examinar as respostas específicas sobre a influência de tais textos na prática clínica de nossos sujeitos, deixando-a no entanto desde já apontada.

Retornando ao exame das respostas, acreditamos ser menos provável que hipótese acima se aplique a última resposta apresentada (o chamado "ganho social da doença"), já que esta embora também comentada, o é de forma bem mais comedida e de passagem, em um número menor de textos relacionados as práticas psicoterápicas ambulatoriais (Duarte, 1986; Bezerra, 1982). Isto nos leva a crer que nesse caso seja mais provável que a entrevistada tenha feito uma observação original, não ou menos contaminada por um conhecimento bibliográfico prévio.

Entrementes gostaríamos de comentar ainda sobre o chamado "ganho social da doença" que a partir de nossa própria experiência em instituições públicas, parece-nos que um aprofundamento do processo de triagem, muitas vezes abreviado em função da grande demanda enfrentada por algumas instituições, poderia minimizar o problema em questão,

distinguindo melhor os possíveis simuladores dos portadores de outras problemáticas responsáveis por tal tipo de reação ao tratamento.

Prosseguindo com o exame do que disseram nosso entrevistados no que tange ainda as dificuldades com a clientela do serviço público, encontramos mais um tipo de resposta, esta no entanto contrapondo-se as anteriores. Apontando outras ordens de dificuldades encontradas na prática clínica em tal contexto¹ uma das entrevistadas aproveita a oportunidade para mencionar que embora conheça os textos sobre o assunto discorda das dificuldades apontadas por estes (e algumas, como vimos, mencionadas nas respostas anteriores), afirmando não enfrentar empecilhos maiores ao atender a clientela do serviço público do que os encontrados ao atender os pacientes do consultório, o que atribuiria ao tipo de referencial teórico (lacanian, diga-se de passagem) norteador de seu trabalho:

"...se eu trabalhasse numa linha identificatória, se eu me colocasse lá como ego forte para o ego fraco do paciente se identificar comigo, aí daria, eu acho que daria problema. Mas como eu trabalho numa linha que é estrutural, eu acho que dilui grande parte dessas questões, e as questões que se apresentam são questões que se apresentam em qualquer caso, sabe, sem ser específico se é da população A, B ou C." (sujeito nº 5)

Não discutiremos aqui o mérito teórico da afirmação da entrevistada pois isto, além de implicar em discorrer

1. Tais dificuldades serão comentadas na ocasião oportuna.

longamente sobre as perspectivas lacaniana e da psicologia do ego, não seria pertinente a nossos objetivos no presente trabalho. Limitamo-nos a dizer que a partir de contactos informais com outros lacanianos verificamos que a opinião da entrevistada não se mostra unívoca em meio a estes. Embora alguns sustentem opiniões próximas as desta, outros (inclusive uma profissional da mesma instituição psicanalítica da informante) defendem pontos de vista divergentes. Outros exemplos referentes a esta questão serão vistos oportunamente após passarmos à abordagem do aspecto dificuldades relacionadas à formação profissional.

. Dificuldades Relacionadas a Formação Profissional.

É possível dizer que as dificuldades referentes a formação profissional relacionam-se proximamente com as atribuídas as características da clientela. Isto porque é na medida em que a clientela não responde ou responde de forma não desejada ao tratamento que certos profissionais se vêem diante de dificuldades que poderão ser atribuídas a clientela ou a sua formação. Assim sendo adotamos o critério de classificar a resposta de acordo com o fator (clientela, ou formação) ao qual o informante atribuiu total ou preponderantemente as dificuldades encontradas.

O tipo de resposta que abordaremos inicialmente pode ser exemplificada pela transcrição do trecho de um depoimento feita na pg. 85. Isto porque naquela oportunidade a informante (sujeito nº08) além de atribuir suas dificuldades a forma da

clientela referenciar seu mal-estar psíquico (diferença de códigos entre terapeuta e clientela) chama a atenção para o fato das faculdades de psicologia não abordarem o tema não instrumentalizando portanto os futuros profissionais para lidar com a mesma. Assim sendo a informante também atribui à formação profissional (da qual a formação universitária faz parte) as dificuldades com as quais se deparou em sua prática clínica.

Outra dificuldade apontada por uma informante foi o fato desta, embora tendo estagiado e trabalhado em instituições públicas antes do ingresso no P.S.M., não ter feito uma "formação em psicoterapia". Isto seria para ela a razão de seu questionamento sobre a própria natureza de seu trabalho no serviço público para o qual nunca encontrou uma "supervisão específica para o atendimento em saúde pública", embora tenha inclusive pago supervisões particulares para este fim:

"O que que é uma psicoterapia no ambulatório público? Essas questões todas eu nunca consegui responder. Tipo assim: Tem terapia? Como é que é terapia? Como é que se faz terapia?" (sujeito nº 09)

Estas questões não respondidas se refletem num modo de exercer a prática clínica que, salvo as especificidades da formação da profissional em questão, talvez traduza a forma *ad hoc* (Lo Bianco, 1988,) pelos quais muitos dos psicólogos do serviço público, na falta de uma formação mais específica, realizam seus atendimentos. Vejamos como a própria entrevistada a descreve:

"Então eu... A gente sempre faz, e não adianta

dizer que não, um arremedo do que se faz no consultório, a gente pega aquilo que aprendeu fazendo no consultório, né, com essas supervisões todas, aí pega tudo que a gente leu de Psiquiatria Social, de Psicologia Comunitária, de Psicologia Social, joga, mistura, faz uma grande salada e mete bronca e vai fazendo." (sujeito nº 09)

Em que pese a forma um tanto caricatural com a qual a informante generaliza, a partir da sua, a prática clínica no serviço público, ao compararmos sua declaração de que esta seria um arremedo da prática privada, com sua afirmação anterior de que uma de suas principais dificuldades seria não ter feito uma "formação em psicoterapia" (e isto no sentido genérico do termo), surge-nos a pergunta: De que adiantaria uma formação em psicoterapia, não específica para o atendimento ambulatorial, se este estaria fadado a ser um arremedo do oferecido no consultório? Uma breve visada num trecho imediatamente posterior do depoimento da profissional esclarecerá a questão:

"Então, eu acho que primeiro, primeira dificuldade é sem dúvida nenhuma a formação. Eu não sei, às vezes eu olho assim pros meus colegas que são lacanianos quase todos, sinto a maior inveja, porque parece que estas dúvidas não permeiam, assim, não passam por eles; mas pra mim fica assim uma coisa sempre estranha, né." (sujeito nº 09)

Diante das palavras acima somos levados a crer que a "formação em psicoterapia" da qual a informante sente falta seria na verdade uma formação em psicanálise lacaniana, já que esta seria a responsável pela tranqüilidade invejada. É interessante notar também que a entrevistada percebe que esta tranqüilidade vem não do fato dos lacanianos deterem as

respostas para as suas questões, mas sim do fato destas questões não se colocarem para eles (pelo menos para os que ela conhece). Como já havíamos citado anteriormente esta "tranqüilidade" não deve ser estendida a todos os lacanianos. No próprio âmbito de nossa amostra encontramos outra informante que também citou o fato de trabalhar com um laciano, sendo que este, também psiquiatra, limitava seu atendimento na instituição à prescrição de medicamentos, e isto justamente por não acreditar na possibilidade de ali exercer a psicanálise.

Outrossim não podemos também deixar de citar o fato de que um dos principais textos a problematizar a questão das práticas psicoterápicas ambulatoriais (Costa, 1989) mostra, apoiando-se também em Lacan, como é possível compatibilizar a questão das diferenças culturais de subjetividade (que subsumem as dificuldades com a clientela comentadas anteriormente) com a "hipótese da invariância de certas estruturas psíquicas do sujeito" (Costa, 1989) esta citada por alguns justamente para negar ou relegar a segundo plano os problemas advindos de tais diferenças de subjetividade (já que estas estruturas seriam invariantes, e a psicanálise voltar-se-ia justamente para elas, as diferenças de subjetividade não constituiriam problema). Parece-nos, no entanto, que a entrevistada em pauta acredita numa pretensa univocidade dos lacanianos sobre a questão das práticas psicoterápicas ambulatoriais que, como os exemplos trazidos pretendem demonstrar, não se confirma num âmbito mais amplo que o observado por esta.

Por outro lado, passando agora a resposta de outra informante, veremos que a partir de um referencial teórico

diametralmente oposto a psicanálise, também encontramos profissionais tranqüilos em relação a sua prática clínica no serviço público. Referimo-nos ao caso de uma profissional orientada pela psicologia comportamental para quem a única dificuldade em relação à própria formação residia no fato de, no início de seu trabalho no Centro de Saúde em que foi lotada, ter pouca experiência no atendimento de adultos, o que julga ter sido plenamente contornado com as leituras, curso de formação e supervisões que realizou sobre o assunto na época. Pode-se dizer portanto que por força do próprio referencial teórico que norteia o trabalho desta profissional, esta também não é atravessada pela questão das diferenças de subjetividade, até porque a subjetividade não pertence ao campo conceitual das teorias comportamentais.

Ao terminarmos a apresentação das respostas da categoria dificuldades relacionadas a formação profissional gostaríamos de ressaltar a tranqüilidade dos sujeitos de formação lacaniana e comportamental diante de uma clientela que para outros é fonte de dificuldades. Não teríamos como verificar se a eficácia da prática clínica destes "tranqüilos profissionais" é maior que a dos que estão cheios de interrogações. Talvez ela possa ser menos improvisada que a descrita pela informante que inveja os lacanianos. Por outro lado também é possível que os profissionais tranqüilos estejam apenas denegando suas dificuldades apegando-se a um "modus operandi" que em nome de um determinado referencial teórico (ou de um determinado tipo de leitura deste referencial) não leva em conta as especificidades de sua própria clientela.

. Dificuldades em Relação as Unidades de Saúde.

As dificuldades mencionadas nesta categoria referem-se as unidades específicas de saúde onde os profissionais exercem seu trabalho. Evidentemente elas refletem um crônico desmando no setor saúde que, conforme o caso, tanto pode se localizar a nível das direções de unidades, como do Ministério da Saúde, passando ainda pelas secretarias estadual e municipais. No entanto, os informantes em questão referiram-nas a dimensão das unidades específicas, motivo pelo qual assim as apresentamos.

Duas principais ordens de dificuldades foram citadas como respostas:

A primeira referente as instalações físicas inadequadas: Sob este aspecto um de nossos sujeitos citou como dificultadora de sua prática clínica a circunstância de ter como local de trabalho, uma sala onde outrora funcionara o serviço de radiologia do Posto de saúde, o que o colocava na prosaica situação de prestar seus atendimentos ao lado de uma máquina de raios X fora de uso. Fatos pitorescos a parte, gostaríamos de ilustrativamente (já que traremos dados externos à pesquisa) fazer um breve comentário sobre o tipo de resposta em voga: Segundo contactos informais mantidos com elementos de algumas outras equipes do P.S.M. na época de sua implantação, estes viam-se às voltas com salas sem o devido isolamento acústico, sem trancas ou chaves e sem ventilação. Entretanto, já no âmbito das entrevistas desta pesquisa, apenas mais uma

informante mencionou sua sala excessivamente barulhenta como geradora de dificuldades (no caso para os exercícios de relaxamento que realizava com seus pacientes). Esta defasagem entre informações colhidas fora/anteriormente e dentro/atualmente do âmbito da pesquisa, talvez possa também ser explicada pelas dificuldades de ordem econômica que, bem menores outrora, hoje afligem os entrevistados atingindo-os também no âmbito da vida pessoal¹, ofuscando possivelmente com isso a percepção de empecilhos relacionados apenas ao campo clínico. Imaginar, por outro lado, que as dificuldades citadas antes/fora da pesquisa não o tenham sido nesta, pelo simples fato de terem sido sanadas neste ínterim, não parece sustentável diante do progressivo processo de sucateamento do sistema público de saúde no país, que se agravou sobremaneira do governo Collor até os dias atuais.

O segundo tipo de dificuldade manifestada relaciona-se a falta de material para o trabalho nas unidades de saúde: Encontramos no depoimento do mesmo informante envolvido com empecilhos radiológicos a referência a dificuldades com falta de bancos para o atendimento em grupo que pretendia realizar, e com o único arquivo disponível que não oferecia segurança para a guarda de prontuários, que por sua vez também eram escassos. Outro informante também mencionou a falta de material para atender crianças. Em ambos os casos os problemas longe de serem sanados pelo poder público o foram parcialmente através de doações conseguidas por iniciativa própria dos profissionais

1. Conforme comentamos ao discorrer sobre a menção às greves por parte de uma única informante.

junto a particulares e outras instituições.

Levando em consideração o fato de havermos mencionado nossos contactos informais com profissionais do P.S.M. antes da realização desta pesquisa, cabe ainda comentar acessoriamente outro ponto levantado naquelas oportunidades e não mencionado nesta última: as más condições de higiene de algumas unidades, onde, por exemplo, um dos profissionais via-se diante do incômodo de atender numa sala "freqüentada" por grande quantidade de mosquitos. (Que o faziam com mais assiduidade que determinados clientes!)

Importa frisar que as dificuldades acima apresentadas formam com as de natureza econômica uma íntima coligação que cria para os profissionais não só empecilhos de ordem prática para seu trabalho clínico, como potencializa ainda mais os efeitos subjetivos de desmotivação e desvalorização sofridos por estes em função daquelas. Isto dizemos pois a partir dos depoimentos colhidos fica nítido que não só de baixos salários e funcionários desmotivados compõem-se os cinzentos tons do quadro desenhado acima.

. Dificuldades Relacionadas ao Sistema de Saúde.

Diferentemente dos sujeitos que se preocuparam em narrar as dificuldades por vezes insólitas encontradas em suas específicas unidades de lotação, outros preferiram mencionar dificuldades por vezes análogas àquelas, localizando-as porém ao nível das crônicas mazelas do sistema de saúde do país como um todo. Neste sentido, uma informante menciona algumas

dificuldades definindo-as como "inerentes à instituição pública, [...] a própria história, né, que o serviço público, que o Estado brasileiro tem e que nunca foi a de exatamente servir, né, a quem deveria servir." Tais dificuldades, advindas de um estado que mais serviria a interesses politiquinhos e escusos que aos da população, são especificadas pela entrevistada: "... é a falta de organização, é a má remuneração, é enfim, ou o clientelismo ou o fisiologismo ou a falta de qualificação enfim dos funcionários em geral..."

Também ao nível do sistema de saúde outra entrevistada localiza sua resposta apontando um conflito entre os objetivos deste e os de sua prática clínica. Adotando como referencial de seu trabalho clínico a psicanálise lacaniana, a informante explica que o citado conflito viria de:

"Você trabalhar com o sujeito, com o desejo, com o que é de cada um e dentro de um serviço que não quer trabalhar e que visa estratégias de massa". (sujeito nº 05)

Tais estratégias buscariam "mais do que restabelecer a saúde, o que deveria ser, [...] tamponar o sofrimento, seja ele de que ordem for". Parece-nos que em sua resposta a informante critica as estratégias de massa no sistema de saúde no sentido já apontado por alguns autores que se dedicam ao estudo das políticas de saúde e que enfatizam que no modo de produção capitalista estas buscariam não a implementação da saúde no sentido global do termo, mas sim um tipo de intervenção suficiente apenas para a manutenção e recuperação

da força de trabalho da massa assalariada e onde a dimensão do individual ficaria por isso mesmo elidida. É nesse sentido que entendemos a oposição colocada pela entrevistada entre o trabalho "com o que é de cada um" e as estratégias de massa, e por conseguinte, a sua referência a um "serviço que não quer trabalhar". De qualquer modo, seja qual for o sentido em que possamos entender tal resposta, gostaríamos de destacar que a entrevistada não deixa claro de que modo específico sua prática clínica seria dificultada pela contradição entre os objetivos desta e os do sistema de saúde. Sua resposta nos pareceu uma reflexão genérica muito mais inspirada por sua formação intelectual do que por sua vivência como profissional atuando no serviço público. Não que tal vivência não devesse motivar a reflexão intelectual, o que nos fez questão foi o tom genérico destituído de qualquer referência a experiência individual da entrevistada. Levando em consideração no entanto a insatisfação e o cansaço mencionados pela informante em relação a sua inserção no serviço público, o que fez em pontos posteriores da entrevista, acreditamos que o tom genérico/teórico desta na resposta em voga possa revelar uma certa resistência em mencionar situações desconfortáveis e delicadas num momento ainda inicial da entrevista.

. Dificuldades quanto a Presença e/ou Relacionamento com outros Profissionais na Equipe ou Fora dela.

Alguns de nossos entrevistados relataram dificuldades de relacionamento profissional com outros membros das equipes

multidisciplinares.

Um primeiro tipo de dificuldade referia-se ao não entrosamento entre psicólogo(a) e psiquiatra, o que geralmente foi atribuído ao tipo de formação organicista característica deste último, que fazia com que este não procurasse uma maior integração de seu trabalho com o dos outros profissionais. Cabe aqui a interrogação sobre até que ponto não houve também por parte de alguns psicólogos(as) uma predisposição negativa em relação a figura do psiquiatra baseada na idéia estereotipada de que a administração de medicamentos é sempre e necessariamente uma atitude terapêutica equivocada de conseqüências temíveis e da qual é preciso salvar o cliente. Esta possibilidade pode ser ilustrada pela seguinte frase de uma das entrevistadas:

"...Tinha um outro psiquiatra que [...] pediu pra ir pro posto, esse psiquiatra é uma pessoa excelente, sabe, não é aquele psiquiatra de medicação não, é uma pessoa que faz terapia, uma pessoa ótima. (sujeito nº 02)

Uma segunda ordem de dificuldades também mencionada foi a ausência em uma das equipes da assistente social que deveria integrá-la. Por força de empecilhos de natureza político/administrativa no âmbito da Secretaria de Saúde, algumas das assistentes sociais que deveriam ser lotadas no P.S.M acabaram o sendo em outros programas, desfalcando com isto não só a equipe da citada informante como também algumas outras. A ausência destas profissionais, além de não contribuir para um atendimento mais completo à clientela, acabava geralmente por ocupar a agenda dos psicólogos com clientes que

melhor seriam atendidos pelas mesmas.

Ao terminarmos a apresentação das respostas referentes aos fatores que dificultam o exercício da prática clínica no serviço público gostaríamos de destacar dentre os comentários já feitos, a observação referente as dificuldades econômicas que atingindo os profissionais no campo pessoal, e não apenas no clínico, são as mais citadas em detrimento de outras como as greves por exemplo, que embora trazendo significativos empecilhos para a prática clínica, o fazem principalmente para o lado clientela, levando-nos a pensar que justamente por isso tenham sido citadas por uma única informante.

Destacamos tal observação porque embora não seja a única, consideramo-la a mais ilustrativa em relação a algumas questões que pensamos estar subjacentes à grande parte das respostas analisadas até então:

Até que ponto os desmandos do Estado para com os seus profissionais não estariam interferindo no próprio compromisso destes para com a clientela?

Qual seria a real natureza e extensão desta interferência na prática clínica exercida por tais profissionais?

O prosseguimento de nossa análise nos permitirá delimitar com um pouco mais de clareza as interrogações ora propostas.

FATORES FACILITADORES DA PRÁTICA CLÍNICA:

Vistas acima as dificuldades com que se depararam nossos entrevistados, comentaremos agora os fatores considerados facilitadores da prática clínica no serviço público. Estes foram organizados em duas categorias. A saber: Bom Relacionamento entre os Membros da Equipe e Valorização do Serviço pela Clientela.

As respostas correspondentes as mesmas acham-se comentadas a seguir.

. Bom Relacionamento entre os Membros da Equipe.

Informam alguns de nossos sujeitos que mais do que o relacionamento puramente profissional entre os membros das equipes, o relacionamento afetivo gratificante entre estes teria sido o elemento facilitador da prática clínica no contexto do serviço público. Isto porque, para além das compatibilidades de abordagem teórica e das trocas a nível informacional, nas discussões de caso ou nas formulações de diagnóstico, a dimensão afetiva se revelava presente no convívio profissional de algumas equipes. Esta afetividade em relação aos colegas de equipe ora foi verbalizada explicitamente, ora transpareceu através dos sorrisos, olhares, tom de voz que acompanhava a menção aos mesmos. Este bom relacionamento afetivo, se como dissemos antes, localizava-se para além do relacionamento profissional "estrito senso", não deixava por isso de ser um grande facilitador das trocas também

neste nível. Um menor temor a eventuais críticas, bem como uma disposição interior mais desarmada diante de pontos de vista discordantes, parece ter facilitado o relato de dúvidas, a busca de alternativas e a escuta de opiniões vindas de referenciais teóricos diversos. Em que pese os fatores idiossincrásicos dos membros das diferentes equipes, a criação do atendimento em grupos abertos a neuróticos e psicóticos (citada no subitem: Dificuldades com a Clientela) é um bom exemplo de um tipo de iniciativa tomada por uma das equipes, que na opinião da informante membro desta, não teria acontecido não fosse o tipo de relacionamento entre os profissionais, que permitiu que cada um assumisse perante os outros suas incertezas e dificuldades, para que a partir daí uma iniciativa conjunta fosse tentada. Se por um lado este bom relacionamento afetivo pode ter favorecido as trocas a nível profissional, é possível também que uma compatibilidade inicial de abordagens teóricas tenha estimulado relações afetivas que na ausência desta talvez não houvessem se consolidado.

A exemplo da equipe citada acima, outras também bem integradas tomaram iniciativas conjuntas diante das dificuldades encontradas, como por exemplo a tentativa por parte de uma delas de obter supervisões clínicas regulares junto a um psicanalista autor de alguns textos sobre práticas psicoterápicas ambulatoriais. Frustrada a tentativa, os membros da equipe procuraram supervisões individuais, embora já realizassem reuniões de equipe para discussão de casos e reservassem duas horas semanais para estudo.

Um aspecto que aqui deve ser levado em consideração é

que embora este espírito de equipe possa ter motivado os profissionais, mormente no início de sua prática clínica, ele não conseguiu na maioria dos casos impedir que por alegados motivos de ordem econômica, já oportunamente comentados, algumas equipes se dissolvessem com as transferências de seus membros para outras unidades. Das três equipes que poderíamos considerar as mais bem integradas¹, somente uma continua em atividade em sua formação inicial, e não sabemos até que ponto tal fato deve-se também a circunstância do único membro desta que não morava no município de lotação da equipe, ter condições financeiras próprias de custear suas despesas com locomoção.

. Procura e Valorização do Serviço pela Clientela.

O outro fator considerado facilitador foi o relatado por uma informante que disse que o nível de procura e valorização do serviço de sua equipe pela clientela "foi muito bom". É interessante observar que diferentemente de outros profissionais que se sentiam pressionados pela grande demanda, a informante em questão entendia-a como demonstração de valorização do trabalho de sua equipe. Talvez essa diferença de atitude possa ser em parte explicada pela prática adotada pela equipe quando da não existência de vagas para novos clientes nas agendas dos profissionais: a de fechar a possibilidade de

1. Consideramos como equipes bem integradas aquelas em que os membros conseguiram pensar em grupo as dificuldades da mesma tomando iniciativas conjuntas que visassem a otimização e a integração de suas atuações objetivando o melhoria da qualidade do atendimento destas como um todo, diferentemente das equipes em que as iniciativas de otimização, quando tomadas, o foram isoladamente visando apenas a otimização do atendimento do próprio profissional, atendimento este geralmente dissociado dos prestados pelos outros membros.

novas inscrições até que um determinado número de vagas estivesse disponível. Dessa maneira os profissionais não passavam pela experiência vivida por outras equipes de, através dos grupos de triagem, tomar contacto direto com o sofrimento dos pacientes sem ter como atendê-los com a presteza necessária devido a falta de vagas. Esta última experiência parece-nos bem mais ansiogênica do que a vivida por quem é apenas informado por uma atendente que o serviço tem sido procurado por pessoas cujo rosto não se viu e cuja queixa não se escutou. Desta forma considerar a demanda como uma demonstração de valorização do serviço parece bem mais compreensível neste caso do que no de quem a enxerga cara-a-cara.

Embora não pretendamos desmerecer a atitude das equipes que fecham inscrições quando não há vagas (o que por pressionar menos certos profissionais talvez favoreça o trabalho com os clientes que já estão em tratamento), acreditamos, a partir da própria experiência da equipe da qual participamos, ser mais vantajoso para a clientela continuar com os grupos de triagem abertos, mesmo na ausência de vagas. Isto principalmente porque tal procedimento além de reduzir a ansiedade de alguns clientes que embora não atendidos imediatamente já se sentem referenciados à instituição e de certa forma assistidos em seu sofrimento, permiti que outros, quando é o caso, recebam imediatamente o encaminhamento adequado para outros profissionais e/ou instituições sem que para isso tenham que aguardam a abertura de inscrições.

6.3 - REAÇÕES AS DIFICULDADES.

Se no item anterior apresentamos as principais dificuldades mencionadas por nossos sujeitos com relação a prática clínica no serviço público, neste observaremos a posição dos mesmos face a determinados tipos de recursos utilizáveis para fazer frente a algumas destas dificuldades.

Três destes recursos foram utilizados enquanto eixos de análise do material discursivo em pauta:

.Leitura dos textos integrantes do "corpo de discursos".

.Realização de curso no âmbito da Secretaria de Saúde.

.Recurso à supervisão clínica particular.

O motivo para tanto está ligado, no caso dos dois primeiros recursos, aos próprios objetivos da presente dissertação expostos na Introdução. No caso do terceiro recurso as razões para a sua utilização como eixo de análise, acham-se expostas no início da apresentação das categorias atinentes ao mesmo.

LEITURA DOS TEXTOS INTEGRANTES DO "CORPO DE DISCURSOS" / REALIZAÇÃO DE CURSO NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE SAÚDE.

Na medida em que o curso oferecido pela Secretaria de Saúde enfocava parte dos textos integrantes do "corpo de discursos" encontramos algumas vezes no material examinado

respostas idênticas de nossos sujeitos ao avaliarem os mesmos com respeito a sua prática clínica. Assim sendo optamos pela apresentação conjunta das respostas referentes aos recursos em pauta. Passemos então a tal apresentação:

Uma primeira categoria é representada pelo tipo de resposta nos vem de duas informantes que consideram como principal mérito dos textos que leram integrantes do "corpo de discursos", o fato destes lhes terem proporcionado uma maior liberdade quanto a forma de atender a clientela do serviço público, quando comparada a um modo de atuação considerado mais tradicional e aplicável a clientela da clínica privada. Embora estejamos enfocando a leitura de textos integrantes do "corpo de discursos" como um recurso utilizável face as dificuldades com a prática clínica no serviço público, verificamos que os trabalhos em questão foram consultados por nossas entrevistadas não como recurso face a tais dificuldades e sim em função de atividades desenvolvidas antes do ingresso destas no serviço público, uma através de um grupo de estudos multidisciplinar que então freqüentava, e outra durante sua preparação para o curso de mestrado em psicologia em que pretendia ingressar.

Esta anterioridade com a qual os textos em pauta foram estudados encerra determinados desdobramentos que poderemos melhor comentar a partir da transcrição do depoimento da última informante citada. Falando sobre a leitura dos trabalhos em pauta esta nos diz que:

"Eu gostei porque eu já fiquei de **sobreaviso** do que eu ia encontrar lá [...] Eu sabia que eu ia encontrar

gente diferente que ia se referir a doença de uma forma diferente [...] eu acho que serviram pra isso, [os textos] sabe, porque também me me deram assim uma **permissão pra eu inventar**, sabe, fazer coisas diferentes [...] então eu gostei disso porque eu fiquei mais a vontade também pra inventar sem ficar achando que eu tava sendo uma herege, né. (sujeito nº 01)

Como se pode observar a partir do transcrito acima a informante já ingressa no serviço público com uma determinada representação da clientela que iria encontrar, traduzida pela expressão "gente diferente" e que subsume, ou se constitui, em torno de uma determinada particularidade desta clientela: a de "se referir a doença de uma forma diferente". Tal particularidade já havia sido mencionada pela mesma entrevistada no item anterior como uma das "dificuldades com a clientela". O mais importante a destacar no entanto é que a partir da forma como a clientela é representada, a profissional se sente autorizada a "inventar", aparentemente desde o início de sua prática clínica, formas de atuação que se adaptassem as diferenças e dificuldades oferecidas pela clientela sem sentir-se uma "herege".

Tal autorização parece ter sido a responsável pelo fato da profissional oferecer a clientela do serviço público uma forma de atendimento que conforme nos relata caracterizar-se-ia por uma maior diretividade, incluindo por vezes a prestação de informações básicas sobre saúde, higiene e sexualidade. Esta forma de atendimento é ainda justificada pela informante em função de outra característica também anteriormente mencionada entre as "dificuldades com a clientela" e abordada pelos textos em questão: o fato desta

apresentar uma demanda em relação ao atendimento diversa da dos clientes do consultório particular.

Percebe-se, a partir do relato do tipo de atendimento prestado pela profissional no serviço público, que os textos em questão passam, através das características da clientela que apontam, a figurar como elemento justificador para uma prática clínica que fugiria ao protocolo psicanalítico tradicional. Se no item anterior havíamos também levantado a hipótese de que a atribuição às características da clientela dos insucessos na prática clínica pudessem funcionar como um atenuante das dúvidas geradas por estes junto ao próprio profissional ou a seus pares, podemos agora acrescentar outra função ao conhecimento dos textos que apontam tais características: o de fornecer um certo nível de justificação teórica aos procedimentos clínicos que se afastem das formas mais tradicionais (não só a psicanalítica) de atendimento.

Devemos esclarecer também que não nos cabe discutir aqui a pertinência teórico-conceitual dos textos em questão, enquanto justificadores de tais procedimentos, o que fugiria dos nossos objetivos no presente trabalho, importa-nos sim o uso que o profissional faz dos mesmos. No caso específico da informante em questão, talvez possamos também melhor entender agora a desenvoltura e a fidelidade aos textos com a qual ela havia descrito as características da clientela do serviço público, e para as quais naquela oportunidade havíamos chamado a atenção.

No que tange agora à participação no curso oferecido pelo P.S.M. no I.M.S. da UERJ a entrevistada nos diz que em

sua opinião o mesmo prendera-se muito na discussão teórica da "subjetividade das classes populares" sem no entanto oferecer maiores subsídios utilizáveis no "dia-a-dia" da clínica, além da indicação de que o atendimento em grupo seria uma alternativa mais promissora para a clientela do serviço público. Esta alternativa no entanto a profissional considerou-a apenas como confirmação da prática que sua equipe já realizava através do atendimento em grupos abertos.

Diríamos que tal confirmação no entanto restringir-se-ia unicamente a adoção do mesmo tipo de enquadramento, no interior do qual ocorriam, não obstante, práticas distintas, já que dispomos de dados que nos permitem inferir que a atuação da informante em termos grupais seguia o mesmo estilo diretivo-informacional dos seus atendimentos individuais, o que já seria um elemento diferenciador em relação ao tipo de atendimento proposto no curso. Em que pesem tais diferenças, importa no entanto destacar que mais uma vez a informante vê nos textos integrantes do "corpo de discursos" (desta feita alguns dos enfocados no curso) a utilidade de se prestarem a justificação teórica de uma determinada prática clínica. Recaindo o acento desta vez sobre o atendimento efetuado por sua equipe e não por esta individualmente.

No tocante a outra informante emitente do mesmo tipo de resposta, esta nos afirma que o conhecimento dos textos em pauta lhe "mostrou" que o "modelo [psicanalítico] tradicional" de atendimento não se adequava a "demanda" da clientela do serviço público. A partir e além disso o conhecimento de tais trabalhos teria lhe apontado que em relação à prática clínica

no serviço público "é possível fazer algo e é preciso ousar também..." Bem mais lacônica que sua colega, a entrevistada ora em pauta, que também já havia mencionado dificuldade de comunicação entre clientela e terapeuta no item anterior, não nos dá maiores detalhes sobre sua prática clínica que nos permitissem inferir mais proximamente o que ela entenderia por "ousar" no serviço público, acrescentando somente não ter realizado o curso oferecido pelo P.S.M. por não ter sido avisada em tempo hábil.

Uma segunda categoria encontrada é a que considera os textos em voga úteis no sentido do levantamento de questões e debates em torno das relações entre a psicanálise e outras disciplinas como a antropologia e a sociologia ampliando desta forma os horizontes da primeira. Neste sentido as duas informantes que partilhavam esta opinião consideraram que tal utilidade se daria no campo eminentemente da discussão teórica afirmando ainda que do ponto de vista do proceder clínico de ambas no serviço público estes nada teriam acrescentado. Tal opinião foi estendida por uma das informantes também ao curso realizado no I.M.S. da UERJ.

Uma das razões para tanto fica clara ao recorrermos ao depoimento desta mesma entrevistada comentado no item anterior. Naquela oportunidade esta afirmara que devido ao referencial teórico (lacaniano) norteador de seu trabalho, não encontrava junto à clientela do serviço público dificuldades clínicas maiores, ou de natureza diversa, em relação às encontradas com a clientela de seu consultório particular.

Discordando portanto de um dos pressupostos básicos dos textos integrantes do "corpo de discursos" (que as diferenças de subjetividade entre terapeuta e clientela criariam determinadas dificuldades e/ou especificidades para o atendimento às camadas populares), não é de surpreender que a informante não veja nestes, e no curso que em parte deles se baseou, qualquer substrato propriamente clínico para uma prática que considera deles não necessitar.

Quanto a outra profissional, esta acrescentou ao já dito sobre a validade dos textos enquanto fonte de discussões teóricas a admissão apenas de um certo nível de influência destes sobre a prática clínica, mas tão somente de forma indireta, e em virtude da própria expansão do campo teórico, e não como fornecedores de eventuais modelos de novos procedimentos clínicos (como "a questão do grupo" por exemplo). Aditou por último que sua não participação no curso em pauta deveu-se ao fato de desenvolver outras atividades no período em que este foi oferecido.

Cabe dizer também que em ambos os casos os textos aos quais as entrevistadas se referem são principalmente os apresentados no curso. Acreditamos que tal fato se deva a circunstância de ambas freqüentarem, já naquela época, não só cursos de formação em diferentes instituições psicanalíticas, como também os eventos ligados a esta área onde os citados textos foram mais difundidos que seus predecessores (principalmente o de Costa, 1989 que abordava o tema das práticas psicoterápicas ambulatoriais de um ponto de vista psicanalítico).

Uma terceira categoria nos vem de informantes cujo contacto com os textos integrantes do "corpo de discursos" se fez tão somente através do curso e que relataram dificuldades em acompanhar certas discussões teóricas que deste fizeram parte. Para uma delas tais discussões foram de entendimento especialmente difícil face a sua formação existencial-humanista e o caráter eminentemente psicanalítico destas, motivo pelo qual avaliou que o curso não foi útil à sua prática clínica. A outra, embora orientada psicanaliticamente considerou-as "meio pesadas", "meio densas", e o curso como um todo "insatisfatório", pois esperava deste que mais subsídios clínicos fossem oferecidos e que sua duração fosse maior. A informante mencionou ainda que a circunstância oferecida pelo curso dos profissionais do P.S.M. se encontrarem para discutir sua prática clínica, caso acontecesse regularmente seria, mesmo sem a presença dos professores, mais proveitosa para estes que o próprio curso.

Um único entrevistado é o autor da resposta atinente à quarta categoria, na qual demonstra ter tido contacto com os textos integrantes do "corpo de discursos" apenas através do curso realizado no I.M.S. da UERJ, sem ter conseguido precisar a utilidade deste para a prática clínica. Relatara ainda o entrevistado ter, na época de seu ingresso no serviço público, lido alguns trabalhos porém sobre o tema das psicoterapias breves. Tal menção no entanto foi feita com a dificuldade de quem busca se lembrar de algo há muito esquecido, e não consegue fornecer a respeito mais que algumas referências

imprecisas sobre obras e autores. O informante também não se recordava de "uma utilidade... assim" que tais obras pudessem ter tido para a sua prática clínica.

Ao falar sobre o curso a partir do qual tomara contacto com os textos integrantes do "corpo de discursos" o entrevistado menciona, ainda entre esforços de rememoração, que o considerou útil à sua prática clínica porque "mesmo não fazendo grupo" este teria confirmado "algumas coisas" que pensava na época sobre sua clientela, sendo no entanto bem pouco preciso ao tentar explicar o conteúdo de tais pensamentos e a suposta confirmação destes, deixando claro apenas estes se relacionavam ao conceito de identidade psicológica.

A quinta categoria nos vem das resposta dos sujeitos restantes da amostra que afirmaram não ter tido contacto com os textos integrantes do "corpo de discursos" e não ter frequentado o curso em questão. Os motivos relatados para tanto foram, no caso de um deles, o fato de estar realizando cursos de especialização e posteriormente de mestrado em ciências sociais desde a época em que ingressou no P.S.M. o que não lhe permitia outras leituras ou atividades que não as atinentes a estes. No caso dos outros informantes estes não mencionaram as razões para o não contacto com os textos, sendo possível no entanto perceber que um deles não só os desconhecia como sequer estava informado da existência dos mesmos. Quanto ao curso, ambos atribuíram a não participação ao atraso com que foram informados de sua ocorrência.

Numa visada geral em relação ao acima exposto verificamos que a leitura de textos integrantes do "corpo de discursos" não foi procurada por nenhum dos profissionais de forma espontânea como recurso visando a melhoria de sua prática clínica ambulatorial. Os que tomaram contacto com tais textos fizeram-no ou através do curso que enfocou parte deles ou em consequência de alguma atividade externa, e até mesmo anterior a inserção no serviço público. Este desinteresse em efetuar pesquisas bibliográficas sobre a prática psicoterápica em instituições, não se constitui no entanto como exclusividade dos profissionais por nós entrevistados. Lo Bianco (1989) observou tal fato, também segundo esta mencionado por alguns autores estrangeiros.

Outro ponto a ser destacado diz respeito a menção feita por alguns entrevistados com relação ao curso e aos textos integrantes do "corpo de discursos": O fato destes não oferecerem maiores subsídios com relação à prática clínica. No caso dos textos apresentados no capítulo 4 deste trabalho tal afirmativa torna-se bastante verossímil, na medida em que tais obras se mostram bastante enfáticas em apontar as dificuldades e/ou impossibilidades de aplicação da prática psicanalítica as camadas populares, sem no entanto oferecer alternativas em termos de procedimentos clínicos que pudessem superá-las ou atenuá-las. Por outro lado, no que concerne aos trabalhos apresentados no terceiro capítulo, e que formaram a base do curso em pauta, encontramos a psicoterapia em grupo como uma proposta teoricamente embasada de atendimento à tal clientela. Parece-nos no entanto que a mesma não mereceu por parte de

alguns profissionais o interesse de examiná-la mais profundamente em suas especificidades, e menos ainda o interesse de aplicá-la em seu exercício clínico.

Vimos que alguns entrevistados ao falarem sobre o curso ou sobre os textos nele abordados, mencionaram muito passageiramente "o grupo" como se o atendimento naqueles proposto não passasse da velha e conhecida psicoterapia de grupo a mesma que em Costa (1989), texto central do curso em pauta, é criticada em dois capítulos inteiros, que deixam juntamente com outros trechos da obra, suficientemente claro que não é este o tipo de prática clínica proposta pelo autor quando fala da psicoterapia em grupo¹. Acreditamos que tal "esquecimento" das diferenças entre ambas as práticas tenha se originado a partir do próprio desinteresse por parte de alguns profissionais em vir a aplicá-la em sua clínica o proposto pelo autor.

Um fato por nós presenciado no curso corrobora a possibilidade acima: Questionado sobre sua proposta de atendimento, Jurandir F. Costa admite que esta exigia mais do profissional em termos de habilidade e experiência clínicas do que o atendimento individual (o que podemos entender pelo fato de na prática em questão a escuta e as intervenções do profissional estarem voltadas não para o grupo enquanto suposta totalidade, mas sim para cada um de seus componentes individualmente e para as interações verbais entre estes). Já encontrando dificuldades no atendimento individual, alguns de

1. A diferenciação entre psicoterapia de grupo e em grupo foi comentada na pg-- desta dissertação.

nossos entrevistados devem ter, diante de tal depoimento, descartado definitivamente a possibilidade de se aventurar no exercício de uma forma de atendimento até então desconhecida, e que se afigurava como de aplicação ainda mais difícil. Neste sentido poderíamos então entender a menção feita por alguns sobre a falta de subsídios clínicos oferecidos pelo curso: o que teria faltado na verdade seriam subsídios clínicos que estes se sentissem capazes e/ou interessados em aplicar a sua clientela. Frustradas tais expectativas, o que teria ficado registrado para tais profissionais seria a sensação de esterilidade do curso em relação as mesmas.

RECURSO A SUPERVISÃO CLÍNICA PARTICULAR.

Um dos recursos mais freqüentemente apontados nos depoimentos de nossos sujeitos para fazer frente as dificuldades encontradas no exercício clínico ambulatorial foi a utilização de supervisão clínica particular. Geralmente também falaram nossos informantes sobre a freqüência com que recorreram a mesma e os critérios que a determinaram, o que se deu no entanto de forma bastante diferenciada ao longo da amostra, já que enquanto alguns sujeitos contrataram-na regularmente durante os dois primeiros anos após o ingresso no serviço público¹, outros em nenhum momento o fizeram. Numa amostra em que a preocupação com o fator econômico vem se

1. Cabe esclarecer ao leitor que a menção aos dois primeiros anos como a período em que a supervisão foi por alguns contratada deve-se ao fato desta ser o período de tempo em que os salários pagos pelo Estado mantiveram-se em níveis ainda possibilitadores de tal empreitada.

mostrando tão prenante, é plausível pensar que a variabilidade de utilização de um recurso que por vezes implica em razoáveis desembolsos, traduza de alguma forma algo mais da relação destes profissional com sua prática no serviço público. Desta forma pudemos categorizar as respostas encontradas da forma a seguir:

Uma primeira categoria engloba o tipo de resposta emitida por informantes que nos relataram terem se utilizado de supervisão clínica regularmente em função das atividades exercidas no serviço público, o que aconteceu até o segundo ano de trabalho no mesmo, já que depois disso o decréscimo dos salário pagos pelo estado inviabilizou tal procedimento. Dois deles mencionaram a falta de uma experiência e formação adequadas para o tipo de atividade que iniciavam como o motivo de tal atitude relatando, ainda um dos dois ter realizado também em função do atendimento ambulatorial um grupo de estudos sobre psicoterapia psicanalítica com tempo limitado. Por sua vez uma terceira informante deste grupo, que já se considerava, detentora de uma formação e experiência profissionais significativas, afirmou ter recorrido à supervisão devido a especial dificuldade oferecida por sua clientela, em boa parte composta de pacientes egressos de internações psiquiátricas: "...eram casos gravíssimos, complicadíssimos...". Esta mesma entrevistada disse-nos ainda que sua equipe já tentara sem sucesso a obtenção de supervisão junto à coordenação do P.S.M. e junto a um psicanalista autor de alguns textos sobre práticas psicoterápicas ambulatoriais.

Além disso esta equipe reunia-se semanalmente para discussão de casos clínicos e cada membro dispunha de duas horas semanais para estudos individuais. Assim sendo importa deixar assinalada uma observação sobre este primeiro grupo: que embora ele seja composto pelos profissionais que com maior freqüência recorreram a supervisão é nele também que encontramos em maior número a utilização de outros recursos paralelos (como os vistos acima) destinados a otimização da prática clínica ambulatorial.

Uma segunda categoria já revela a utilização bem menos freqüente e não regular da supervisão para os casos clínicos atendidos no serviço público, o que foi feito por profissionais que relataram ainda que já lançavam mão de tal recurso em função das atividades exercidas em consultório particular.

Se, conforme o relatado, para uma delas o critério decisório sobre que casos conduzir a supervisão eram as dificuldades clínicas oferecidas, independentemente se advindos do consultório ou do serviço público, para a outra, fatores diferentes parecem ter influenciado em tais escolhas: dado o preço elevado pago pelas sessões de supervisão com uma psicanalista da Sociedade Brasileira de Psicanálise (S.B.P.), a profissional nos diz que optava por utilizá-las com os casos de seu consultório, que chegava a atender "três ou quatro vezes por semana", discutindo "muito pouco" os advindos do serviço público:

"...eu ficava com muita dúvida se eu... se eu usava o meu tempo de supervisão com o Estado [...] eu raramente levava coisas do Estado, raramente." (sujeito nº 07)

Embora a transcrição acima nos leve a pensar a primeira vista no fator econômico quase como único elemento a importar para a entrevistada no momento de sua escolha, verificamos, a partir do dito em outros pontos de sua entrevista, a descrença com que a mesma fala do tipo de prática clínica que segundo ela as pressões institucionais e de demanda a levavam a exercer. Perguntando-se sobre a validade e eficácia de um tipo de atendimento cujas sessões se limitavam a meia hora uma vez por semana e que, por sugestão do P.S.M., não deveriam exceder o prazo de um ano, embora se dirigissem prioritariamente a clientela psicótica, a informante parecia enxergar o tipo de prática que exercia no serviço público como um "caso perdido", para o qual recursos como a supervisão clínica nada ou muito pouco representariam:

"... eu vivia pedindo desculpas pros meu pacientes: 'Semana que vem vai ter mais tempo, a gente vai ver com mais calma.' Vivia roubando minutos de um paciente com outro. [...] Acho que uma primeira pergunta [...] que eu me faço assim: 'se é possível oferecer psicoterapia mesmo no serviço público, se é possível?'" (sujeito nº 07)

O fato de atender os casos do consultório com a regularidade citada e supervisionados por uma integrante da S.B.P. parece traduzir o tipo de atendimento no qual a informante acreditaria "valer a pena" investir, além de ajudar também a entender a descrença desta sobre sua prática ambulatorial, principalmente levando em conta o fato já

apontado de sua clientela constituir-se em sua maior parte de pacientes psicóticos. Dessa forma não é de surpreender que a informante chegue a se perguntar sobre sua prática, se a mesma se constituiria como uma psicoterapia.

Uma terceira categoria contempla respostas que traduzem a não contratação de supervisão para a clientela considerada típica do serviço público. Isto porque na verdade uma das informantes que as emitiram chegou a declarar ter utilizado tal recurso com relação a um único caso do serviço público, porém caso este que considerava uma única e completa exceção com respeito aos outros que atendia ambulatorialmente. Vejamos o que a entrevistada diz sobre o mesmo :

"Era um caso assim [...] que podia ter sido de consultório [...] era um caso raríssimo, estranhíssimo, interessantíssimo, sabe, foi que por acaso bateu num ambulatório público, mas não era essa coisa típica de ambulatório público..." (sujeito nº 01)

No que tange aos casos considerados típicos do ambulatório público, atendidos individualmente, estes nunca foram levados para supervisão, isto porque além de passarem a não ser muitos após a criação pela equipe da informante do atendimento através de grupos abertos, quando dúvidas surgiam em relação aos mesmos esta as dirimia discutindo-as com os outros membros da equipe. A perspectiva de levar tais casos para supervisão ficava também afastada pela própria natureza diretivo/informacional do atendimento oferecido, referido no subitem anterior. Vejamos sobre isso o que nos fala a própria

entrevistada:

"Então eu faço coisas no ambulatório que eu não preciso supervisão pra isso, eu dou informação pras pessoas, né. [...] eu faço isso [...] de dar assim orientação mesmo, entrar de sola nas coisas sabe [...] Eu não sei quanto tempo a pessoa vai ficar [...] a gente não conta com o tempo que a gente conta no consultório [...] porque o paciente não fica lá." (sujeito nº 01)

O depoimento acima nos remete a um relato da mesma informante com respeito à "gente diferente" em relação a qual a leitura de alguns dos textos integrantes do "corpo de discursos" havia lhe deixado "de sobreaviso", permitindo-lhe "inventar" em termos de prática clínica sem se sentir uma "herege".

Entretanto a profissional em questão não parece ser a única que a partir de uma determinada representação sobre sua clientela lança mão de um tipo de atendimento para o qual dispensa a supervisão. A outra informante deste grupo que não se utilizou de tal recurso com a clientela do serviço público, é a mesma que afirmara que alguns dos textos integrantes do "corpo de discursos" lhe haviam mostrado que embora o "modelo [psicanalítico] tradicional" de atendimento não se adequasse a "demanda" da clientela do serviço público era "possível fazer algo" e era "preciso ousar também..."

É possível que a crença na inadequabilidade do modelo psicanalítico para tal clientela tenha levado esta segunda profissional a um tipo de prática clínica que se distanciasse suficientemente daquele, a ponto da supervisão clínica ser considerada desejável mas não necessária. Isto explicaria uma

das poucas informações adicionais que a mesma nos dá a respeito de seu trabalho no serviço público, quando nos afirma nunca ter contratado o recurso em pauta para os casos neste atendidos, acrescentando no entanto, ter solicitado repetidas vezes da coordenação do P.S.M. providências neste sentido, sem no entanto ter logrado êxito.

A quarta categoria tem em comum com a anterior o fato de seus emitentes terem declarado em nenhum momento ter contratado supervisão clínica, diferindo por outro lado da mesma, pela circunstância de ambos os profissionais terem indicado para tanto motivos de ordem econômica. Afirmaram estes que o salário pago pelo Estado não comportava as despesas atinentes a contratação de supervisão e que, em suas opiniões, a coordenação do P.S.M. é que deveria encontrar uma forma de oferecê-la aos seus profissionais. Um destes informantes declarou ainda que procurava dirimir suas eventuais dúvidas discutindo-as com a equipe e o outro que seu atendimento no serviço público era de alguma forma beneficiado pelas supervisões que eventualmente contratava, e que eram exclusivamente dirigidas para a clientela de seu consultório particular.

A menção ao fator econômico como razão para o não recurso a supervisão nos faz questão principalmente diante do fato de, como já foi dito em outro ponto deste trabalho, os baixos salários atualmente pagos pelo estado aos profissionais de saúde, nem sempre terem sido tão baixos assim, o que inclusive permitiu que pelo menos nos primeiros dois anos de

trabalho no serviço público alguns profissionais, conforme o visto acima, conseguissem pagar supervisão particular regularmente. Desta forma a declaração de que a remuneração paga pelo Estado não comportava o pagamento de supervisão particular, cabendo ao P.S.M. providenciá-la, parece-nos refletir mais um determinado tipo de representação que tais profissionais estabeleceram com relação à clientela do serviço público, do que as alegadas limitações de ordem financeira.

Tal representação sobre a clientela seria a que a coloca mais como responsabilidade do Estado que do profissional. Assim, segundo esta, qualquer recurso para aprimoramento específico do atendimento ambulatorial que implique em desembolsos financeiros deveria partir do Estado, e não do profissional que possivelmente se vê vinculado a este e não a clientela. Se este tipo de representação teria o efeito de atenuar em parte a responsabilidade dos profissionais sobre tais clientes, ela no entanto não os isenta totalmente da mesma. O fato de ambos mencionarem um segundo motivo para justificar o não recurso a supervisão, sugere a confirmação de tal raciocínio, principalmente se melhor examinarmos os mesmos:

As afirmações, por exemplo, de que discussões em equipe ou que benefícios indiretos trazidos por supervisões destinadas a outra clientela pudessem substituir as dirigidas aos casos do serviço público, parecem-nos aceitáveis apenas mediante consideráveis reservas, principalmente quando partem de profissionais que se dizem orientados psicanaliticamente. É sabido que as supervisões clínicas em termos psicanalíticos

destinam-se também a apontar certos movimentos contratransferenciais do profissional em relação ao paciente, dos quais este possa não se dar conta e que são suscitados a partir de num panorama específico que envolve a transferência deste último. Só por este motivo já ficaria visível a imprecisão que os raciocínios acima encerram, excetuando-se a circunstância do profissional estar realizando outro tipo de atendimento, que a exemplo de pelo menos um dos casos anteriormente descritos, se afastasse consideravelmente dos moldes psicanalíticos tradicionais. Esta última possibilidade parece aplicável a um dos integrantes do grupo em pauta quando examinamos seu depoimento sobre sua forma de atuação clínica na instituição pública, descrita como:

"... muito no nível da conscientização, de, de... nada muito além do consciente não, eu procurava mais manter a coisa de devolver pra eles [os pacientes] o que que tá acontecendo, o que que você acha disso." (sujeito nº 06)

Embora pratique um tipo de atendimento que a exemplo de uma das emitentes do tipo de resposta anterior, também se afaste do protocolo psicanalítico tradicional, a informante em questão difere da anterior na medida em que, ao contrário daquela, não apresenta elementos (como por exemplo os textos integrantes do "corpo de discursos" e o curso em pauta) a partir dos quais tente justificar teoricamente a sua prática clínica. A única referência feita neste sentido é a de que na unidade de saúde em que trabalhava a procura de egressos de internações psiquiátricas pelo serviço não havia sido muito

grande, não sendo mencionado que tipo de atendimento estes receberam. Nada é dito também sobre eventuais pacientes que mesmo não tendo passado por internações, apresentassem quadros psicopatológicos cuja complexidade demandasse algo mais do que o tipo de atendimento oferecido pela profissional.

Para além destes silêncios, a palavra da entrevistada nos dá também margem a imaginar que é possível que a própria maneira como o P.S.M. estruturou sua forma de atuação, através de equipes multidisciplinares, tenha facilitado a que não só esta, como alguns outros profissionais pertencentes ao mesmo, tenham se limitado a prestar o tipo de atendimento ora descrito, apoiados pela possibilidade de encaminhar os casos de maior gravidade e que se mostrassem refratários a este, aos cuidados da intervenção psiquiátrico/medicamentosa. Não deve ser por obra do acaso que nos contactos estabelecidos com a totalidade dos psicólogos do P.S.M., com a finalidade de selecionar os integrantes da presente amostra, cerca de um terço deles tenha revelado nunca ter atendido um único paciente psicótico, mesmo entre os que já estavam recebendo tratamento farmacoterápico, sendo em suas equipes tais casos encaminhados e atendidos unicamente pelo psiquiatra.

No tocante ao outro profissional do mesmo grupo, este, além da já mencionada declaração de que as supervisões destinadas a clientela particular trariam subsídios à prática ambulatorial dispensando-a destas, fala-nos também dos investimentos que fez em prol de seu trabalho com a clínica privada que incluíram além das supervisões a este exclusivamente destinadas, a análise pessoal, e as

participações em dois cursos de formação em instituições psicanalíticas, destacando os custos envolvidos em tal empreitada e relembrando os benefícios indiretos que esta traria à atividade ambulatorial. Cabe esclarecer que não discordamos do entrevistado quanto a possibilidade de que elementos como a análise pessoal ou os cursos em instituições psicanalíticas possam trazer benefícios indiretos a sua prática clínica no serviço público, discordamos sim da tese de que o recurso a tais elementos, aliados a supervisão clínica para os casos do consultório, pudesse dispensá-lo da utilização, ainda que eventual, da supervisão clínica para os casos atendidos ambulatorialmente.

Vemos portanto uma atitude bastante diferenciada em termos de investimento pessoal com relação a clientela privada e a pública que julgamos mais uma vez indicar a possibilidade de que a primeira seja representada como de inteira responsabilidade do profissional, enquanto a outra como de responsabilidade principalmente do Estado. Quanto a justificativa apresentada para tanto, além da crítica anteriormente desenvolvida, cabe também destacar o quanto esta se apóia numa suposta equivalência de ambas as clientelas quanto a suscetibilidade ao tratamento de tipo psicanalítico, pressuposto extensamente criticado, tanto nos textos integrantes do "corpo de discursos", quanto no curso que enfocou parte deles. Esta última contingência nos leva a imaginar a possibilidade de que a utilização de tal justificativa por parte do profissional tenha sido favorecida pelo fato deste integrar o grupo, que no subitem anterior, foi

caracterizado pelo desconhecimento tanto dos textos quanto do curso supracitado.

Como quinta e última categoria temos a não contratação de supervisão clínica para os casos do serviço público por utilização de outro recurso que já a incluía. A resposta a esta atinente foi emitida pela informante de nossa amostra cuja orientação clínica advinha da psicologia comportamental, e que no primeiro ano após seu ingresso no serviço público iniciou, como recurso visando a melhoria do atendimento prestado, um curso de especialização em terapia comportamental que incluía o fornecimento de supervisão clínica regular a seus alunos, o que lhe dava a oportunidade de aí discutir os casos atendidos ambulatorialmente. Concluído o curso, a informante passou a dirimir suas eventuais dúvidas discutindo-as com uma antiga supervisora da época de seu estágio de graduação que, com o passar dos anos, tornara-se sua amiga particular, dispensando-a de qualquer pagamento por tais serviços.

Pelas conjunto total das respostas distribuídas pelas categorias apresentadas acreditamos ser possível então afirmar que o recurso a supervisão clínica para os casos atendidos no serviço público estaria condicionado, para além das idiossincrasias de cada profissional, e em diferentes proporções: à representação que os profissionais fazem de sua clientela, à representação que fazem sobre o tipo de prática clínica que podem ou devem realizar neste âmbito, ao tipo de

formação recebido até o ingresso no serviço público, e ao conhecimento ou não dos textos integrantes do "corpo de discursos", fatores estes por sua vez, associáveis ao tema abordado no próximo item.

6.4 - SENTIMENTOS EM RELAÇÃO AO TRABALHO NO SERVIÇO NO PÚBLICO E SEUS REFLEXOS NA PRÁTICA CLÍNICA.

O material discursivo com o qual nos ocupamos no presente item origina-se das respostas de nossos entrevistados sobre seus sentimentos em relação ao trabalho no serviço público e sobre a possível influência destes na prática clínica por eles desenvolvida.

Contudo, verifica-se que durante as respostas enfocadas nos itens anteriores, nossos sujeitos tiveram oportunidade de expressar diferentes matizes de sentimentos em relação ao trabalho no serviço público, principalmente ao falarem sobre os elementos que dificultavam e/ou facilitavam a prática clínica.

Tal fato fez com que ao serem perguntados especificamente sobre tais sentimentos estes apresentassem respostas cujo conteúdo em parte já houvera sido mencionado anteriormente. Por este motivo privilegiamos na apresentação de tais respostas os elementos novos nelas contidos, deixando indicados quando necessário os elementos cujo comentário mais extenso só faria repetir fastidiosamente o já dito.

Enfocaremos inicialmente o conjunto categorial concernente a primeira das perguntas (referente aos sentimentos) para em seguida enfocarmos o respeitante a segunda (influência sobre a prática clínica).

Neste primeiro conjunto encontramos categorias referentes a sentimentos negativos e positivos em relação ao trabalho no serviço público. Cabe no entanto esclarecer que

isto não significa que alguns entrevistados tenham mencionado os sentimentos negativos e o restante os positivos. Na verdade o que se observou foi que nenhum dos entrevistados deixou de relatar sentimentos negativos em relação ao trabalho no serviço público, e que portanto os sentimentos positivos foram mencionados paralelamente aos primeiros, por parte destes mesmos informantes.

Começaremos então nossa exposição pelas categorias referentes aos sentimentos negativos:

SENTIMENTOS NEGATIVOS:

Como categoria inaugural e mais recorrente dentre as agora abordadas, temos a que contempla sentimentos referidos como de desmotivação ou desestímulo advindos segundo os informantes da já supracitada baixa remuneração paga pelo Estado a seus profissionais e também ao não reconhecimento por parte deste quanto ao trabalho realizado pelos mesmos.

Quanto aos sentimentos de desmotivação gerados pelos baixos salários, nossos informantes já os haviam mencionado ao falarem sobre suas dificuldades econômicas em relação a prática clínica no serviço público. Naquela oportunidade chamamos a atenção sobre o que então denominamos como "aspecto simbólico" de tais dificuldades, já associando os sentimentos de desvalorização e desmotivação a tal aspecto.

Diante da pergunta em pauta as respostas encontradas só fizeram reafirmar o dito anteriormente, acrescentando apenas os informantes o fato de não visualizarem perspectivas, pelo

menos a curto prazo, de melhora do quadro salarial:

"... tem dias que a gente sabe das contas que a gente tem pra pagar e lembra do salário que a gente vai receber e, sabe, e a gente não vê nenhuma perspectiva de melhora nisso..." (sujeito nº 08)

Evidentemente tal falta de perspectivas só faz acentuar os sentimentos em pauta gerados pela má remuneração, o que pode ser exemplificado pela declaração de outra de nossas entrevistadas, que afirmou referindo-se ao seu futuro no serviço público que "... o horizonte existencial do terapeuta público, de órgão público é negro...".

Como se não bastasse o irrisório valor da remuneração percebida e a falta de perspectivas de que esta se torne condigna, ao menos a curto prazo, a própria natureza do plano de classificação de cargos dos profissionais de saúde do Estado, colabora como mais um vetor no sentido do desestímulo destes servidores: Ao não prever qualquer acréscimo no valor dos vencimentos, a não ser o proporcional ao tempo de serviço dos funcionários, tal plano deixa claro que, mesmo que estes se desdobreem na implementação de currículos invejáveis, o farão sabendo que não receberão por isso um centavo a mais do que aqueles que para tanto, simplesmente esperam o tempo passar.

Afora os dissabores acima, outras vias que não as salariais tem expressado a nossos informantes o não reconhecimento pelo trabalho realizado:

"...o mínimo não é levado em consideração, nem teu investimento, tua especialização, sabe. O que você dedica, você é contabilizado da mesma forma que aquele outro que

não aparece nunca, que é peixinho de não sei quem, que só vai pra assinar ponto, né. (sujeito nº 05)

O depoimento acima remete a um outro fator desestimulante em relação ao exercício profissional no serviço público que poderia ser contornado pelos dirigentes de unidades de saúde mais facilmente que a questão salarial, já que esta última depende de estâncias mais altas nas hierarquias estadual ou municipal (no caso da complementação dos vencimentos prevista pelo SUS). Ouvimos relatos de profissionais (como será visto mais a frente) que referem o apoio recebido das direção de unidades, ao trabalho de suas equipes como elemento motivador deste. Tal apoio geralmente foi descrito, como traduzindo-se no interesse das direções em providenciar o necessário às equipes para o bom desempenho de suas atividades, ladeado por um exercício ético dos cargos ocupados. No entanto, depreende-se do depoimento transcrito, que apenas um desempenho ético do cargo ocupado já seria suficiente para atenuar a desmotivação causada pelo quadro lamentável de concessão de privilégios indevidos assistido pela entrevistada.

A segunda categoria enfocada subsume respostas que falam do sentimento de ter sido traído, enganado e/ou de estar decepcionado em relação ao serviço público. Tais sentimentos tem sua origem atribuída não só às crônicas e supracitadas mazelas daquele, como também à própria trajetória seguida pelo P.S.M. após sua implantação. Acreditando ingressar no Estado apoiados por um programa que aparentava dispor de toda uma infra-estrutura para acompanhá-los na implementação de suas

diretrizes, nossos profissionais não tardaram a perceber o engodo que tal visualização encerrava.

Um primeiro passo para tanto configurou-se já quando os profissionais chegaram aos centros e postos de saúde, e perceberam que as direções dos mesmos não se achavam informadas de suas vindas e muito menos de que estas se deviam a implantação de um programa cuja existência não lhes fora notificada. Tal circunstância gerou problemas para a implantação de algumas equipes já que em termos hierárquicos a coordenação do P.S.M. não dispunha de condições de ir de encontro ao determinado pelas direções das unidades, mesmo que estas contrariassem suas diretrizes.

Com o passar do tempo a atuação do P.S.M. que inicialmente se traduzia pelas reuniões mensais de todas as equipes e pelas visitas dos supervisores programáticos foi se tornando cada vez mais tênue. As visitas que nunca tiveram objetivos clínicos, como chegou a ser cogitado, tornaram-se por, dificuldades infra-estruturais, cada vez menos frequentes, principalmente nos postos mais afastados, até cessarem totalmente. Por fim, aproximadamente três anos após sua implantação, o P.S.M. viria a se dissolver, ao mesmo tempo em que por conta da municipalização as prefeituras assumiam a direção das unidades criando muitas vezes novas dificuldades para os profissionais. Sabendo-se que todo esse processo não se fez sem a companhia da progressiva defasagem salarial, torna-se menos difícil compreender declarações como a de um informante que ao ser perguntado sobre como se sentia em trabalhar no serviço público, desabafa:

"Extremamente decepcionado, extremamente enganado, né com tantas promessas e com tantas coisas que na verdade nunca ocorreram, né. É, entrava governo, saia governo, um sacaneava outro, vivia sacaneando funcionário, entendeu? [...] então eu acho que em todos os sentidos foi muito decepcionante o trabalho com o serviço público...

(sujeito nº 04)

Encerrando a apresentação desta categoria, um outro depoimento, ainda que um pouco longo, merece também ser transcrito, pela clareza com que traduz os sentimentos em pauta, e por citar textualmente as impressões da autora sobre a atuação do P.S.M.:

"...quando eu passei no concurso eu achei que era pra gente chegar e se instalar como qualquer emprego [...] Quando a gente foi tomar posse a gente viu que não, aí eu falei: 'Nossa, que coisa séria!' Achei legal, tinha um programa, uma diretriz, tá-tá-tá; briguei por isso pra caramba [...] Depois, acho que o programa acabou, [...] nunca mais ninguém chegou pra avisar: 'Olha, acabou, agora é salve-se quem puder'. Não, acabou, não teve mais nada, foi com o passar do tempo sacar que não tinha Programa de Saúde Mental nenhum, pra mim não existe, pra mim é mentira, não existia nada..." (sujeito nº 07)

Outras das categorias através das quais analisamos o material em foco, é a que aponta sentimentos descritos como de irritação com respeito à clientela. Uma primeira resposta atinente a esta categoria advem de uma informante que nos fala sobre o quanto sente-se irritada quando, como já havia mencionado anteriormente no subitem "dificuldades com a clientela", se vê diante de pacientes que, debalde seus esforços, valhem-se de suas patologias visando a continuidade do recebimento do benefício do INSS. Entretanto, desta feita outro aspecto é relatado também como motivo de irritação da

informante: o fato de determinados pacientes lhe serem encaminhados, algumas vezes por médicos que deles querem se descartar, com expectativas que estão além de suas possibilidades de atuação:

"Outra coisa que me irrita é assim é... [...] as expectativas que se deposita em você de resolver coisas que não tem solução, né, problemas assim que são familiares, sociais, educacionais junta tudo muito mais do que aquilo que você pode fazer..." (sujeito nº 01)

Para outra entrevistada o motivo de irritação em relação a clientela devia-se a grande demanda desta por atendimento. Percebendo-se impotente para dar conta de tal demanda, principalmente após ter sido abandonada pelos outros elementos de sua equipe, em função da transferência destes para outras unidades, a informante mesclava aos sentimentos de solidão e irritação, sentimentos de culpa em relação a seus clientes por não poder oferecer aos mesmos, em sua maioria psicóticos, um atendimento, a seu ver, realmente conseqüente. Este último sentimento já mencionado no subitem que trata do recurso às supervisões clínicas, ao mesclar-se ao de irritação evidenciava uma relação de ambivalência da profissional com sua clientela, que ficará mais claramente caracterizada quando examinarmos seus efeitos sobre a prática clínica desta.

Importa comentar sobre os motivos da irritação das entrevistadas que para ambas este advem de situações em que a possibilidade de intervenção profissional em relação a clientela é diminuída ou obstada, por diferentes razões relacionadas a natureza ou ao comportamento desta, quer seja

pelo objetivo de alguns pacientes de continuar a receber o benefício previdenciários, quer seja pela complexidade da problemática de outros que ultrapassariam tal possibilidade. Se para uma destas informantes no entanto, a mesma clientela é fonte também de sentimentos positivos (como veremos mais a frente), para a outra o mesmo não acontece.

Para além dos fatores idiossincrásicos de cada uma parece-nos que tal fato pode ser explicado pela circunstância relatada por esta última informante, que nos conta como a partir das transferências de unidade efetuadas pelos outros membros da equipe, ela acabou por se ver como única profissional da mesma a permanecer na unidade, o que além de empobrecer o atendimento, gerava, como destacou, uma desagradável sensação de solidão e impotência diante de uma pressão de demanda que já grande à época em que os outros profissionais ainda estavam na equipe, aumentara significativamente com a saída destes. Tal quadro configura exatamente o oposto do que aconteceu com a outra entrevistada, cuja integração entre os membros de sua equipe permitiu que longe de sentir solitária ou impotente, pudesse partilhar com estes suas apreensões e compor com os mesmos soluções para o atendimento da expressiva clientela que procurava o serviço.

Os sentimentos de solidão e impotência que podemos perceber no relato acima configuram per si uma quarta categoria de sentimentos negativos cuja característica mais pregnante, a nosso ver, seria a de tornar ainda mais problemático o enfrentamento de toda a gama de dificuldades relatadas por

nossos sujeitos no item pertinente. Embora a entrevistada autora do relato em pauta tenha sido a única a mencionar tal sentimento, pudemos perceber com base nos depoimentos e no levantamento de dados para determinação de nossa amostra que outros profissionais cuja equipe não contava com assistente social e que não mantinham um bom relacionamento com, ou passaram a não dispor, de psiquiatra, contam-se entre os mais descontentes com sua inserção no serviço público.

SENTIMENTOS POSITIVOS:

A primeira das categorias pelas quais organizamos o material em pauta contempla sentimentos de gratificação advindos da sensação de prestar um tipo de atendimento até então não disponível a população de baixa renda. A mesma entrevistada que mencionara acima sua irritação com alguns de seus clientes cujas expectativas estavam além de suas possibilidades, relata agora outros sentimentos em relação àqueles a quem considera prestar um bom atendimento:

"...eu sinto assim que apesar da minha prática ser uma prática pequena, né [...] eu fico sempre com a impressão de que não deixa de ser uma prática revolucionária, sabe assim, você fazer um atendimento bom num sistema de saúde tão merda [...] porque são coisas assim que eu pessoalmente faço questão, sabe, de atender bem, de ser educada, de ouvir quem vem falar comigo, de prestar atenção, de marcar hora, sabe..." (sujeito nº 01)

Um outro exemplo nos vem de uma informante que em termos de sentimentos negativos integrou a categoria dos que mencionaram a desmotivação pelo não reconhecimento do trabalho

realizado, e que paralelamente relata ter se sentido gratificada pela oportunidade de através do serviço público poder "socializar um pouco a psicologia":

"...quando você tá num posto de saúde você tem condição de atender as pessoas que realmente tão te procurando [...] E, acho que isso aí dá a gente uma coisa assim de que você tá fazendo um trabalho, tá sendo útil, que tá havendo uma condição de realmente usar a tua profissão de uma forma mais socializada e isso eu acho que faz a gente se sentir bem." (sujeito nº 06)

Pelos depoimentos acima percebemos que ambas as informantes atribuem seus sentimentos positivos ao fato de levarem a determinada população um tipo de atendimento ao qual esta não costuma ter acesso, quer seja pela forma como é prestado (que se diferencia em qualidade da geralmente praticada no sistema público de saúde) ou pela própria natureza do mesmo (que geralmente limita-se as classes mais abastadas). Contudo o que nos chama atenção em tais declarações, é um tipo de raciocínio que lhes parece subjacente e que se poderia ser traduzido da seguinte maneira: Como a clientela em questão está habituada a um tipo de atendimento por parte do poder público que prima pela baixa qualidade, e que geralmente não costuma incluir a psicoterapia entre as especialidades oferecidas, o simples fato de oferecê-la e de forma "educada" e com "hora marcada" já seria motivo de considerar-se o trabalho deste modo realizado como de qualidade plenamente aceitável, sem que critérios propriamente clínicos precisassem ser usados para tanto.

Embora não possamos determinar até que ponto as

específicas informantes utilizam-se de tal raciocínio para avaliarem a qualidade de suas atuações profissionais, é possível que o mesmo tenha alguma participação enquanto justificativa no tipo de atendimento que uma delas informou realizar quando, falando sobre o uso de supervisão clínica, recurso do qual nunca lançou mão, afirma que sua prática embora apoiada na teoria psicanalítica não ia "nada muito além do consciente não".

De qualquer forma o mais importante a assinalar aqui é que o tipo de raciocínio em pauta poderia perfeitamente se encaixar na "conduta caridosa" apontada por Loyola (1979 ; pg 25, 26) como utilizada por determinados médicos, estagiários de instituições públicas da Baixada Fluminense, para justificar o atendimento com a "qualidade possível" que passaram a oferecer, a clientela até então carentes de seus serviços. Tal fato mostra que a idéia de que a qualidade de determinados serviços profissionais é justificável pela "boa vontade" dos que os oferecem a quem não lhes tinha acesso, está longe de ser raridade no contexto do serviço público, podendo no entanto no que tange a prática psicoterápica, tornar-se menos evidente, já que dificuldades atinentes especificamente a este campo, como a diferenças de subjetividade entre profissional e paciente podem ser apontadas para tal finalidade.

Integram a segunda categoria em foco respostas que falam de sentimentos de gratificação ligados especificamente ao exercício da prática clínica e aos resultados terapêuticos nela obtidos. Diferentemente do tipo de sentimento descrito na

categoria anterior, os agora abordados originam-se do próprio seio do exercício clínico, e não do fato de ser oferecido de determinada forma, ou a determinada clientela dele necessitada. Ilustra-o de início a palavra de quem no subitem anterior se declarara sem perspectivas: "Eu gosto do que eu faço, tenho a compensação de ver as pessoas que eu atendo, por exemplo, melhorando né, no seu sofrimento..."

Sem citar o resultado terapêutico de seu trabalho, que considera não reconhecido pelo serviço público, uma outra informante nos diz também que debalde tais dissabores, "...é claro que tem ganhos, tem satisfações, é bom você tá atendendo, eu sou uma pessoa que gosta de atender, né,..."

Um terceiro exemplo vem nos mostrar que fora os resultados terapêuticos, ou o "gostar de atender", o interesse pelo exercício clínico com determinado tipo de pacientes (no caso os portadores de psicose), também se configura como fonte de sentimentos positivos com relação ao trabalho no serviço público, mesmo para quem também afirmara não receber por parte deste o mínimo reconhecimento por seus esforços:

"Agora eu gosto muito do que eu faço, hoje em dia mais ainda [...] a questão da psicose me tomou por inteiro [...] eu gosto daquelas questões que aparecem, daqueles casos que aparecem lá que nunca vão aparecer aqui..." (sujeito nº 10)

Pode-se perceber no que tange as respostas analisadas, nestas duas primeiras categorias que foi a partir de certas características da clientela ou da resposta destas a atuação do profissional ou de sua equipe, que determinados

profissionais tem conseguido extrair de seu trabalho no serviço público algum nível de gratificação. O interesse por tais características no que tange as informantes enfocadas na segunda categoria abordada já advinha da época de ingresso no Estado. Tal fica evidenciado se considerarmos que: A que interessava-se pela questão da psicose já trazia, como nos informou em outro momento de sua entrevista, tal interesse à época em que ingressou no serviço público; a que se disse uma "pessoa que gosta de atender" já citara, ao falar dos motivos de seu ingresso naquele, seu interesse por "atender uma clínica, não aquela que a gente é preparado pra atender"; aspiração da qual compartilhava, à mesma época, sua colega que mencionou ter compensações por ver os clientes, "melhorando no seu sofrimento"

Quanto as profissionais autoras de respostas incluídas na primeira categoria apresentada, embora não tenha sido a partir de interesses ligados as características ou as respostas clínicas da clientela que estas hauriram sentimentos gratificantes, podemos dizer que foram as características sócio-econômicas da população alvo que lhes possibilitaram ver-se como tendo uma "prática revolucionária" ao atender de forma "educada" e com "hora marcada", ou como alguém a "socializar a psicologia" através de seu trabalho no serviço público. É interessante notar que tais sentimentos de gratificação pela atuação junto a clientela, diferentemente do que ocorre com as outras informantes, não foram mencionadas entre os motivos de ingresso no serviço público, ou entre os ideais dos tempos de graduação, embora ambas as entrevistadas

tenham, em outros momentos de suas entrevistas, mencionado de passagem que eram pessoas que gostavam de sua profissão.

Se com relação a estas duas primeiras categorias pudemos perceber a importância do papel das características ou da resposta terapêutica da clientela na origem dos sentimentos positivos expressos, veremos ao examinar agora a terceira categoria de respostas, que outro fator parece ter não só atuado per si como possibilitador de tais sentimentos, mas também como fomentador dos interesses destes mesmos profissionais pela clientela. Tal fator é o que permite definir esta terceira categoria como a que se refere aos sentimentos de gratificação gerados pelo bom relacionamento profissional e afetivo entre os membros de cada equipe.

Embora este fator já houvesse sido mencionado como elemento facilitador da prática clínica no serviço público, observamos aqui que é a partir da possibilidade de compartilhar com os outros membros da equipe as observações e/ou os resultados terapêuticos obtidos em relação a clientela, que os interesses em relação a esta, ainda que já presentes à época da inserção no Estado, puderam ser fomentados. Isto pode ser exemplificado se examinarmos um trecho imediatamente posterior de um dos depoimentos transcritos acima. Dizia-nos a informante gostar "daquelas questões que aparecem, daqueles casos que aparecem lá que nunca vão aparecer aqui..." tendo completado "...e de pensar isso, e de trocar com as pessoas. É meio isso que me faz ficar." Ou seja, as "questões" e os "casos" também se tornam interessantes na razão direta em que a profissional

pode pensá-los e trocar idéias sobre eles os outros membros de sua equipe.

Outro fator a corroborar o acima exposto é a constatação de que todos os profissionais que acima referiram sentimentos positivos com respeito ao trabalho no serviço público fizeram menção, em algum ponto de suas entrevistas, ao bom relacionamento estabelecido com outros membros das equipes com os quais compartilhavam não só suas observações e bons resultados terapêuticos mas também suas dúvidas e dificuldades. Afora isto temos também outra informante que embora tenha relatado sua atual desmotivação, por razões principalmente salariais, fez questão de frisar o quanto sentia-se bem na unidade, situada em outro município, e da qual fora obrigada a se transferir, por motivos econômicos:

"Em [nome do município] eu profissionalmente me sentia super-bem [...] eu gostaria muito de ter toda a estrutura que eu tinha em ----, aqui no Rio [...] e com as pessoas que eu trabalhei lá [...] com o psiquiatra, com a direção do posto que eu tinha, com a assistente social que eu tinha..." (sujeito nº 02)

A menção por parte desta última informante à direção da unidade da qual se transferiu e gostaria de ter atualmente "aqui no Rio" nos dá a oportunidade de introduzir a quarta categoria em pauta, que contempla sentimentos de gratificação gerados pelo apoio e reconhecimento das diretorias de unidades ao trabalho dos profissionais. Além da entrevistada em questão que nos conta que com relação a sua equipe "...a direção do posto sempre deu carta branca pra gente...", outra informante,

esta mencionada numa das categorias acima como interessada na questão da psicose, também comenta que no que coube a sua equipe, a direção da unidade "...deu muito apoio à gente na ocasião..." Lamentavelmente, no entanto, podemos dizer que sentir o trabalho de sua equipe apoiado e portanto reconhecido pela direção da unidade, pelo menos no âmbito dos profissionais do P.S.M., configurou-se muito mais como exceção, ilustrada unicamente pelos duas menções acima, do que como regra, principalmente se considerarmos os problemas já citados enfrentados por alguns de nossos entrevistados, com suas novas diretorias quando da municipalização das unidades em que trabalhavam.

Examinados assim os sentimentos de nossos profissionais quanto a seu trabalho no serviço público vejamos agora o dito sobre a influência destes na prática clínica ali exercida.

REFLEXOS DOS SENTIMENTOS SOBRE A PRÁTICA CLÍNICA:

Perguntados sobre se os sentimentos experimentados em relação ao trabalho no serviço público poderiam de alguma forma influir na prática clínica exercida em tal âmbito, os profissionais de nossa amostra revelaram-se unânimes em admitir tal influência, sempre referindo-a no entanto aos sentimentos negativos, embora a pergunta mencionasse apenas que se referia aos sentimentos expressos na resposta precedente. Tal, no entanto pode ser explicado pelo fato de que mesmo entre os que paralelamente mencionaram sentimentos positivos, os sentimentos

negativos deram a tônica de tal resposta como um todo.

No entanto, ainda que unânimes em afirmar a influência em pauta, o grupo total de nossos sujeitos pode ser dividido em duas grandes categorias no que tange a extensão e a recorrência com que os sentimentos negativos imprimem seus reflexos sobre o exercício clínico. Passemos em seguida ao exame das mesmas:

A primeira das categorias em exame traduz um nível de influência descrito como mais tênue e/ou esporádico. Um primeiro tipo de resposta incluída nesta categoria apresenta o dado comum de seus autores caracterizarem os reflexos de seus sentimentos sobre o exercício clínico como ocorrências eventuais que no entanto, a seu ver, não deveriam ter lugar. Perguntada sobre a possibilidade da influência em foco uma informante nos diz que:

Acho que poder pode, mas não deve, não deve. [...] A gente tem essa preocupação, mas eu não posso te dizer de maneira absoluta que isso não tá se evidenciando numa coisa ou outra [...] talvez assim chegar atrasada seja um indício [...] o que eu posso te dizer é que tem uma preocupação em relação a isso. (sujeito nº 05)

Um segundo exemplo no mesmo sentido nos vem de outra entrevistada que embora não concorde com tal influência, admite que: "...por mais que você queira [...] fica sempre a hora que você tá se sentindo subtraído, né, você tá se sentindo explorado e aí você acaba [...] respondendo a isso." Embora neste segundo depoimento a profissional não especifique a forma pela qual a interferência dos sentimentos se dá em sua prática

clínica, como exemplificou a primeira, percebemos que em ambas tal influência ganha a conotação de um deslize, de um tropeço, talvez de um ato falho, ousariamos dizer.

Este mesmo caráter de algo que sorrateiramente se evidencia mesmo contra a vontade do profissional aparece num terceiro depoimento, onde a informante narra que principalmente, no atendimento a pacientes psicóticos (que compunham a maior parte de sua clientela), estes revelariam através de transtornos comportamentais os descontentamentos do profissional que, mesmo sem este se dar conta, acabassem, vez por outra, refletindo-se na relação terapêutica.

Uma outra resposta também nos fala de deslizes ocasionais que na opinião da entrevistada não deveriam ocorrer mas que já tiveram lugar, ainda que esporadicamente, em ocasiões em que irritada com o comportamento ou com as expectativas infundadas nela depositadas por alguns clientes, terminou por cometer "heresias" psicoterápicas. A própria entrevistada nos cita um exemplo, que considera um caso extremo, e que ocorreu, quando insistentemente pressionada por um cliente para que confirmasse a origem espiritual de seus problemas, acabou, esgotadas as possibilidades em contrário, por mandá-lo procurar um centro espírita.

Um segundo tipo de resposta desta categoria diferencia-se da anterior na medida em que sua única autora embora afirmando a ocasionalidade da interferência em questão não chega a mencionar nem a sua indesejabilidade nem a forma pela qual esta pudesse se dar. Limita-se a informante a dizer que, por conta de outras atividades profissionais que poderia

estar realizando, como assistir a palestras ou seminários de seu interesse, ou por lembrar do valor do salário a ser recebido, as vezes não tinha "...absolutamente nenhuma vontade de tá lá trabalhando..."

O conjunto de respostas agrupadas na categoria acima apresentada guarda uma característica que nos chama a atenção. Referimo-nos a circunstância de seus autores serem justamente os mesmos que além dos sentimentos negativos apontaram também sentimentos positivos com respeito a seu trabalho no serviço público. Parece-nos que a ocasionalidade com que os sentimentos negativos interferem na prática clínica de tais profissionais reflete o rompimento esporádico do equilíbrio dinâmico entre sentimentos negativos de um lado, e sentimentos positivos aliados a compromissos éticos do outro. É difícil no entanto dizer quem precede a quem neste último lado da balança, ou seja, se os compromissos éticos fizeram com que os profissionais olhassem sua clientela de tal modo a ver nela motivos para os sentimentos positivos, ou se os sentimentos positivos moveram estes no sentido de uma atuação mais ética. Talvez o mais provável seja que em cada caso uma destas possibilidades tenha se dado, já que durante as entrevistas, encontramos entre os que mencionaram sentimentos positivos, alguns informantes que mais pareciam, contristados por seus compromissos éticos, tentar convencer a si mesmos de que dispunham em sua atividade no serviço público, de alguma fonte de gratificação afetiva.

A segunda categoria em exame traduz um nível de

influência descrito como mais extenso e mais freqüente.

Diferentemente de seus colegas mencionados na categoria anterior, os profissionais cujas respostas ora examinamos foram mais enfáticos em admitir a influência de seu descontentamento sobre a prática clínica, descrevendo-a também, pelo que iremos perceber como mais lesiva, a tal prática. Vejamos um primeiro exemplo: Perguntada sobre se acreditava que em seu caso tal influência houvesse se dado a informante responde:

"Quinhentas mil vezes, quinhentas mil vezes. Isso que eu te falei, ficava culpada com os pacientes, atendia menos do que eu devia, meio precariamente, faltava, apesar de que não... tanto assim de falta, mas faltava, dava furo com o paciente, e o paciente sumia, eu não tinha tempo de correr atrás, de ver alguma coisa, é, sei lá eu acho que isso é o principal." (sujeito nº 07)

Notamos aqui, que conforme já havíamos apontado com respeito a mesma informante quando falamos dos sentimentos negativos, que esta experimenta sentimentos de culpa em relação a clientela, que no entanto não conseguiram impedir, mas exatamente o oposto, parecem ter contribuído, para que sua prática clínica se desse da forma acima descrita. Abandonada pela equipe; sentindo-se solitária e impotente para dar conta de uma expressiva demanda de pacientes em sua maioria psicóticos; dispendo para tanto de recursos clínicos nos quais desacreditava, conforme a orientação de um programa pelo qual, sentia-se traída; e isto ao sabor de uma remuneração cada vez mais escorchantes, a profissional não encontra em sua relação com o serviço público nenhuma fonte de gratificação que lhe pudesse ajudar a não transformar em culpa seus compromissos

éticos, dando-lhes uma direção mais conseqüente e menos dolorosa que não colaborasse ainda mais para seu mal-estar.

Uma segunda resposta, vem acrescentar importantes matizes ao quadro ora analisado:

"Como é que você vai trabalhar, sem suporte, sem apoio, sem, sem você ter condições dignas, como é que você vai trabalhar? [...] Se você não tá devidamente suportado o teu emocional vai parar aonde? [...] Tiram... tirando o teu tapete fica o que? [...] E aí o emocional tá diretamente ligado a isso, né, o emocional é a base, né, você pode dizer que o emocional é chão, né. Sem a base como é que a gente fica, né? (sujeito nº 04)

Percebemos a partir do depoimento acima que não são apenas condições materiais de trabalho o que o profissional espera receber do Estado. A ênfase dada ao aspecto emocional do suporte mencionado pelo informante aponta para o papel simbólico de provedor de suas necessidades materiais e emocionais que este confere ao mesmo. Referindo-se ao tipo de relação que o funcionalismo estadual manteria com seu empregador (o que por extensão o inclui), o entrevistado produz um depoimento que revela um pouco mais de sua própria relação com este:

"...as pessoas se acomodam mesmo [...] é uma defesa, né, elas não têm futuro, não têm perspectiva, não têm nada, não têm nada. Então: 'vou fazer o mínimo, eu vou fazer o mínimo, vou cumprir com as minhas obrigações formais e...'. Em outras palavras: 'Eu não vou dar de mim, não dão pra mim, eu não vou dar de mim.'" (sujeito nº 04)

Um último trecho do depoimento deste mesmo informante nos dá a dimensão da carga afetiva envolvida em sua relação com

o serviço público:

"Eu acho que o que o Estado pede não é uma relação trabalhista, ele pede quase um doar, entendeu? E a pessoa pra doar, ela tem que... tá numa condição que lhe permita isso entendeu? [...] não é uma coisa assim que eu tenho ódio do Estado, que eu tenho isso ou que eu tenho aquilo ou... eu tenho até horas que eu tenho sim, entendeu?"
(sujeito nº 04)

Já tendo revelado sentir-se decepcionado e enganado em relação ao Estado, nosso entrevistado deixa claro o ressentimento e o ódio de quem se vê vítima de um logro. Não tendo mencionado qualquer fonte de gratificação afetiva em relação a sua atuação profissional no serviço público, o informante parece enxergar qualquer investimento nesta, que vá além do "vou cumprir com as minhas obrigações formais", como uma doação para a qual não se sente disponível e pela qual nada receberá além de uma remuneração indigna.

Numa atividade como a prática psicoterápica em que elementos da dinâmica emocional do profissional são constantemente incitados a comparecer, percebe-se a especial dificuldade de alguém que tente exercê-la num contexto onde não se sente emocionalmente suportado para "dar de si" e em relação ao qual ainda experimenta sensações de ódio e ressentimento que precisam ser ininterruptamente contidas para não recaírem a todo o momento sobre a clientela. Destarte, é bastante plausível supor que tal cenário resulte numa prática, distante de originar resultados satisfatórios a clientes e terapeuta, e próxima do atendimento "precário" citado pela informante anterior.

Desprovidos de uma equipe em relação a qual pudessem haurir a gratificação de um bom relacionamento profissional e afetivo e com quem pudessem partilhar suas incertezas e dificuldades, ambos os profissionais parecem presos a um circulo vicioso onde atendendo precariamente não conseguem extrair de sua prática sentimentos positivos que contrabalançam seu mal-estar, que, inalterado ou até piorado pelos eventuais fracassos, os reconduz a este mesmo tipo de prática, reiniciando-se o processo.

Um terceiro entrevistado em situação próxima dos anteriores quanto aos fatores equipe e clientela, conta-nos de seus esforços para manter diante de seu descontentamento com o serviço público uma qualidade de atendimento que reconhece apenas "razoável":

"...lá dentro, [...] eu tento fazer uma esquizofrenia do que o consultório é [o termo consultório refere-se a sala ocupada pelo profissional no posto de saúde] com uma maquininha de raios X lá dentro, né, com cadeiras de serviço público, com a mesa de serviço público, [...] eu tento fazer uma separação daquela realidade [...] com aquelas coisas e com aquela remuneração ali [...] como se eu não estivesse ali..." (sujeito nº 03)

O termo "esquizofrenia", decerto não utilizado por acaso, dá bem a dimensão e a natureza do expediente utilizado pelo profissional para tentar a todo custo "fazer de conta" que não está onde realmente está. Não é difícil imaginar as dificuldades de uma prática onde, longe de estar suficientemente à vontade para exercer sua escuta, o profissional tenta negar a própria realidade que o cerca,

negação esta que parece comparecer até quando o informante refere-se a sua sala chamando-a de "consultório".

Esta "esquizofrenia" voluntária da qual o profissional lança mão para tentar não ver onde está, parece nos fornecer a chave para tentar compreender a maneira pela qual os sentimentos positivos conseguem contrabalançar os dissabores vividos no serviço público, diminuindo com isso a ingerência destes sobre a prática clínica. Imaginemos a situação do pesquisador absorto pelo objeto que instiga sua curiosidade, ávido para partilhar suas observações com seus pares e ouvir deles o fruto de suas próprias observações; ou ainda suponhamos a cena do artífice que contempla junto a seus parceiros as modificações que imprime ou já imprimiu à realidade, e que crê impossíveis sem a sua interferência. Não é preciso grande esforço para visualizar ainda, em ambos os panoramas, seus protagonistas, num estado de certa insuscetibilidade as circunstâncias adversas do meio, atraídos pelo objeto que observam e/ou transformam, o que ocorre de forma mais espontânea e menos custosa do que através de uma "esquizofrenia" fabricada.

Utilizamo-nos de tais exemplos por que acreditamos que eles ilustrem, pela analogia que possibilitam, como é a partir do interesse em relação a clientela, seja no sentido de apreender sua especificidades ou ajudar a transformar a realidade desta que, auxiliados por suas equipes, certos profissionais conseguem, com mais sucesso que outros barrar, ao menos parcialmente, a influência de seus dissabores com o serviço público, sobre a prática que exercem. Isso sem esquecer

que o próprio relacionamento afetivo com os membros da equipe, independentemente da troca a nível profissional, também atua per si como elementos a amenizar parcialmente tais descontentamentos.

Cabe por ultimo mencionar quanto as respostas de dois outros informantes, incluíveis na presente categoria pela extensão da influência em foco, que nos absteremos de comentá-las mais extensamente, na medida em que não trouxeram elementos novos, a questão, limitando-se a repetir o já dito no item referente as dificuldades com a prática clinica no serviço público, principalmente em seus aspectos econômicos. Importa no entanto dizer que estas também corroboram o exposto acima na medida em que partem de profissionais que pelo menos em termos das unidades em que atualmente estão lotados (já que um deles transferiu-se da unidade de origem) não tem encontrado fontes de gratificação afetiva que lhes permita fazer frente a desmotivação e o desestímulo que, debalde seus esforços, reconhecem incidir sobre a atividade clinica exercida.

7 - COMENTARIOS FINAIS E CONCLUSÃO

Ao chegarmos ao final de nossa trajetória cabe, munidos dos principais comentários e interpretações feitas ao longo do texto, revisitar as questões iniciais que nortearam nossa ida ao campo.

A primeira de tais questões referia-se a possibilidade que psicólogos recém-formados estivessem se tornando trabalhadores no campo da saúde mental por conta das dificuldades de ingresso no mercado de atendimentos psicológicos privados. A segunda, interrogava sobre se os que realmente estivessem optando por tal campo teriam recebido formação adequada para tanto.

Se por um lado alguns de nosso informantes admitiram, como foi visto, o ingresso no serviço público por razões ligadas a dificuldade de inserção no mercado de atendimentos psicológicos privados, estes já não foram tão eloqüentes em se referirem a sua formação como inadequada para tanto. Os que mencionaram tal inadequabilidade por conta das especificidades da clientela, o que lhes trouxe algumas dificuldades clínicas iniciais, ou acabaram por elaborar juntamente com as equipes formas de atendimento que ao menos parcialmente contornassem tais dificuldades, ou terminaram por perceber que não haviam respostas prontas para as questões daí advindas. Outros ainda não reconheceram a necessidade de uma suposta formação compatível com o trabalho em saúde mental, pelo menos no que tange a prática psicoterápica ambulatorial, já que mediante o referencial teórico que os orientava, não reconheciam como

problemática para tal prática, as especificidades da clientela atendida.

Quanto as razões para o ingresso no serviço público estas se mostraram apenas parcialmente significativas quanto ao bem ou mal-estar experimentado posteriormente em relação ao trabalho neste:

Por um lado encontramos, como exemplo, uma informante, que definindo-se como comprometida desde o final da graduação com o trabalho na rede básica de atendimento em saúde pública, mostrava-se sensivelmente mais descontente à época das entrevistas que outra que apenas de passagem mencionara gostar de tal idéia. Também, como exemplo, temos ainda o caso de outra entrevistada que, embora tendo confessado ingressar no Estado unicamente pela oportunidade de um emprego, foi uma das que mais gratificada declarou sentir-se com o trabalho neste, ao menos enquanto permaneceu na unidade em que fora lotada originalmente, e por conta principalmente dos relacionamentos mantidos com a clientela, equipe e diretoria desta.

Por outro lado, determinados fatores relacionados a interesses propriamente clínicos com respeito a clientela, mencionados por vezes entre os motivos de inserção no Estado, revelaram-se fonte de sentimentos positivos com respeito ao serviço público, que evidentemente amenizavam o mal-estar.

Já, a trajetória posterior ao ingresso no serviço público, principalmente as ocorrências manifestadas após o terceiro ano a contar deste, tais como: defasagem salarial, dissolução de equipes, e do próprio P.S.M. por conta da municipalização, instalações físicas precárias, falta de

material e falta de apoio das diretorias de unidade, entre outras, mostraram-se, estas sim, as mais importantes fontes do mal-estar de nossos informantes. Tal mal-estar, traduzido por sentimentos como os de desmotivação, não reconhecimento pelo trabalho realizado, falta de perspectivas, decepção, traição, impotência, solidão, irritação, entre outros, e que teve seus reflexos sobre a prática clínica admitido por todos os sujeitos, mostrou-se no entanto consideravelmente atenuado no caso dos que conseguiram manter um bom relacionamento profissional e afetivo com suas equipes, e que viram, também por isto, no trabalho junto a clientela a fonte de novos conhecimentos, ou a oportunidade de levar seus serviços a quem deles não dispunha.

No que tange aos textos que integraram o chamado "corpo de discursos" verificou-se que não foram consultados espontaneamente por nossos informantes enquanto recurso que visasse otimizar a prática clínica. O contacto com os mesmos ou se deu ou através do curso oferecido no I.M.S. da UERJ que abordou parte deles, ou por conta de outras atividades desenvolvidas por alguns sujeitos. Cabe ressaltar que embora os trabalhos abordados no curso diferenciassem-se dos anteriores por oferecer alternativas clínicas para o trabalho com as camadas populares, tais alternativas não foram utilizadas pelos entrevistados, ou por discordarem das mesmas, ou por não se sentirem suficientemente capacitados pelo curso para tanto.

Um dado que consideramos bastante curioso referiu-se aos trabalhos anteriores aos abordados no curso e também integrantes do "corpo de discursos". Geralmente criticados por

apontarem dificuldades para o exercício psicoterápico com as camadas populares, sem contudo oferecerem alternativas para tanto, tais trabalhos foram considerados por duas entrevistadas como positivos para suas práticas clínicas, justamente por que a partir das dificuldades apontadas por estes, dos quais tomaram conhecimento antes do ingresso no Estado, sentiram-se autorizadas e liberadas para um exercício clínico mais criativo e menos rígido quanto aos cânones psicanalíticos, o que pode inclusive ter facilitado o surgimento dos sentimentos de gratificação afetiva mencionados acima em relação a tal exercício.

Acreditamos que tal dado tenha traduzido também a influência da psicanálise e de seu modelo de atendimento no ensino universitário de psicologia no Rio de Janeiro, abordada na Introdução deste trabalho. Isto porque ao falar da "autorização" ou da "liberação" fornecida por tais textos, as informantes parecem referir a sensação de terem se livrado de imperativos que, em seus casos específicos, não vieram de outro lugar que não do próprio curso de graduação.

Esta influência, presente ainda no fato da grande maioria de nossos entrevistados apontar tal orientação teórica para sua prática clínica, pareceu refletir-se também na circunstância destes terem se utilizado do recurso à supervisão clínica particular, instituído e consagrado pela psicanálise, para dirimir suas dúvidas e dificuldades em relação ao prática clínica no serviço público, sem recorrer por exemplo, guardadas as devidas proporções entre o oferecido por um e outro recurso, aos textos integrantes do "corpo de

discursos", que apoiavam-se em sua maioria em disciplinas como a sociologia e a antropologia, de bem menor peso nos cursos de graduação em psicologia.

Outros recursos também utilizados para o mesmo fim foram a realização de cursos de especialização ou grupos de estudo sobre psicoterapia, além da discussão de casos com outros membros da equipe. Todos estes recursos, incluindo a supervisão e excluindo a discussão de casos, estiveram bem mais presentes no exercício clínico de nossos profissionais nos dois primeiros anos de trabalho no estado, antes que a defasagem salarial viesse inviabilizar o acesso a estes.

Retornando desta visita aos pontos iniciais de nossa caminhada, importa avançar em direção a algumas conclusões e propostas.

Num momento em que por conta do processo de municipalização dos serviços públicos de saúde, diretriz integrante da implantação do Sistema Único de Saúde, prefeituras municipais tem implementado em suas redes o atendimento ambulatorial em saúde mental, pensamos que o visto sobre o mal-estar de nosso entrevistados, pode servir de base ao esboço de algumas sugestões, que mediante ulteriores aperfeiçoamentos e adaptações à específicos contextos, levem a uma melhor qualidade deste tipo de atendimento. Por isso não nos furtamos a apresentá-las, levando também em conta que nosso estudo partiu de um programa de mesma natureza que os em implantação nos diversos municípios, só que num âmbito estadual.

Antes de apresentá-las porém, cabe dizer que julgamos desnecessário apontar a necessidade de que sejam pagos salários condignos não só a psicólogos mas a todo e qualquer profissional da rede pública de saúde, que tem sofrido principalmente nos últimos anos um processo de progressivo sucateamento que só reflete a escabroso panorama de corrupção, malversação do dinheiro público e interesses politiquieiros cuja constante presença nos meio de comunicação de massa nos dispensa de comentar.

Importa também destacar a coragem e a sinceridade com que nossos entrevistados confessaram a influência de seu mal-estar no intimo da prática clínica. Tais confissões permitiram-nos falar de forma mais extensa e detalhada sobre uma questão que salvo raras exceções, só aparece na literatura disponível sobre práticas psicoterápicas ambulatoriais com as camadas populares como uma negligência episódica, uma exepcionalidade citada em uma duas linhas suficientes para dizer que a mesma constitui-se num tema que não será abordada em favor de outros mais nobres (e menos incômodos, poderíamos acrescentar).

Embora esta seja uma pesquisa qualitativa realizada com um número de sujeitos bastante reduzido, acreditamos que o fato destes terem sido unânimes em admitir a influência de seu mal-estar sobre a prática clínica parece significar que a suposta exepcionalidade não se afigura tão exepcional assim.

Se considerarmos que as condições de trabalho oferecidas no restante da rede pública de saúde no país estão longe de ser muito diferentes das encontradas por nossos

entrevistados, a hipótese acima torna-se ainda mais plausível, apontado-nos a importância de tentar compreender melhor: como, com que intensidade, e por que meios tal influência se dá, sem insistir em continuar a vê-la como um deslize eventual e lamentável do qual é melhor não falar.

Se cremos que nossa pesquisa possa ter contribuído neste direção, esperamos também que ela possa ter ao menos indicado com razoável clareza a insuficiência de uma postura condenatória, por parte de quem quer que seja, que imaginasse em relação aos psicólogos do serviço público, conduzi-los com isso à uma atuação profissional de qualidade mais apurada.

Cabe contudo deixar claro que não estamos querendo afirmar com o acima dito, a apologia da negligência, mas apenas tentando frisar o que, a nosso ver, o exame dos casos enfocados parece ter exemplificado com alguma nitidez: que os simples esforços da vontade, ou as injunções superegóicas mostram-se inoperantes para produzir algo além de culpa e auto-recriminações, que não parecem se constituir no melhor caminho para o exercício de uma escuta menos contaminada pelo mal-estar que a circunda.

Destarte, julgamo-nos justificados em tentar assumir em nosso estudo uma postura que evitasse uma "ética condenatória" tão apressada para punir, quanto inútil para compreender, e portanto, traiçoeira quanto a nossos objetivos. Por isso, se em alguns momentos deste trabalho assumimos um papel mais inquiridor ao suspeitar de razões aparentemente "menos nobres" que as apontadas pelos sujeitos para algumas de suas atitudes ou comportamentos, o fizemos no intuito de trazer

a luz possíveis determinantes destes talvez ocultos aos próprios sujeitos, e que embora pudessem estar mais invisíveis, certamente não seriam por isto menos humanos.

Feitos estes breves comentários sobre alguns aspectos éticos envolvidos em nossa pesquisa, passemos as prometidas sugestões que apresentaremos sob a forma de tópicos, reiterado seu caráter meramente indicativo, passível portanto de ulteriores reformulações e aperfeiçoamentos:

. A contratação por parte do poder público de supervisores clínicos, proporcionalmente ao número de profissionais em atividade, poderia melhorar em muito a qualidade do atendimento, já que além de dirimir dúvidas e apontar os fatores contratransferenciais em relação a clientela, poderia ajudar o profissional a lidar melhor com os sentimentos em relação a instituição e ao serviço público que pudessem interferir no atendimento.

. O processo de seleção de candidatos para o cargo de psicólogo clínico poderia conter, além da prova escrita, e da prova de títulos, alguma outra forma de avaliar a habilidade profissional do candidato no tocante ao exercício da prática psicoterápica, o que talvez pudesse ser feito, a exemplo dos testes de habilidades específicas que integram o concurso vestibular para determinadas carreiras universitárias.

. No caso da implantação de equipes multidisciplinares, o que tem se mostrado uma tendência em

termos da atenção em saúde mental, técnicas de dinâmica de grupo poderiam ser aplicadas durante o processo de lotação de funcionários em unidades, com a finalidade de que estes pudessem, de acordo com as afinidades profissionais e até pessoais reveladas pela aplicação de tais técnicas, gerir a formação das próprias equipes.

. No caso de poucas unidades ou de equipes já formadas tais técnicas poderiam ser aplicadas posteriormente, já dentro de uma ótica mais clínica, tentando aproximar os profissionais e aclarar as possíveis dificuldades interpessoais da equipe.

. Promover o intercâmbio entre profissionais de diferentes unidades visando a troca de experiências e informações sobre o trabalho ambulatorial em saúde mental.

BIBLIOGRAFIA

- AULAGNIER, P. e CASTORIADIS, C. (1970). Temps de parole et temps de l'ecoute. Topique - Revue Freudienne. Paris, EPI, 12.
- ARIES, P. (1962). Centuries of childhood. Nova Iorque: Vintage Books.
- AZEVEDO, T. (1963). Social change in Brazil. Gainesville: University of California Press.
- BASTOS, A.V.B. e GOMIDE, P.(1989) - O Psicólogo Brasileiro: Sua Atuação e Formação Profissional. Psicologia. Ciência e Profissão. Brasília, CFP, Ano 9, nº 1.
- BERGER, P. e LUCKMANN, T. (1973). A construção social da realidade. Petrópolis: Vozes.
- BERNSTEIN, B. (1960). Language and social class. in _____ (ed.). Class, codes and control. Londres: Routledge & Kegan Paul, 1971, vol 1.
- _____ (1962). Linguistic codes, hesitation phenomena and intelligence. in _____ (ed.). Class, codes and control. Londres: Routledge & Kegan Paul, 1971, vol 1.

BERNSTEIN, B. (1980). Classe social, sistemas de fala e psicoterapias, in FIGUEIRA, S.A. (ed.). Psicanálise e ciências sociais. Rio: Francisco Alves.

BERTRAM, J. C. & GRUNEBAUM, U. H. (1981) Mothers, Grandmothers and Daughters : Personality and Child Care in Three-generations Family. New York: John Wiley.

BEZERRA, B. (1982). A noção de indivíduo, reflexão sobre um implícito pouco pensado. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social, UERJ.

_____ (1987). Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental in FIGUEIRA, S.A. (org.). Cidadania e Loucura. Petrópolis: Vozes.

_____ (1989) - Numa Encruzilhada Cultural entre o Espiritual e o Nervoso. Psicologia, Ciência e Profissão, Brasília, CFP, Ano 9, nº 2.

BOARINI, M.L. (1989). Estágio em posto de saúde - Prática e Reflexão. Psicologia, Ciência e Profissão, Brasília, CFP, Ano 9, nº 2.

BOLTANSKI, L. (1969). Prime education morale de class. Paris: Mouton.

BOLTANSKI, L. (1971). L'usage sociaux des Corps.
Annales. Paris, 26 (1).

_____ (1979). As classes sociais e o corpo.
Rio: Graal.

BORGES, L.A. (1987). Atendimento psicoterápico aos
setores populares: um estudo das representações de
terapeutas e pacientes. Dissertação de Mestrado.
Departamento de Psicologia, FUC/RJ.

BOURDIEAU, P. (1974). Economia das trocas
simbólicas. São Paulo: Perspectiva.

BROMLEY, D.B. (1986). The Case Study Method in
Psychology and Related Disciplines. Nova York: John
Wiley.

COSTA, J. F. (1976). Organização de Instituições para
uma Psiquiatria Comunitária. Relatório do 2º
Congresso de Psicopatologia da Infância e da
Adolescência, Rio.

_____ (1978). Psicoterapia Breve: Uma
abordagem psicanalítica, in Figueira S.A. (org.)
Sociedade e Doença Mental, Rio: Campus.

COSTA, J. F. (1982). Projeto psicoterápico. Rio, mimeo.

_____ (1984). Sobre a 'Geração AI-S' in Violência e Psicanálise, Rio: Graal.

_____ (1987). A consciência da doença enquanto consciência do sintoma: a doença dos nervos e a identidade psicológica. Cadernos do IMS. Rio: IMS/UERJ, 1 (1).

_____ (1989). Psicanálise e contexto cultural. Rio: Campus.

_____ (1989). Como se constroi a subjetividade das classes populares? Psicologia, Ciência e Profissão, Brasília, CFP, Ano 9, nº 2.

DEUTSCH, M. (1964). Facilidades para o desenvolvimento na criança pré-escolar: perspectivas sociais e psicológicas. in WITTER, G.P., PATTO, M.H.S. e COPIT, M.S. (eds.). Privação cultural e desenvolvimento. São Paulo: Pioneira, 1975).

DUARTE, L.F. (1986). Da vida nervosa das classes trabalhadoras urbanas. Rio: Jorge Zahar/CNPQ, 1986.

DUMONT, L. (1965). The modern conception of the individual: Notes on its genesis and that of concomitant institutions. Contributions to Indian Sociology, 8

----- (1968). Homo Hierarchicus. Paris: Gallimard.

----- (1974). Casta, racismo e estratificação. in AGUIAR, N. (org.). Hierarquia em classes. Rio: Zahar.

----- (1985). O individualismo. Rio, Rocco.

FIGUEIRA, S.A. (1975). Relativização da doença orgânica: diferentes representações sociais. Infância e adolescência. Rio, APPIA, 1.

----- (1978a). Notas introdutórias ao estudo das terapêuticas I: Lévi-Strauss e Peter Berger in ----- (org.). Sociedade e doença mental. Rio: Campus.

----- (1978b). Notas introdutórias ao estudo das terapêuticas II: Robert Castel e Michel Foucault in ----- (org.). Sociedade e doença mental. Rio: Campus.

FIGUEIRA, S.A. (1981). O contexto social da psicanálise. Rio: Francisco Alves.

_____ (Org.) (1985). Cultura da psicanálise. São Paulo. Brasiliense.

_____ (org.) (1988). Efeito psi. Rio: Campus.

FIGUEIREDO, A.C. (1988). O Movimento Psicanalítico no Rio de Janeiro na Década de 70 in BIRNAN, J. (org.) Percursos na História da Psicanálise, Rio: Taurus.

FIORINI, H.J. (1978). Teoria e Técnica de Psicoterapias, Rio: Francisco Alves.

FOUCAULT, M. (1975). Doença mental e psicologia. Rio: Tempo Brasileiro.

_____ (1977). História da sexualidade. Rio: Graal.

_____ (1978). A história da loucura. São Paulo: Perspectiva.

_____ (1979). Microfísica do poder. Rio: Graal.

GODOY, A.M. (1985). O psicólogo em saúde pública: caracterização de sua participação em Postos de Saúde. in LANGENBACH, M. e NEGREIROS, T. (coord.). A psicologia no Rio de Janeiro: versões e reflexões. Rio: Departamento de psicologia, PUC.

HUNT, J. McV. (1964). As implicações das mudanças nas concepções sobre o desenvolvimento intelectual infantil. in WITTER, G.P., PATTO, M.H.S. e COPIT, M.S. (eds.). Privação cultural e desenvolvimento. São Paulo: Pioneira, 1975.

KATZ, C.S. (1984). ética e Psicanálise: uma Introdução, Rio: Graal.

LABOV, W. (1969). The logic of nonstandard English. in KEDDIE, N. (ed.). Tinker, tailor... The myth of cultural deprivation. Londres: Penguin.

LACAN, J. (1979). Os escritos técnicos de Freud. Rio: Zahar, livro I.

LANDIN, R. e LENGROBER, V. (1979). O trabalho do psicólogo na favela. Rio, Departamento de psicologia, PUC, mimeo.

LANGENBACH, M e CAMARATE, M. (1985a). O psicólogo em hospitais gerais no Rio de Janeiro. in LANGENBACH, M. e NEGREIROS, T. (coord.). A psicologia no Rio de Janeiro: versões e reflexões. Rio, Departamento de psicologia, PUC.

LANGENBACH, M. e NEGREIROS, T. (1985b). Relação do curso de psicologia da PUC/RJ com o desdobramento profissional do psicólogo no Rio de Janeiro. in LANGENBACH, M. e NEGREIROS, R. (coord.). A psicologia no Rio de Janeiro: versões e reflexões. Rio, Departamento de psicologia, PUC.

LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J.-B. (1983). Vocabulário de psicanálise. São Paulo: Martins Fontes.

LÉVI-STRAUSS, C. (1970). A eficácia simbólica. in _____ Antropologia estrutural. Rio: Tempo Brasileiro.

LO BIANCO, A.C. (1981). Concepções de família em atendimentos psicológicos fora do consultório: um estudo de caso. in VELHO, G. e FIGUEIRA, S.A. (coord.). Família, psicologia e sociedade. Rio: Campus.

LO BIANCO, A.C. (1988). Psicologismo e importação de teoria: a formação do profissional de psicologia. Cadernos do NUPSO. Rio, Colônia Juliano Moreira, 2.

----- (1989). Questões para a teoria Psicanalítica na Sociedade Brasileira, in Birman, J. (org.) Freud 50 anos Depois, Rio: Dumará.

MARTINS, L. (1979). A Geração AI-5 - Ensaio de Opinião, Rio: Paz e Terra, v. 11.

MELLO, L. (1975). Psicologia e Profissão em São Paulo, São Paulo: Atica.

NEGREIROS, M.A. (1985). A prática do psicólogo em instituições penais. in LANGENBACH, M. NEGREIROS, T. (coord.). A psicologia no Rio de Janeiro: versões e reflexões. Rio, Departamento de psicologia, PUC.

----- (1985). Clínicas Particulares - Uma nova organização profissional em psicologia in LANGENBACH, M. NEGREIROS, T. (coord.). A psicologia no Rio de Janeiro: versões e reflexões. Rio, Departamento de psicologia, PUC.

NICOLACI-DA-COSTA, A. (1981). "Privação cultural",
 "privação lingüística" e família. in VELHO, G. e
 FIGUEIRA, S.A. (coord.). Família, Psicologia e
Sociedade. Rio:Campus.

----- (1985) Mal-estar na família :
 descontinuidade e conflito entre sistemas
 simbólicos, in VELHO, G. e FIGUEIRA, S.A.
 (coord.). Família, psicologia e sociedade. Rio:
 Campus.

----- (1988) Questões metodológicas
 sobre a análise do discurso, PUC/RJ, mimeo.

ROPA, D. e DUARTE, L.F. (1985). Considerações
 teóricas sobre a questão do atendimento
 psicológico às classes trabalhadoras. in
 FIGUEIRA, S.A. (org.). Cultura da psicanálise.
 Rio: Campus.

SALEM, T. (1986). Os filhos do milagre, Ciência Hoje.
 v.5, nº 25

SALES, R. (1989). Estudo sobre a Clientela da área de
 Saúde Mental em Varginha. Psicologia, Ciência e
Profissão, Brasília, CFP, Ano 9, nº 2.

SCHUTZ, A. (1979). Fenomenologia e relações sociais.

Rio: Zahar.

SCHVINGER, A. e FIGUEIREDO, M.C. (1982). Estratégias de atendimento psicológico-institucional a uma população carente in O Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da PUC/RJ: Uma prática em debate. Série Estudos - PUC/RJ, nº 10.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E HIGIENE. (1986). Manual de orientação para equipes de saúde mental atuando em unidades sanitárias. Rio, mimeo.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E HIGIENE. (1987). Programa de Saúde Mental. Rio, mimeo.

SOUZA, M.C. (1983). Doença dos nervos: Uma estratégia de sobrevivência. A saúde no Brasil. Brasília, Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1(3).

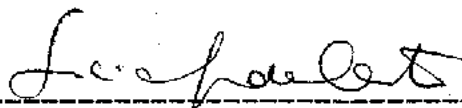
TELLES, A. (1982). Atendimento a pacientes de cirurgia cardíaca. Rio, Departamento de psicologia, PUC, mimeo.

VELHO, G. (1980). Projeto, emoção e orientação em sociedades complexas. in FIGUEIRA, S.A. (org.). Psicanálise e ciências sociais. Rio: Francisco Alves.

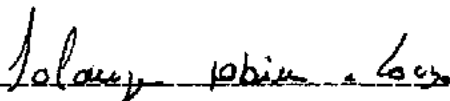
VIDERMAN, S. (1974). La bouteille à la mer. Revue Française de psychanalyse. Paris, PUF, 2-3.

VILHENA, J e SENNA, A. (1988). Atendimento Psicológico as Populações Carentes: Mitos e Lendas, Grádiva, Rio, nº 42.

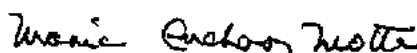
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pelo aluno Marcos André Dias intitulada "Mal-Estar no Ambulatório Público: Um Estudo Sobre A Inserção do Psicólogo num Programa Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes Professores:



Lúcia Rabello de Castro - PUC-Rio



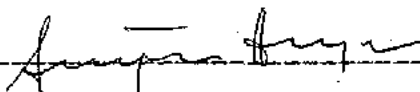
Solange Jobim e Souza - PUC-Rio



Maria Euchares Senna Motta - PUC-Rio

Visto e permitida a impressão.

Rio de Janeiro, 11 de março de 1994



Jurgen Heye

Coordenador dos Programas de Pós-Graduação do
Centro de Teologia e Ciências Humanas