UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Ricardo Barbosa Martins

**O PROGRAMA DE DST/AIDS E A FORMAÇÃO EM
PSICOLOGIA: DETERMINAÇÕES E CONTRADIÇÕES PARA
O TRABALHO DO PSICÓLOGO.**

São Paulo
2012

RICARDO BARBOSA MARTINS

**O PROGRAMA DE DST/AIDS E A FORMAÇÃO EM
PSICOLOGIA: DETERMINAÇÕES E CONTRADIÇÕES PARA
O TRABALHO DO PSICÓLOGO.**

Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social

Orientadora:

Profa.Tit. *Maria Inês Assumpção Fernandes*

São Paulo
2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Martins, Ricardo Barbosa.

O programa de DST/Aids e a formação em psicologia: determinações e contradições para o trabalho do psicólogo / Ricardo Barbosa Martins; orientadora Maria Inês Assumpção Fernandes. -- São Paulo, 2012.

229 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Formação do psicólogo 2. Instituições - psicanálise 3. Doenças sexualmente transmissíveis 4. Aids 5. Psicólogos 6. Sistema Único de Saúde I. Título.

BF76

FOLHA DE APROVAÇÃO

RICARDO BARBOSA MARTINS

O PROGRAMA DE DST/AIDS E A FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA: DETERMINAÇÕES E CONTRADIÇÕES PARA O TRABALHO DO PSICÓLOGO.

Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor

Programa: Psicologia Social

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr.:

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.:

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.:

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.:

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.:

Instituição: _____ Assinatura: _____

Aos meus pais (*in memoriam*) de quem herdei fundamentais qualidades complementares: perseverança e inquietação.

AGRADECIMENTOS

Ao término de um trabalho realizado a custa de investimento e consideráveis renúncias vemos que não são poucas as pessoas que nele estão diretamente envolvidas. Há uma profusão de diferentes participações e todas de imensa importância. Por isso não resta dúvida de que, definitivamente, compreendo a dimensão coletiva desse processo e desse produto, mesmo sob risco consentido do apagamento da autoria entendendo que esta pesquisa é um efeito de sujeito de grupo. Assim, expresso aqui minha mais profunda gratidão:

À Maria Inês orientadora que mais que orientar procurou trazer perto aquilo que pensava com que sofria, até que a experiência bruta se moldasse como matéria de investigação. Sou-lhe grato pela generosidade, sensibilidade e paciência!

Ao Robson Colosio pelas inúmeras iniciativas de incentivo ao meu trabalho e pesquisa que se remonta desde meu ingresso ao programa de pós graduação e não mais parou. Mas mais que isso, pelos seus valores e caráter, de solidariedade e presença.

À Ianni e Marilene Proença pelas generosas contribuições e confiança depositadas no processo de qualificação.

Aos colegas psicólogos do CRT que aceitaram gentilmente ser entrevistados. Muito obrigado pela contribuição e confiança que tiveram por mim ao se falar de temas, as vezes delicados.

Ao Rui pela compreensão de tanta renúncia de que foi vítima; espero poder reparar a ausência com efeitos mais criativos e belos.

Ao Yan que com apenas gesto e olhar trouxe imensa companhia.

À Ana Catharina e Filomena – grandes amigas e incentivadoras de quem sem dúvida, vieram novas forças para realização desse trabalho.

A todo CRT, sobretudo a gerência de assistência – na figura da Dra Rosa Alencar que aceitou minha ausência parcial para dedicação à pesquisa.

Às bibliotecárias do CRT que sempre gentilmente atenderam meus tantos pedidos de artigos.

À minha irmã Soninha sempre incentivadora para que eu realizasse este trabalho e o concluísse.

A Nalva e Rosangela secretárias do PST pela gentileza e precisão das informações prestadas.

A todos os psicólogos do CRT que de certa forma estão aqui como objeto de minhas preocupações e que me motivaram a pesquisar.

Ao Dr. Eduardo Lago Negro do CRT pela disponibilidade de me receber e discutir a pesquisa ainda enquanto projeto.

RESUMO

MARTINS, R. B. (2012) *O Programa de DST/Aids e a formação em psicologia: determinações e contradições para o trabalho do psicólogo*. 2012, Tese (Doutorado)– Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012

Esta pesquisa foi motivada por nossa experiência de quatorze anos como psicólogo no CRT – Centro de referência e Treinamento em DST/Aids. Tem como objetivo principal o estudo das relações estabelecidas entre os psicólogos, que estão na assistência, com as instituições que embasam seu trabalho: a Formação universitária e o Programa de DST/Aids. Isso se deve ao fato de que os profissionais se apropriam de formas muito variadas, tanto com relação aos aspectos contidos na formação, quanto frente as estratégias difundidas pelo Programa. Algumas vezes essas relações são produtoras de conflitos para a prática do profissional, uma vez que se estabelecem frágeis diálogos com aquilo que a configuração do Programa destina ao trabalho do psicólogo. Sendo assim, nossas perspectivas nessa pesquisa nos insere como sujeito do processo que descrevemos, na medida em que nossa primeira observação parte da experiência enquanto profissional. Para a realização da presente investigação examinamos a formação da psicologia no Brasil e suas principais características legadas. Em seguida, estudamos os processos em que os psicólogos entram para o serviço público de saúde principalmente o SUS, em seguida descrevemos e analisamos as passagens realizadas pelo profissional de psicologia no Programa de DST/Aids. Realizamos entrevistas com quatro psicólogos da instituição que estão em diferentes setores. Compreendemos nossos entrevistados a partir das posições teóricas de René Kaës sobre o sujeito do inconsciente como sujeito do grupo, juntamente com as formações psíquicas exigidas nesses processos. Vimos ao final, que os psicólogos apresentam uma série de pactos organizados pelas *Alianças Inconscientes* posição teórica definida por esse autor. Tais pactos surgem para produzir determinados apaziguamentos de conflitos que surgem no exercício das atividades dos psicólogos e para que se estabeleça algum nível de adaptação. Discutimos por fim que os processos que sustentam e constroem os pactos institucionais tendem a tornar, como processos defensivos, o enfrentamento das contradições e tensões de modo mais suportável. No entanto, tem-se perdas e prejuízos significativos nesses processos, na medida em que as possibilidades criativas do trabalho e a execução de atividades sofrem ameaças; há perdas que se deve enfrentar. Tais enfrentamentos devem estar no âmbito da universidade, do diálogo entre esta e as demandas que se estabelecem pela área da saúde e finalmente pela formação de profissionais mais investigadores.

Palavras-chave: Formação do psicólogo; Instituições – psicanálise; Doenças sexualmente transmissíveis; Aids; Psicólogos; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Martins, R. B.. *The IST/Aids Programme and the Psychology University Education: Determinations and contradictions to Psychologists work*. Doctoral thesis, Institute of Psychology, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil.

This research has been motivated from our fourteen years of experience as psychologist at CRT – Centre of Reference and Training on IST/Aids. We have been observed such as different forms of appropriations of the strategies from the programme; sometimes traditionally or others in conflict, by psychologist community. The observation of conflicts related to new needs of approaches in the Aids fields was kept along all our experience in the institution. The forms from which psychologists use the university education in order to give them background are not always steady among them. So, this present work aims to investigate the relations built and kept by psychologists with those responsible institutions for their carrying out work: University Education and the IST/Aids Programme public policies. As first plan, we developed investigation on the origins of psychology in Brazil, considering its main aspects and trends. As following, we studied the formation and organization of public health in Brazil and the belonging process of psychologists to this. After this we studied and analyzed aspects of the appropriation by psychologists in the IST/Aids Programme and its proposed strategies, in order to verify how psychologists handle with strategies which might be familiar or not to them. We interviewed four psychologists who act out in distinct sectors of CRT. Some of them are much more closed to a sort of clinical work and the two others act out more closed to the Programme strategies. We understood our subjects of research – the psychologists – from the theoretical position developed by the french psychoanalyst René Kaës, for whom the subject of unconscious as being subject of the group and in the same time there are the particular psychic formation demanded by such processes. In the end, we could observe that the psychologists have been developed an amount of pacts structured by *Unconscious Alliances*, theory developed by René Kaës. These pacts occur in order to produce such as appeasement of conflicts, present in the institutional activities and still to promote such a kind of adaptation and belonging to the group. We discussed, as last words, that those institutional pacts work as defensive processes, in order to avoid contradictions and tensions and, by other side keeping the life in institution under control. However, one can notice losses and damages during theses processes in that creative potential and the activities work can be threatened. It is important to face all of this in the field of university in dialogue with the strategies proposed by the public health and, as final, one must face that by building investigator professionals, as well.

Keywords: psychologists and University Education, Institutions – Psychoanalysis; Infectuous Sexually Transmitted IST; Aids; Psychologists; SUS

SUMÁRIO

ÍNDICE	Pg
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I	
Aspectos da Formação do Psicólogo no Brasil	6
CAPÍTULO II	
O psicólogo e suas complexas relações com o SUS.....	33
CAPÍTULO III	
O Programa de DST/Aids e sua Ocupação pelos Psicólogos	61
CAPÍTULO IV	
Fundamentos Teóricos para Análise.....	87
CAPÍTULO V	
Método e Procedimentos.....	99
CAPÍTULO VI	
Material de Campo e Análise	102
CONSIDERAÇÕES FINAIS	162
BIBLIOGRAFIA	170
ANEXO I	175
ANEXO II	176
ANEXO III	178
ANEXO IV	213
ANEXO V	215

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como tema de investigação o estudo das relações que se estabelecem entre os psicólogos no campo das DST/Aids no SUS, como as instituições fundamentam suas práticas: a Formação (graduação universitária) e as Diretrizes do Programa de DST/Aids e suas estratégias.

O interesse em estudarmos as relações estabelecidas pelos psicólogos com suas instituições mais fundamentais para a sua prática, a Formação e, em nosso caso, o Programa de Saúde em DST/Aids, ocorreu por diferentes e complementares motivações. Um eixo de nosso interesse parte pela forma de indagação que mantivemos desde a pesquisa de mestrado, na direção de se compreender aqueles vértices originários que sustentam as práticas de nosso trabalho, nossas intervenções e clínica. Outro eixo se dá pela experiência que temos de um trabalho de 14 anos em instituição que cuida de pessoas que vivem com HIV e outras DST. Desta experiência, dentre tantos fatores que compuseram uma história de aprendizagens e desafios, percebemos que o trabalho do psicólogo, apesar de muitas vezes amplamente solicitado, era simultaneamente atravessado por pedidos, demandas e exigências que, ao nosso ver, produzia uma experiência de cidadania estrangeira, nas mais diferentes atividades. Os temas de nossa apropriação, nossas estratégias e objetivos por mais legítimos que fossem e que parecem ser insistiam numa mensagem de que estávamos constantemente dentro e fora de algo para o qual havíamos sido preparados ao longo da formação universitária.

Iniciamos nosso trabalho dentro de uma clínica de DST (doenças sexualmente transmissíveis) e, em seguida, assumimos uma atividade de abordagem daquelas pessoas que se submeteriam a teste de HIV. Ao mesmo tempo frequentávamos os fóruns de discussão e supervisão em psicologia na instituição que nos aproximavam de todas as formas de inserção do psicólogo dentro da assistência direta ao pacientes/usuários da instituição. Portanto, mesmo sendo nossa experiência imediata com as diretrizes do Programa de DST/Aids voltadas ao portador de DST e no campo da testagem, podíamos ainda identificar algo análogo a experiência que nomeamos de estrangeira em outras inserções dos psicólogos pela instituição, por meio de seus relatos e pelo modo de organizarem seu trabalho.

Era-nos nítido que havia dentro da instituição uma polaridade do trabalho e inserção do psicólogo em função de uma espécie de modos e modulações dos

enquadres; ora por uma tendência mais clínica perto dos modelos psicoterápicos e ora por modelos em maior consonância com as diretrizes do Programa de Saúde que disponibilizavam e recomendavam estratégias assistenciais as quais estariam em resposta direta às especificidades das múltiplas questões da população vivendo com HIV ou outra DST.

Outra motivação para realização deste trabalho advém de um conjunto de indagações e inquietações que datam desde os primeiros meses em que assumimos o trabalho na instituição. Observava-se, logo de início, que o trabalho se pautava no referencial Programático para a área a que fui destinado (um ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis), em que a atividade era realizada a partir da estratégia do aconselhamento em DST/Aids. Havia uma cultura institucional bastante favorável para que se trabalhasse dentro dos parâmetros estabelecidos pelos objetivos epidemiológicos e preventivos. Se considerarmos a cultura da formação dos psicólogos, trava-se de um encontro no qual a ordem do *establishment* psicológico parecia ficar em suspensão. Era necessário construir caminhos que não estavam dados, ou a identidade do trabalho psicológico sofreria ameaças constantes. Habituei-me a pensar que algo semelhante ocorre noutros setores, e talvez nas formas mais gerais da instalação dos psicólogos no SUS.

A hipótese principal com que trabalhamos é a de que o psicólogo mantém certo elenco de atividades na saúde e, particularmente no contexto DST/Aids, de onde parte nossa experiência, fundamentado, em parte, em sua formação universitária e outras, somado ao cumprimento das diretrizes programáticas da área, advindas das implantações de políticas públicas. Isso, ao nosso ver, produz conflitos importantes e ao mesmo tempo silenciosos. Tais conflitos são oriundos dos confrontos que existem entre o ideário da formação que tem construído a noção de sujeito individualizado, por um lado, e as diretrizes do Programa, por outro. Por isso, a inserção dos psicólogos fica movida por polos de diferentes valores e o que pode definir as formas de vinculações dos profissionais na instituição, dentro dos grupos e ao mesmo tempo ser responsável e produtor de um tipo peculiar de sofrimento nas instituições e, por fim, produzir o elenco de estratégias assistenciais, como sua especificidade de trabalho. Desse modo, nossa perspectiva teórica sobre o sujeito psicólogo dessas instituições e grupos está pautada na noção de sujeito do grupo como sujeito do inconsciente, em que seu sistema de vinculações pelas instituições

fica marcado e definido por formações psíquicas que o psicanalista francês Rene Kaës chamou de *Alianças Inconscientes*. Estas formações ocorrem, sobretudo, por pactos de negação em que os efeitos de pertencimento aos grupos e aquilo que cimenta a ligação estão dimensionados por trabalhos psíquicos específicos inconscientes, apoiados pelo outro, os outros dos grupos e os outros que habitam o próprio sujeito. Estes fenômenos também definem um complexo campo da psicanálise sobre aquilo que se transmite e se herda. Sendo assim, compreendemos o psicólogo como um sujeito da herança e transmissão.

Assim, o profissional psicólogo torna-se, para o âmbito de interesse desta pesquisa, o centro de nossa investigação. **Assim, nosso objeto de investigação centra-se nas relações que o psicólogo estabelece entre as instituições que fundamentam seu trabalho no SUS e, especificamente, no Programa de DST/Aids: a Formação e o Programa de DST/Aids.**

Para tanto, desenvolvemos, como primeiro capítulo, pesquisa sobre a formação da psicologia no Brasil, a partir do recorte da literatura de autores e pesquisadores que abordam este tema como suas linhas de pesquisa principais. Dentre os temas abordados, vimos a formação da psicologia no Brasil, suas principais influências ideológicas e políticas em diferentes períodos históricos. Vimos, principalmente, como surgiu dentre os meios de ensino da psicologia a organização do ideário individualista nas concepções de subjetividade e, por consequência, como surge a perspectiva da clínica como modulada pelos enquadres da psicoterapia. Tal perspectiva atravessa toda a história da psicologia no Brasil e chega ainda com significativa potência até as práticas atuais.

No segundo capítulo, acompanhamos as passagens do psicólogo pelo Sistema Único de Saúde, bem como as perspectivas a respeito de sua prática e desafios que lhes estão reservados no ambiente do SUS. Esse tema de investigação nos deu importante subsídio para identificarmos múltiplas questões que se colocam como desafios para o profissional de psicologia e que, no entanto, foram produzidos no confronto entre diferentes ideários institucionais que operam no psicólogo como sujeito de diferentes vínculos grupais simultâneos e conflituosos.

Observamos importante tendência para que o psicólogo tenha como componentes de seu patrimônio de atividades a dimensão social e cultural dos indivíduos; e, assim, deveria ele reorganizar suas práticas ao levar em consideração

as dimensões sociais em que a epidemia da Aids se propaga. Nesse momento, vimos certa tendência de proposta de o trabalho no campo das DST/Aids empreender certo posicionamento estratégico e político em valorizar as ações que se centravam nos estudos antropológicos e nas dimensões de tendências macrossociais. Ao mesmo tempo, fica estendido à psicologia uma espécie de convite ou tentativas de desapossar das noções de subjetividade intraindividual para se conquistar melhores “resultados”; os ambientes de HIV/Aids viviam por pressão da dimensão de urgência, morte e propagação da doença que modulavam, em parte, as vertentes das estratégias.

No terceiro capítulo, intitulado **Os Psicólogos e o Programa de DST/Aids**, apresentamos e discutimos os principais temas que a epidemia de Aids trouxe para o cenário social e institucional, tais como sexualidade, preconceito, estigma, uso de drogas. Noções como de vulnerabilidade e as possíveis estratégias criadas para seu enfrentamento, as quais articulamos com as possíveis práticas dos psicólogos. Ao mesmo tempo, tentamos discutir que há um crescimento ou fomento de contradições que ocorrem em todo o processo do desenvolvimento das “tecnologias” de abordagem com as ferramentas tradicionais com as quais contavam os profissionais de psicologia. Ao mesmo tempo, as novas estratégias nem sempre dialogam ou ocupam lugares de sentido no centro das referências utilizadas pelos psicólogos, havendo nesses momentos diferentes modos coletivos de os psicólogos metabolizarem tais condições.

Noutra parte ainda do capítulo três, **Os Psicólogos e o Programa de DST/Aids**, examinamos a publicação feita pelo Conselho Federal de Psicologia, intitulada “Referências Técnicas para a Prática do(a) Psicólogo(a) nos Programas de DST e Aids”. Foram apresentados os principais eixos que compõem esta publicação e ao mesmo tempo discutimos algumas das implicações que, ao nosso ver, ratificam e recolocam o problema já identificado no processo de inserção e desenvolvimento do psicólogo pelo SUS. Ou seja, suas práticas recomendadas ficam, de modo geral, remetidas às considerações das estratégias das políticas de saúde, mas distantes de quaisquer referências das várias referências das epistemologias que compõem o campo da psicologia no Brasil.

No capítulo quarto, **Fundamentos Teóricos para a Análise**, identificamos segundo R. Kaës alguns temas que fundam os grandes desafios que enfrentamos

nas instituições. Para este autor, as instituições cumprem funções psíquicas, e que ao realizar esta tarefa há partes de nossa subjetividade que ficam extrojetadas na instituição e ao mesmo tempo tem-se que enfrentar os fenômenos do qual surge a experiência de que parte de nós não nos pertence inteiramente.

Tais questões apresentam o fato de que as instituições cumprem importante função, como, por exemplo, ser depositária de nossas partes psicóticas, como diria Bleger. Neste mesmo capítulo apresentamos a noção de sujeito de grupo como sujeito da intersubjetividade a partir de que se pode pensar atividades psíquicas inconscientes numa proposição ou releitura na qual a presença do outro se torna implicada, quase invariavelmente, no desenvolvimento psíquico. Deste modo, o psicólogo como sujeito do inconsciente e sujeito do grupo organiza sua experiência e seus “diálogos” com as instituições realizando pactos conscientes e principalmente inconscientes cujo objetivo é produzir um apagamento de conflitos inconciliáveis que colocam em risco sua sobrevivência nos grupos e o próprio grupo como organização, a instituição, por exemplo.

Foram realizadas quatro entrevistas com psicólogos da instituição e delas depreendemos nossas análises e os importantes achados acerca de como as questões sobre a formação e o programa, estão acomodadas nas práticas e dispositivos dos profissionais deste profissional como sujeito do grupo.

CAPÍTULO I

Aspectos da Formação do Psicólogo no Brasil

A formação do psicólogo no Brasil tem sido objeto de investigação por parte de inúmeros pesquisadores na atualidade. Isso, certamente, se deve ao fato de que o ensino de psicologia, bem como sua prática, tem exigido constantes revisões por parte da academia, assim como dos conselhos regionais e do Conselho Federal de Psicologia, para que se possa aproximar, cada vez mais, o ensino e a pesquisa em psicologia da realidade social brasileira. Trata-se de uma tendência de alguns anos em submeter os estudos e as práticas em psicologia e os possíveis diálogos que eles mantêm com as construções de respostas às complexas exigências da sociedade brasileira de hoje. É possível observar tais tendências tanto nas recomendações aos programas de psicologia e nas discussões a respeito da graduação, como na predominância dos temas de pesquisas que se desenvolvem nos níveis de pós-graduação das diversas universidades brasileiras.

O estímulo dado para a importância dos estudos sobre a formação da psicologia no Brasil se deve ainda, entre outros fatores, à profunda transformação social e às relações sociais vividas nas últimas décadas e, portanto, às características que ocorrem na sociedade pós-tecnológica, mudanças estas que têm sido tema de investigação por inúmeros autores nos campos da psicologia social, psicanálise, sociologia, antropologia, dentre outros. Sendo assim, os desafios para a compreensão das mudanças ocorridas nas últimas décadas trazem novas indagações para o campo da psicologia. Vemos novamente recuperada a necessidade de redesenhar, o quanto possível, novos apoios, para que se possa compreender o sujeito psíquico desta contemporaneidade e as condições em que operam novas produções das subjetividades. Isto implica reconhecer como o debate acadêmico tem se estabelecido acerca do assunto, de forma a produzir certa predominância dos temas sobre a compreensão da subjetividade e da dimensão epistêmica em relação ao sujeito psíquico. Tais tendências epistemológicas produzem decisões e escolhas teóricas e metodológicas que têm organizado os cursos de psicologia e, por conseguinte, as práticas dos psicólogos e o diálogo que estes estabelecem com a sociedade em suas mais variadas áreas de atuação. Nosso interesse em abrir uma discussão sobre a formação dos psicólogos dá-se em

função de nosso objeto de pesquisa. **Nosso interesse é pesquisar os processos que ocorrem na atuação dos psicólogos que trabalham no campo da saúde pública com DST/Aids, considerando que suas práticas e estratégias transitam entre suas formações e as estratégias produzidas nas políticas do Programa de Saúde, ou seja, no Programa de Aids do Ministério da Saúde.** Por isso, esta exposição funciona como uma passagem para a discussão e identificação de como se dão os apoios teóricos, dos quais partem as práticas dos psicólogos que trabalham no campo das DST/Aids, as suas formas de intervenção com os usuários, enfim, a clínica. Entendemos que parte do seu patrimônio de intervenção está ancorado em sua formação acadêmica, ou, pelo menos, no ideário existente na formação que tem subsidiado a atuação do psicólogo no campo da saúde pública e, por conseguinte, na atuação em instituições públicas as quais cuidam das pessoas que vivem com HIV/Aids. Assim, passamos a apresentar aquilo que reconhecemos como principais questões responsáveis pela formação do psicólogo em nossa sociedade. Nossa tentativa é apresentar a herança legada historicamente aos psicólogos que tem, ainda nos dias de hoje, norteado a maioria das práticas em psicologia e que se pode observar no campo da saúde pública. Na sequência, examinaremos o campo da saúde pública, no tocante ao trabalho do psicólogo.

A historiografia da psicologia no Brasil, apesar de bastante variada no que tange a autores que, recentemente, demonstraram interesse neste campo de investigação, tem feito algumas contribuições bastante elucidativas no sentido de termos elementos importantes para a compreensão das referências a partir das quais a psicologia se dirigiu. Tais referências organizaram tanto o campo educacional como os paradigmas que nortearam as práticas dos psicólogos em sua atuação. Aqui nos interessa, mais diretamente, o campo da saúde, apesar de esses mesmos referentes iniciais terem sustentado a atuação dos profissionais de psicologia nas mais variadas áreas de atuação.

Bernardes (2004)¹ afirma que o estabelecimento da psicologia no Brasil passou por determinadas etapas, tais como: 1) a busca da regulamentação da profissão e da formação em psicologia; 2) a regulamentação da profissão e o que

¹ BERNARDES, Jefferson de Souza. *O Debate Atual Sobre a Formação em Psicologia no Brasil – permanências rupturas e cooptações nas políticas educacionais*. São Paulo: Tese de doutorado, PUC-SP, 2004.

chamou de sua ditadura – silêncios e cumplicidades; 3) um período marcado por mobilizações e reconfigurações e; 4) a influência do neoliberalismo.

Foi durante o governo do Estado Novo (1937-1945), no Brasil, que se deu início ao processo de regulamentação da psicologia, portanto, na década de 1930, em meio à industrialização brasileira. A necessidade de transição de uma economia fundamentalmente rural para uma organização industrial exigia nova compreensão dos processos de trabalho e, neste contexto, abria-se um canal de comunicação com o campo de aplicação em psicometria na psicologia, para possível realização de atividades de seleção e estudo de perfil de trabalhadores para a grande indústria.

Vivia-se neste período no Brasil uma forte ideia de Nação que, segundo Chauí (2000), estava ligada à noção de “questão nacional”, de caráter ideológico que impulsionava o país a uma experiência marcadamente nacionalista. No entanto, o sentimento nacionalista que era estimulado como um fenômeno ideológico havia passado por algumas fases de desenvolvimento até se chegar a uma ideia mais próxima daquilo que foi denominado Identidade Nacional.

(...) o processo histórico de invenção da nação nos auxilia a compreender um fenômeno significativo no Brasil, qual seja a passagem da ideia de “caráter nacional” para a de “identidade nacional”. O primeiro corresponde, grosso modo, aos períodos de vigência do “princípio de nacionalidade” (1830-1880) e da “ideia nacional” (1880-1918), enquanto a segunda aparece no período da “questão nacional” (1918-1960). (Chauí, 20002)

Pode-se encontrar nos desdobramentos da ideologia da “Identidade Nacional”, as possibilidades do estudo da psicologia como campo de investigação disciplinar, no que diz respeito a necessidade, sentido e interesse gerados para conhecimento das condições que podem definir o indivíduo, sua personalidade e seu caráter. Isso porque a necessidade de melhor conhecer os diferentes planos da “consciência nacional” passava por um registro que, segundo Chauí (2000), a ideologia “define um núcleo essencial tomando como critério algumas determinações internas da nação que são percebidas por sua referência ao que lhe é externo, ou seja, a identidade não pode ser construída sem a diferença”. A diferença aqui referida pela autora diz respeito ao papel representado pelo outro e a identificação dos supostos limites entre um e outro que marcam a constituição e as características

² CHAUI, Marilena. Brasil. *Mito Fundador e Sociedade Autoritária*. São Paulo: CUT Brasil & Editora Fundação Perseu Abramo, 2000.

individuais. Assim, será fundamental o conhecimento do sujeito no seu plano individual, sua personalidade e, no plano social, sua inserção em classe social. Sequencialmente, entende-se que a noção de identidade nacional funcionava para os ideólogos como um processo que se move do plano do indivíduo para o social e, por fim, constituir a noção de identidade nacional.

Durante o Estado Novo iniciou-se um primeiro curso de psicologia, ligado à Colônia de Psicopatas de Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, que funcionou por pouco tempo, somente alguns meses, coordenado por Wacław Radecki³. Por motivos orçamentários, tal curso foi encerrado. No entanto, atribui-se à importância histórica deste precursor no Brasil, dentre outros fatores, a autoria do primeiro documento de projeto para um curso de psicologia em 1932.

Este início da década de 1930, para vários autores como Centofanti (1982:21), Mancebo (1999:98) e Bernardes (2004), revela uma geração de discussões no campo da psicologia e de tentativa de organizar o campo profissional. Por necessidades sociais, com o aquecimento do processo de industrialização do país, estabelecia-se intensa articulação com as vertentes aplicativas e pragmáticas da, ainda, incipiente psicologia no Brasil:

A característica da produção do conhecimento científico neste período, é clara: o tecnicismo imperante para o atendimento às demandas de crescimento do mercado industrial. Sob a égide dos preceitos das ciências naturais do século XIX, fortemente influenciada pela lógica positivista, a Psicologia entrega-se à sedução do desejo de expansão e crescimento, atendendo aos apelos do Estado, clamoroso para o desenvolvimento do mercado. (Bernardes, 2004)

Apesar de ser uma primeira proposta de curso ou formação para psicólogos, o curso proposto e coordenado por Radecki pareceu trazer as mesmas grandes questões epistêmicas a respeito das concepções de sujeito psíquico de modo fragmentado, em que havia uma concepção do fenômeno psicológico, sendo parte pertencente ao campo biológico e, portanto, experimental, e parte pertencente às ciências humanas. Até aqui tratava-se da própria herança deixada por Wundt quando desenvolveu seu trabalho psicofísico de laboratório. Rigorosamente, Wundt

³ **RADECKI, Wacław (1887-1953)**, polonês, foi chefe de psicologia experimental de Cracóvia, emigrou para o Brasil, fixou-se no Paraná e, em visita ao Rio de Janeiro, foi convidado pelo então diretor da Colônia de Psicopatas de Engenho de Dentro, passando a coordenar o laboratório de Psicologia Experimental. Suas atividades iniciaram a partir de 1924. Fonte: < <http://www.cliopsyche.uerj.br/arquivo/radecki.html>>.

tentava inserir a psicologia no campo da ciência experimental, tal como a física ou a química, na direção de ser a psicologia uma ciência, detentora de leis gerais. Contudo, quando reconhecia o fenômeno coletivo, cultural ou de massa, dizia ser mais plausível a psicologia recorrer aos métodos das ciências humanas e antropológicas, fundando assim o campo psicológico na universidade, como sendo o psíquico, um portador originário de uma dupla ontologia.

No entanto, no contexto brasileiro, os autores com quem trabalhamos reconhecem que uma das especificidades da chegada da psicologia no campo do debate que a coloca como cadeira universitária assimilou mais enfaticamente a dimensão da aplicação e do utilitário, para o trabalho em psicologia. Porém, tal dimensão utilitária da psicologia estava comprometida com o movimento social industrializador pelo qual passava a transformação social brasileira naquele momento. Para os autores, tais características marcam profundamente toda tendência de organização futura das universidades de psicologia no Brasil: “grosso modo o curso profissional que Radecki e seus assistentes planejaram em 1932 não era muito diferente dos que encontramos hoje nas faculdades de psicologia que encontramos espalhadas pelo país.” (Centofanti, 1982:21)⁴

Para autores como Massimi (1990), o ensino de psicologia já figurava nas primeiras décadas do século XX não como curso de formação para psicólogos em nível universitário, mas como disciplina nos cursos de normalistas. Na medida em que a psicologia passa a fazer parte da grade curricular da formação de normalistas, tal área de conhecimento é difundida pela via da pedagogia e, sobretudo, dentro da vertente da psicologia experimental. Segundo a autora, já em 1893, na Escola Normal de São Paulo, a disciplina de psicologia era obrigatória, fato que em nível nacional só ocorreu em 1928. Essa incorporação do ensino de psicologia, oriundo de pesquisas nesta área, ocorreu nos cursos de graduação da USP a partir de 1934, nas graduações em filosofia, sociologia e pedagogia (Lisboa & Barbosa, 2009), assim como em outras universidades brasileiras no mesmo período.

Assim, a psicologia que figurava no cenário acadêmico e universitário deste período – até a década de 1930 – tratava-se de um conjunto de conhecimentos que servia de apoio a outros saberes e até então não possuía um caráter de autonomia de conhecimento, marcado ainda pela presença de um cenário de política

⁴ CENTOFANTI, R. Radecki e a Psicologia no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Conselho Federal de Psicologia, 3(1): 3-50, 1982.

educacional pouco favorável para figurar como uma cadeira de formação profissionalizante. Segundo Lisboa & Barbosa (2009)⁵, um passo fundamental para o processo profissionalizante da psicologia no Brasil ocorre na década de 1940, com o lançamento da Portaria 272, referente ao Decreto-lei 9.092, que institucionalizou a formação do psicólogo. O psicólogo habilitado “deveria frequentar os três primeiros anos de filosofia, biologia, fisiologia, antropologia, ou estatística e fazer então os cursos especializados de psicologia”. (Pereira & Pereira Neto, 2003)

Apesar dos esforços e avanços no sentido de promulgação de lei que garantisse maior penetração e legitimidade da psicologia no cenário brasileiro, tal como o Decreto-lei 9.092, como citado, Lisboa & Barbosa (2009) consideram que tais avanços mantinham o campo da formação em psicologia em uma condição bastante dispersa e superficial. O fato é que, em termos de espírito da época, mantinham-se claras as duas vertentes que fomentavam o interesse pelas pesquisas em psicologia, bem como pelas suas práticas: o possível campo de atuação; o processo de transformação social para a industrialização do país – a subsequente necessidade de compreensão de perfis e aspectos da personalidade para adequação do trabalhador – e a articulação entre a pedagogia e os conhecimentos em psicologia experimental que influenciava o modelo de psicologia, pelos vários cursos básicos, tanto para normalistas, como para graduações com licenciatura.

É bastante provável que o nacionalismo desenvolvimentista da década de 1950 tenha sido, pelo menos em parte, responsável pelo aumento do interesse frente às produções e publicações nos diferentes campos de conhecimento e, particularmente, na psicologia. Isto porque havia uma necessidade de afastamento de certa identidade nacional marcada pela, ainda, essência rural. E a tentativa de superação dessa referência agrária dava-se pela construção do nacionalismo desenvolvimentista como nova referência ideológica da identidade nacional brasileira neste período, conforme explica Chauí (2000).

Portanto, a década de 1950 foi marcada, no campo da psicologia, por muitas produções, pesquisas, artigos e diversos debates sobre o tema do exercício da psicologia e seu campo de pesquisa, uma vez que já se contava no meio brasileiro com inúmeras iniciativas de formação em psicologia, haja vista as iniciativas dos

⁵ LISBOA, S. S; BARBOSA, Altemir J. G. Formação de Psicologia no Brasil: um perfil dos cursos de Graduação. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29 (4), 718-737, 2009.

laboratórios precursores e, no campo do ensino, sobretudo com a criação do *Pedagogium*⁶, muito embora ainda não estivesse regulamentada a profissão de psicólogo, fato que ocorreria apenas no início da década seguinte.

A pedido do Conselho Nacional de Educação⁷, surgiram as primeiras tentativas de regulamentar a profissão e, em 1953, foi elaborado o primeiro anteprojeto de lei a esse respeito. Tal anteprojeto foi uma iniciativa da conjunção de dois institutos, o Instituto de Seleção e Orientação Profissional da Fundação Getúlio Vargas (ISOP/FGV)⁸ e a Associação Brasileira de Psicotécnica (ABP). Mais uma vez, pode-se observar que as iniciativas revelavam as áreas de onde vinham as produções e ocupações no campo psicológico: a organização para o trabalho e a dimensão aplicativa e experimental do saber em psicologia.

O processo para a construção de um documento definitivo para a regulamentação da profissão passou por alguns conflitos de interesses. Além dos paradigmas que pudemos apontar, Esch e Jacó-Vilela (2001)⁹ observam que o que esteve em jogo, além de outras questões, foi uma disputa corporativa pela exclusividade do exercício da atividade clínica, reivindicada tanto por médicos como pelos já existentes psicólogos. Alguns cursos, mesmo de nível superior, já haviam se iniciado, embora sem a regulamentação propriamente dita, como na PUC do Rio de Janeiro e na USP, em 1958.

A regulamentação da profissão de psicólogo no Brasil ocorre com a Lei 4.119, de 27 de agosto de 1962. Nesse período, permanecia no Brasil um clima de tentativa de enfraquecimento da referência da identidade nacional, marcada pelo

⁶ O *Pedagogium* foi um museu pedagógico criado em 1890 na cidade do Rio de Janeiro. Em 1897, foi transformado num centro de cultura superior e em 1906 recebeu o primeiro laboratório de psicologia experimental do Brasil. In: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Pedagogium>>.

⁷ O Conselho Nacional de Educação (Decreto 19.850, de 11/04/1931), o Conselho Federal de Educação e os Conselhos Estaduais de Educação (Lei 4.024, de 20/12/1961), os Conselhos Municipais de Educação (Lei 5.692, de 11/08/1971) e, novamente, Conselho Nacional de Educação (MP 661, de 18/10/1994, convertida na Lei 9.131/1995). O atual Conselho Nacional de Educação-CNE, órgão colegiado integrante do Ministério da Educação, foi instituído pela Lei 9.131, de 25/11/1995, com a finalidade de colaborar na formulação da Política Nacional de Educação e exercer atribuições normativas, deliberativas e de assessoramento ao Ministro da Educação. In: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14306%3Acne-historico&catid=323%3Aorgaos-vinculados&Itemid=753>.

⁸ Instituto criado em 1947, dirigido por Emílio Mira y Lopes. Tornou-se uma escola de formação para psicotécnicos, com cursos rápidos e um centro de pesquisa para implantação e difusão da psicologia. (Mancebo, 1997).

⁹ Jacó-Vilela, A. M. Formação do Psicólogo: Um pouco de história. *Interações: estudos e pesquisas em psicologia*. 8(4) supl. jul./dez. 2009, p. 79-91.

movimento do verde-amarelismo, por representar, como dissemos, um atraso em virtude das características do ruralismo no Brasil.

O movimento ideológico do conhecido verde-amarelismo no Brasil foi construído pela classe dominante e propunha a exaltação do país pela sua essencialidade agrária e pelas suas dimensões físicas, de seus recursos naturais e a natureza do território brasileiro, propriamente. Havia neste início da década de 1960 uma tentativa de superação do movimento verde-amarelista, em que a identidade nacional estava enraizada. Observa-se, segundo Chauí (2000), que havia uma experimentação das esquerdas e de outros movimentos culturais neste período na tentativa de questionar os ideais do verde-amarelismo, mas tal superação sempre foi algo bastante difícil de alcançar no conjunto das ideologias que formam o Brasil, visto que “nem os modernistas, nem o ISEB (Instituto Superior de Estudos Brasileiros), nem os CPCs (Centros Populares de Cultura), nem o Cinema Novo, nem o Tropicalismo, nem a MPB de protesto, conseguiram aniquilar a imagem verde-amarela que consolidou e brilha naquela outra imagem, doravante apropriada pela contemporânea indústria do turismo: café, futebol e carnaval, *made in Brazil*” (Chauí, 2000). Não nos parece diferente para o campo das práticas em psicologia que o movimento de contracultura não tenha conseguido produzir influências, a tal ponto de impedir que este campo de práticas e pesquisas não fosse também profundamente marcado pelas construções ideológicas dominantes e pelas exigências políticas, também ideológicas que se seguiriam aos anos 1960, período de sua regulamentação como profissão.

Nota-se que a prática de psicologia e pesquisa, bem como seu ensino em institutos de formação, já existiam, e os campos de conhecimento como pedagogia, filosofia, sociologia e medicina manifestavam interesses pela psicologia por suas teorias e pesquisas, como observou Mancebo (1997)¹⁰. No entanto, a referida autora observa que na questão da prática em psicologia havia uma zona de tensão nesta profusão de interesses pelo campo dos estudos de psicologia; existia uma disputa entre o ISOP e as formações universitárias que ensinavam psicologia. O ISOP coordenava cursos, basicamente voltados às práticas em psicologia, com predomínio do conjunto de técnicas voltadas às diferentes demandas que as transformações sociais recentes impunham. Na universidade, a psicologia estava

¹⁰ MANCEBO, D. Formação do Psicólogo: Uma breve análise dos modelos de intervenção. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, 1997, CFP, 1 (17): 20-28.

posicionada mais distante dessas exigências sociais, porém com menores recursos financeiros. Ela dialogava com as áreas de sua vinculação departamental e curricular, tais como a filosofia, a pedagogia, a didática etc. Uma importante consequência disso, aponta a autora, é o fato de que as vertentes desenvolvidas pelo ISOP¹¹, no tocante às mais variadas formas de aplicação da psicologia (diagnósticos, testagens, seleções, orientação profissional, etc.), dava a direção, no sentido de consolidar a profissão pela influência dos psicólogos do ISOP.

A inserção da atividade do psicólogo no mercado de trabalho brasileiro, como vimos, chegou às décadas de 1940 e 1950, pouco antes da regulamentação do exercício profissional, principalmente com atuação nas áreas de educação e trabalho. No entanto, a vertente de atuação clínica torna-se polêmica em virtude de uma área de tensão que se criou com a medicina. Esta reivindicava sua soberania para o exercício da psicoterapia, obtido por meio de um veto da então *Comissão de Ensino Superior do Conselho Nacional de Educação*. Deste modo, a proposta se mantinha, em que o “psicólogo neste caso, só poderia ser assistente técnico, tendo sua atuação supervisionada por um médico (Arquivos Brasileiros de Psicotécnica, 1959, apud Martins Pereira & Pereira Neto, 2003)¹². Pouco mais tarde, o termo psicoterapia é retirado do novo anteprojeto numa tentativa de amenizar conflitos entre médicos e psicólogos. De acordo com a nova proposta, o psicólogo trabalharia, em vez de numa perspectiva psicoterápica, numa vertente clínica com ênfase nos *problemas de ajustamento*. Para alguns autores, o fato de que os psicólogos ficassem com a fatia clínica de *ajustamento* não impedia, na prática, que eles trabalhassem como psicoterapeutas em consultórios, conforme ocorreu. De qualquer forma, isso aproximava em termos de identidade profissional, os psicólogos dos médicos, os quais reivindicavam a área de atuação em psicoterapia.

O período logo após a regulamentação da profissão de psicólogo segue-se com uma série de características que já existiam e outras que foram agregadas e compuseram o cenário que influenciava a organização dos cursos e currículos de

¹¹ Instituto de Seleção e Orientação Profissional – ISOP. Pertencia à Fundação Getúlio Vargas, foi criado como órgão do Estado em 1947 para atender às demandas relativas ao trabalho e ao processo de industrialização pela qual passava o país. Sendo assim, os conhecimentos de psicologia estavam voltados para atender às necessidades do campo do trabalho e organizacional, tais como psicotécnica, que foi amplamente difundida pelo instituto. O fechamento do Instituto ocorreu em 1990, e suas pesquisas e produções, transferidas para a Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dados obtidos em *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 61, n. 1, 2009.

¹² Pereira e Pereira Neto. O Psicólogo no Brasil: Notas sobre seu processo de profissionalização. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. 2, 2003, p. 19-27.

psicologia por todo o país. Segundo Bernardes (2004), houve presença de forte postura cientificista de caráter positivista; no entanto, esta feição do trabalho dos psicólogos mostrou-se mais evidente no período do Estado Novo, pela necessidade de melhor contribuir para o suporte científico. Isto para que o saber psicológico ajudasse no processo de administração de recursos humanos voltados para a indústria, bem como a vertente utilizada no campo educacional também estava definida pela pesquisa experimental, herdeira direta do movimento positivista do século XIX, que por sua vez também subsidiara, do ponto de vista científico, os domínios da pesquisa e doutrina epistemológica, o movimento de industrialização europeia no final do século XIX.

As práticas exercidas pelos psicólogos após a regulamentação da profissão no dia 27 de agosto de 1962 tornavam-se oficiais e explícitas, assim como a existência de um currículo mínimo dos cursos universitários de acordo com o Parecer 403. Sendo assim, torna-se público que as funções do psicólogo:

Art. 4º – São funções do psicólogo: 1) utilizar métodos e técnicas psicológicas com o objetivo de: a) diagnóstico psicológico; b) orientação e seleção profissional; c) orientação psicopedagógica; d) solução de problemas de ajustamento. 2) Dirigir serviços de psicologia em órgão e estabelecimentos públicos, autárquicos, paraestatais, de economia mista e particulares. 3) Ensinar as cadeiras ou disciplinas de psicologia nos vários níveis de ensino, observadas as demais exigências da legislação em vigor. 4) Supervisionar profissionais e alunos em trabalhos teóricos e práticos de Psicologia. 5) Assessorar, tecnicamente, órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, paraestatais, de economia mista e particulares. 6) Realizar perícias e emitir pareceres sobre a matéria de Psicologia. (Brasil, 1964, apud Pereira e Pereira Neto, 2003)

Apesar de vários esforços no sentido de aproximar o trabalho dos psicólogos das necessidades da sociedade brasileira, no tocante ao currículo acadêmico dos cursos de psicologia, observa-se, como Gil (1985)¹³, que os princípios curriculares desde 1962 permanecem basicamente os mesmos, bem como outros traços ou desafios se instalam no plano sociológico da psicologia, no período após a regulamentação.

Mesmo que as práticas e pesquisas no campo da psicologia no Brasil não fossem recentes, já se fazia eco às várias tendências internacionais de estudos, a

¹³ GIL, Antonio Carlos. O Psicólogo e sua Ideologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 5, n. 1, 1985.

inserção de uma nova categoria regulamentada do mercado de trabalho e na sociedade de um modo geral. Isso trazia, de acordo com Bernardes (2004), desafios bastante trabalhosos para a psicologia. Segundo o autor, estava presente, por um lado, a necessidade de que as práticas em psicologia fossem fortemente articuladas ao modelo de ciência hegemônica, mas também havia um desafio das complexas redes de relacionamentos criadas pelos confrontos entre a “nova” categoria de psicólogos com as áreas de fronteira da psicologia – disputas por áreas de pesquisa e mercado.

O período de regulamentação de 1962 é logo seguido de movimentos sociais no Brasil de imensa influência em todo processo de organização na educação e nos currículos, além da produção de importantes marcas para a psicologia. Em 1964 vive-se neste país o golpe militar que trouxe consequências bastante significativas do ponto de vista social e redefiniu a dimensão sociológica das práticas e concepções, e mesmo às formas de apropriações teóricas entre os psicólogos. As ideias sobre o nacionalismo, “ser brasileiro”, mantinham-se nesse período do início da década de 1960 fortemente marcadas pelo movimento verde-amarelista. E este ideário de país marcado e reforçado pelo verde-amarelismo tornou-se, novamente, objeto de investimento nos anos de ditadura militar, observa Chauí (2000). E, ainda, observa-se que todo o movimento iniciado pelas esquerdas no país, na tentativa de atenuar os efeitos do verde-amarelismo no Brasil, encontrou nos governos militares forte oposição, como na construção de movimentos de “recuperação” de valores, tais como “Família, Tradição e Propriedade”. Estes aspectos imprimiram à psicologia um conjunto de “encomendas” no plano da pesquisa e da clínica, uma vez que um de seus desafios era melhor investigar para controlar o perfil psicológico da esquerda e de seus movimentos sociais e culturais, posto no perfil psicológico de seus representantes.

Bernardes (2004) aponta que no período que se segue à ditadura militar brasileira vê-se, ao mesmo tempo, uma espécie de disseminação de uma lógica *intimista* e *individualista* nas tendências de como compreender a conduta humana, o qual define como um período de *cultura psi*. Tal tendência, segundo o autor, “foi responsável pela transformação de demandas sociais e políticas em demandas psicológicas” (Bernardes, 2004). Este fato não se observa pelas simples adoções desta ou daquela teoria em psicologia, mas pelas formas com que o conjunto do

caráter epistêmico de cada abordagem psicológica poderia se responsabilizar mais ou menos por essas tendências, passando, então, a funcionar como um eixo ideológico e paradigmático em relação à forma de apropriação das teorias e suas potencialidades. Por isso é que os “projetos psicológicos” foram “adequados” a um tipo de eixo paradigmático ideologicamente orientado e não explicitado.

É fato que alguns autores apontam que a adoção da psicanálise no contexto da psicologia brasileira teria potentemente contribuído para a constituição de uma espécie de reducionismo psicológico a uma condição individual (individualista), como foi dito. No entanto, não se pode perder o foco de análise desta dimensão sociológica em que o conhecimento psicológico e mesmo psicanalítico estava fadado a ser submetido no contexto ideológico da ditadura militar. Neste período que se segue a 1968 e, marcadamente, na década de 1970, desenvolve-se um ideário de sujeito e de sujeito ético forjado nos interesses ideológicos do regime militar e do neoliberalismo no Brasil. Este sujeito ideal é construído à custa de novas noções de subjetivação. Segundo Coimbra¹⁴:

Tais processos de subjetivação traduzem-se pela importância dada ao consumismo, à necessidade de ascender socialmente. Acredita-se na excelência do sistema e as pessoas creem que “subir na vida” depende de suas virtudes pessoais, de seus méritos. Produz-se a crença no “Brasil Grande”, no progresso, no “crescimento”, na “modernização”, na “grande potência”, que será este país. Ao lado disso prolifera um profundo conformismo, que a defesa da ordem, da hierarquia, da disciplina, da submissão são enfatizadas e no qual o medo às autoridades domina a todos. (Coimbra, 1999)

Para autores como Bernardes (2004) e Coimbra (1999), houve no período do regime militar no Brasil uma exacerbação da importância de se pensar o sujeito do ponto de vista de uma lógica individualista, na medida em que este fenômeno atendia ao conjunto ideológico de se remeter a uma espécie de interioridade “natural” ou gerada, ou ainda de se tratar de uma formação da personalidade estritamente formada e construída no âmbito familiar; e pouco havia como articular quaisquer questões formadoras do indivíduo que viessem a partir de uma dimensão sociopolítica ou cultural. Desse modo, atribuía-se às hipóteses de traços de

¹⁴ COIMBRA, C. M. B (1999). Práticas “psi” no Brasil do “milagre”: algumas de suas produções. In: JACÓ-VILELA, A. M, JABUR, F. & RODRIGUES, H. B. C. (orgs.). *Clio- Psiché: Histórias da Psicologia no Brasil*. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, p. 75-91.

personalidade, como estruturas ou causas dos “desajustes” de comportamento, o que era expresso pelas posições político-militantes de grupos contrários ao regime militar, ou ainda, afeitos ao movimento de contracultura.

Durante os anos 1960 e 1970 encontra-se no campo da formação em psicologia e das práticas exercidas pelos psicólogos, uma série de embates políticos e ausências de definições. Nos embates pode-se destacar, por exemplo, a ausência de algumas definições no projeto lei que regulamentou a psicologia como profissão; não se nota grande detalhamento na questão do exercício da psicologia clínica. Isso teve certa intencionalidade, para que os psicólogos não ficassem em confronto com a categoria médica e assim pudessem, como foi o caso, exercer a clínica sem obrigatoriedade de supervisão médica. Nos ambientes social e político, havia todo um espírito de época, ideologicamente marcado pela ditadura militar e de grande abertura para o neoliberalismo, em que questões sociais apresentavam uma total independência daquelas consideradas psicológicas; de fato, além de que os cursos de psicologia tinham forte marca positivista, facilitava a manutenção do ideário do trabalho técnico do psicólogo.

Neste mesmo contexto, Coimbra (1999)¹⁵ exemplifica um dos direcionamentos bastante comuns à submissão de julgamento e avaliação psicológica posto nas figuras revolucionárias, tanto do “subversivo” como do “drogado”. Tratava-se de submeter essas categorias à compreensão psicológica como espécies de caracteropatias desviantes, passíveis de tratamento e orientação. O “subversivo”, caracterizado por uma dotação violenta e imoral, estando contra os princípios da família, da nação etc. E ao “drogado” atribuía-se a noção da degradação e agravos contra o progresso e ascensão de modo geral. Obviamente, existiam grupos de oposição na psicologia, dentro e fora da universidade. No entanto, esta perspectiva mostra como o poder público demandava o conhecimento em psicologia e ao mesmo tempo revelava o papel do psicólogo e sua inserção social, marcada por uma característica psychologizante ou mesmo demasiadamente intimista, cujo sentido era o esvaziamento da dimensão social do sujeito. Observa a autora que:

O discurso psychologizante – característico das camadas médias urbanas, na década de 70 no Brasil – mostra como a

¹⁵ Idem, p. 14.

dimensão privada mais intimista é incorporada ao cotidiano produzindo uma oposição, uma dicotomia e uma incompatibilidade entre os domínios do público e do privado. (Coimbra, 1999)

Atribui-se a denominação de *cultura psi* a toda essa configuração de tendências *intimistas* ou *individualizantes* que marcam as décadas de 1960 e 1970 no Brasil, sobretudo, no tocante ao universo da psicologia que funcionava como um reducionismo psicológico. Portanto, a formação da psicologia era predominada por uma tendência tecnicista e, essencialmente, individualizante na somatória da compreensão do sujeito.

Ainda no período da ditadura militar foram feitas várias pesquisas no campo da psicologia, em sua maioria, com uso de testes psicológicos, para melhor conhecer a mente ou o comportamento de militantes e líderes. Tais pesquisas foram encomendadas por oficiais e generais deste período, e interessantes achados foram feitos sobre tais investigações. Uma série dessas pesquisas aconteceram no Rio de Janeiro, encomendadas pelo então general Antônio Carlos da Silva Murici. É importante ressaltar que a ideologia verde-amarelista que se seguia nos anos de ditadura no Brasil imprimia, no quesito do fortalecimento de uma unidade nacional, uma especial atenção contra o inimigo externo e interno, e com isso, segundo Chauí (2000), acionava-se um Estado forte e repressivo.

E, nesta rota, uma das pesquisas realizadas neste período pretendia descobrir quais as possíveis motivações que teriam conduzido presos à luta armada; outra investigava o perfil psicológico do “terrorista” brasileiro; outra, ainda, o motivo pelo qual jovens teriam negado sua classe social de origem e tomado o caminho da contestação. Todas essas pesquisas foram publicadas, segundo Coimbra (1999), pelo *Jornal do Brasil*. Parte delas foi realizada com metodologia de testes psicológicos, tais como Raven, de nível mental, e Rorschach, de personalidade. Deste modo, chegava-se a conclusões, hoje bastante discutíveis, como: “Dos 44 examinados, 32 (73%) foram considerados como indivíduos com dificuldades de relacionamento ou escasso interesse humano e social, ou ainda difícil comunicação humana; em suma, como pessoas difíceis; imaturos” (*O Globo*, 12/11/1971, apud Coimbra, 1999). Temos aqui uma interessante demonstração de como a concepção de sujeito psicológico marcadamente *intimista* e *individualizado* pelo pressuposto ideológico psicologizante pode descontextualizar o indivíduo, desmembrá-lo de sua

complexidade concreta e torná-lo fundamentalmente objeto ideológico; e, ainda sob os auspícios da ciência, reivindicada neutra, apoiada por testes psicológicos.

Tem-se, deste modo, uma orientação de formação em psicologia marcadamente positivista, com o acréscimo do caráter imposto pela ditadura militar brasileira. No tocante à psicologia social, predominava, segundo Bernardes (2004), uma tendência de reprodução de conceitos e técnicas advindos de pesquisas americanas. Ao mesmo tempo, vê-se a difusão da psicanálise no contexto das práticas *psi*, que foi, em grande medida, também, objeto de captura da tendência ideológica individualizante e *intimista* nas práticas e concepções do sujeito psicológico.

Determinada leitura ou apropriação da psicanálise no Brasil também contribuiu para a construção do ideário do sujeito individualizado e para a construção de uma clínica psicológica de caráter privativa e liberal, o que passaria a constituir uma perspectiva de atuação bastante almejada pelos estudantes. No caso da psicanálise, pode-se compreender que sua assimilação pela psicologia acadêmica dava-se num contexto em que esta “oferecia” um complemento ao ideário do que poderia significar a construção da imagem profissional do psicólogo, como observou Shakow e Rapaport apud Celes (1988)¹⁶: “pois é a interpretação culturalmente difundida da psicanálise como um sistema de pensamento capaz de compreender o humano e capaz de trazer respostas individuais, que se conforma com uma certa demanda implícita ao “ser psicólogo”.

Com a psicanálise, segundo Celes (1988), apresentou-se para a psicologia acadêmica um elenco de temas que a tradição de exigência de cientificidade experimental havia retirado das pesquisas psicológicas, tais como liberdade, interioridade, realização pessoal etc. No entanto, houve uma assimilação geral por aspectos do *modus operandi* psicanalítico que não era propriamente o método da psicanálise, mas alguns de seus hábitos clínicos ou de produzir num certo modelo de clínica. Isso implicava uma psicanálise “que se mantinha ao nível ideológico”, segundo Celes.

A psicanálise, dado ao seu processo de construção, tanto clínico como epistemológico e teórico, poderia não ter caminhado em direção à psicologia acadêmica, cuja história científica, em grande medida, se opõe à da psicanálise. Isto

¹⁶ CELES, Luiz Augusto M. Psicanálise e Psicologia In: FIGUEIRA, Servulo Augusto (org.). *Efeito Psi* – a influência da Psicanálise. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

porque a psicologia acadêmica, herdeira do método experimental, buscava uma segura instalação no campo das ciências; já na gênese da clínica psicanalítica, observa-se uma ruptura epistemológica, com a ciência e a criação de um novo modelo de investigação de uma realidade (inconsciente) inferida pelas manifestações indiretas no campo relacional entre quem atende e quem é atendido. No entanto, segundo Celes (1988), havia uma espécie de “facilitadores filosóficos”, os quais permitiam que tal penetração da psicanálise ocorresse na psicologia acadêmica.

A psicologia acadêmica absorvia algo da psicanálise em seu processo de desenvolvimento e prática clínica no Brasil; no entanto, uma das críticas feitas é a de que a psicanálise era submetida a uma espécie de desenraizamento de suas bases e tomada como orientação clínica mais pelos seus rituais que pelo seu método e formas de validação de verdades. Mais ainda, defende-se que a psicologia, ao tornar-se praticante do método experimental, abandonou uma série de questionamentos que haviam feito parte de seu universo originário. De alguma forma, a psicanálise produzia uma espécie de atração aos psicólogos, por retornar algumas dessas questões, pois, “em alguma medida, a necessidade de um sistema de pensamento que explicasse o homem a si mesmo encontrou repercussões na psicologia. No entanto, a interpretação popular da psicanálise, foi um desses sistemas de pensamento, essa foi a interpretação tomada pelos psicólogos.” (Celes, 1988)

Tratou-se, portanto, de uma absorção por parte da psicologia de uma psicanálise de caráter simplificado, em que as orientações e concepções advindas de certa leitura da psicanálise ganhara maior espaço do que a compreensão mais profunda de suas teorias ou método. Por isso que Sahakow e Rapaport, (1964, apud Celes, 1988) aponta que os psicólogos se apropriavam de uma interpretação popular da psicanálise e que estes se interessavam pelas suas fontes secundárias, enquanto as fontes primárias eram de menor conhecimento das fontes primárias freudianas. Tal autor (Celes, 1988) arrisca afirmar que haveria uma semelhança ou parentesco entre as motivações iniciais da psicologia e as questões levantadas pela psicanálise na busca pela compreensão do indivíduo e na capacidade de se obter respostas individuais autênticas. Motivações, provavelmente, de caráter mais metafísico a respeito do que seria o interesse de alguma psicologia e suas grandes

questões especulativas originárias, as quais, muitas destas foram abandonadas ao longo da história, ou pelo menos reduzidas a uma medida irreconhecível. Por isso, teria havido certa afinidade de base histórico-filosófica entre ambas; deste modo, a psicologia teria abrigado alguns hábitos da psicanálise em suas práticas.

Não se trata aqui de se fazer longa investigação sobre os destinos da psicanálise no Brasil, ou ainda uma discussão da cultura psicanalítica brasileira. Compreendemos que a partir dos autores com que trabalhamos, é possível observar que o modelo de investigação psicanalítica, seu método e as principais hipóteses teóricas, advindas do ambiente clínico proposto por Freud, propiciava à psicologia uma espécie de absorção do caráter marcadamente clínico e da clínica individual e, sobretudo, do exercício do consultório particular, no contexto de um período ainda recente da formação do psicólogo. Portanto, a psicanálise também passava a ser hipertrofiada para se prestar a apoiar a compreensão do sujeito particularizado e individualizado – naqueles mesmos moldes em que a psicologia era solicitada para a compreensão das questões sociais. Portanto, a psicanálise, ou sua apropriação pelos psicólogos, também respondia àquele espírito ideológico da superestima ou autonomia conferida ao sujeito individualizado em todas as suas inserções e destinações, fossem elas políticas ou sociais. Do ponto de vista psicológico, tais questões sociais assumiam um caráter essencialista, constitutivas ao sujeito e inclusive identificáveis pelos instrumentos de medição, realizados a partir dos testes psicológicos.

Assim, foram várias as influências que a psicologia sofreu no sentido de que o campo profissional tivesse preferência pela identidade do profissional liberal, e essa tendência influencia toda a formação nos cursos universitários. Ao contrário do que se poderia afirmar, tal configuração da psicologia não se dava exclusivamente pela predileção desta ou daquela corrente epistemológica, mas sim pelo cenário e “as influências da ditadura, associadas a uma concepção positivista de ciência, e à cultura *psi*, já arraigada no cotidiano, têm como consequência um tipo de Psicologia privatista, gravitando em torno do indivíduo”. (Bernardes, 2004)

Para este autor, a década de 1980 não trouxe grande contribuição para a psicologia no sentido de somar avanços para discutir a formação, mesmo porque houve neste período uma sensível diminuição pela procura aos cursos de psicologia,

se comparada à década anterior, quando houve grande aumento de cursos particulares.

Durante a década de 1980, houve um aumento importante da discussão sobre a formação em psicologia, que, segundo alguns autores, como Bastos & Achcar¹⁷ (1994), entendem tratar-se de um período em que se torna mais evidente as práticas psicológicas exercidas durante o regime militar e que, durante o processo de redemocratização, a discussão da formação torna-se bastante presente nas áreas de formação em psicologia. No entanto, permanecem marcas na formação, conforme observa Mancebo (1997)¹⁸, como a predominância da clínica no modelo praticado nos consultórios particulares, sobretudo na direção de formar profissionais liberais. Outra característica apontada por essa autora é que as instituições formadoras também têm propiciado

uma dicotomia profunda entre os aspectos teóricos e práticos apresentada nos cursos, não admira que prolifere entre os alunos (e futuros profissionais) a busca de suporte teórico alhures – nos misticismos, nas iniciativas individuais/isoladas ou na busca de soluções técnicas imediatistas, em especial quando atuamos em ambientes não afeitos ao modelo dominante que lhes é ensinado, e mal. (Mancebo, 1997)

Na passagem da década de 1980 para a de 1990 surgem mudanças para novas tendências nas práticas da psicologia. Num primeiro momento, houve uma reação da psicologia no sentido de repensar os modelos praticados durante o período da ditadura militar e uma tentativa de estender o trabalho da psicologia às camadas mais populares. Fato que, segundo Mancebo (1997), nada fez alterar a visão intimista e individualista da psicologia sobre o sujeito e de suas fundamentações epistemológicas. Para Bernardes (2004), tais alterações ocorriam não na leitura sobre a concepção de sujeito, mas “no universo das técnicas de intervenção”.

Ainda, nesse período, no final dos anos 1980, observam-se, segundo Neto (2004), tentativas de se fazer alterações curriculares nos cursos de graduação em psicologia, no sentido de melhor contemplar e atender à melhoria da formação quanto às questões sociais do país. No entanto, os resultados obtidos ainda foram apenas parciais. Esse autor sinaliza que a mudança curricular não pôde

¹⁷ BASTOS, A. V. & ACHCAR, R. Dinâmica Profissional e formação do psicólogo: uma perspectiva de integração. In: *Psicólogo Brasileiro, práticas emergentes e desafios para a formação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, CFP, 1994, p. 245-272.

¹⁸ Idem, p. 10.

isoladamente produzir todo um conjunto de transformações necessárias à formação. E, ainda assim, cita como exemplo o curso de psicologia da PUC-São Paulo, que ao produzir mudanças curriculares apenas pôde salientar a existência de outras possibilidades de atuação profissional e pouco interferiu “na diminuição do fascínio que o modelo clássico da clínica exerce sobre o estudante” (Neto, 2004). Autores como Bernardes (2004) afirmam que durante a década de 1980 acirrou-se a discussão sobre a formação em diferentes ambientes, não apenas na universidade, mas também no âmbito dos conselhos de psicologia, com articulações aos movimentos sociais. Dessas discussões, feitas a partir da psicologia social, reconhece-se o desenvolvimento da psicologia comunitária, como decorrência desses processos, por exemplo. Este mesmo autor identifica e considera que a década de 1980 fez alguma mobilização em direção a modificações da formação em psicologia pela via da discussão e possível mudança curricular. Para fazer este tipo de observação, levou-se em consideração três documentos voltados para a discussão curricular, todos na década de 1980: I Seminário sobre Currículos dos Cursos de Psicologia 1982, outro documento que se originou deste seminário e um terceiro com a Resolução 002/1987 – Código de Ética – aprovação do novo código de ética profissional do psicólogo.

Dentre outros aspectos, a década de 1990, no tocante às questões da formação do psicólogo, contou com algumas pesquisas realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia, com objetivo de melhor conhecer a formação da realidade brasileira. Segundo Ferreira Neto (2004), tais pesquisas partiram da hipótese de que se pode falar em uma psicologia clínica clássica e outras formas de inserção ou práticas clínicas. Assim, refere-se à clínica clássica ou tradicional, que “possui um modelo mais homogêneo, largamente influenciado pelo modelo médico de atendimento” (Ferreira Neto, 2004). Esta prática clínica compreende, principalmente, a abordagem do paciente de modo individual, com construção de psicodiagnóstico, psicoterapia individual, e ainda com um enfoque intraindividual. Entende-se desta categoria intraindividual, a compreensão de práticas em psicologia construídas em modelo do consultório privado, portanto, voltado ao enquadre do sujeito, sobre o qual a noção de subjetividade é apoiada na tradição intimista da clínica e pouco articulada às condições socialmente determinadas ou construídas.

Para a finalidade que ora nos interessa, ou seja, como os psicólogos entram para atuar na rede pública de saúde e com que tipo de referência trabalham, focaremos, predominantemente, os modelos de atuação em clínica, pois é com esse apoio que se dão, predominantemente, as práticas psicológicas no ambiente da saúde pública e, por conseguinte, nas instituições que trabalham com os pacientes que vivem com HIV. Para o autor citado, as outras concepções de clínica que se pode descrever não se constituem em modelos ainda homogêneos ou acabados. Como parte integrante das concepções dessas novas clínicas, ressalta-se três aspectos: a expansão do campo da clínica, a adequação dos referenciais teóricos utilizados à realidade brasileira e a importância do conhecimento multidisciplinar.

Ainda no ambiente das pesquisas realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia, os psicólogos entrevistados afirmaram, segundo Ferreira Neto (2004), que haveria de se trabalhar numa concepção de subjetividade como um fenômeno implicado ao contexto social e histórico, e que ainda dever-se-ia construir teorias que fossem originadas da realidade brasileira e utilizar menos modelos importados. Portanto, inclusão social e consideração de uma dimensão multidisciplinar, segundo o autor, foram os principais aspectos apontados como ausentes, pelos psicólogos, a respeito das práticas clínicas realizadas. O campo psicanalítico aparece, na opinião dos entrevistados, como uma espécie de ícone de um saber voltado a si mesmo, sendo assim, um representante ilustrativo da clínica clássica ou tradicional já apontada anteriormente.

A questão que se descortina sobre a clínica e seus modelos adotados é bastante ampla e complexa; no entanto, um dos pontos que mais se destaca é justamente em torno das questões já levantadas sobre a prática dos psicólogos de modo geral. Tal questão recai sobre o conjunto de concepções que os psicólogos mantêm sobre o sujeito ao eleger práticas e modelos de trabalho que se centram sobre o sujeito individualizado, descontextualizado socioculturalmente e, na existência de mudanças, estas giram, quando muito, em torno dos ajustes técnicos; como quando se deixa de praticar a clínica num ambiente privado e esta é transposta ao cenário do ambiente público, por exemplo. Essa crítica é feita por inúmeros autores que se debruçam sobre a questão da inserção dos psicólogos no campo da saúde pública e da formação. Às vezes, o objeto da crítica fica imerso a certo desacerto: parece ser a formação, por vezes toma-se esta ou aquela direção

teórica, como no caso da psicanálise, ou ainda a apropriação feita pelos psicólogos com relação às linhas teóricas – o que recai, novamente, na formação, pois esta teria dado subsídios para tais modelos de trabalho clínico.

Os psicólogos, de modo geral, também variam suas opiniões sobre as questões de como se apropriaram das formas de trabalho clínico nos ambientes institucionais, e também pode-se observar que a perspectiva do trabalho daqueles que estão no cotidiano das instituições nem sempre se apoia em noções claras de como considerar no interior de suas abordagens as questões que encontram em suas experiências, tais como os fenômenos institucionais, as variadas formas de organização social e familiar dos usuários dessas instituições etc. Esse foi um dos fatores que motivou a pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Psicologia em 1984, com vistas a melhor articular os conselhos de psicologia e as universidades para debater a formação e os modelos curriculares, fato que culminou em publicação intitulada: “*Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação*”¹⁹.

A respeito dessa pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Psicologia, Ferreira Neto (2004)²⁰, ao se referir aos psicólogos entrevistados, aponta para determinados equívocos na compreensão daquilo que seria uma real superação de um modelo de clínica psicológica tradicional. Afirma que muitos psicólogos compreendem a clínica

como simples assinalamento de uma mudança do ambiente de trabalho e do perfil da clientela: antes, clientes oriundos das classes média e alta e agora, uma “clientela” proveniente das classes populares. Entendido dessa maneira, o novo contexto obrigaria os psicólogos a adaptarem seu instrumental de trabalho (originalmente ligado ao consultório liberal) diante das novas condições de atuação. (Ferreira Neto, 2004)

Pela compreensão desse autor, as mudanças que normalmente são observadas no campo da prática clínica da psicologia ocorrem numa dimensão de ajuste instrumental, portanto, num horizonte das técnicas, e não propriamente ocorre uma nova adoção de concepção de subjetividade. Assim, o problema de o psicólogo

¹⁹ ACHCAR, Rosemary (org.). *Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

²⁰ FERREIRA NETO, João Leite. *A Formação do Psicólogo, Clínica, Social e Mercado*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fumec/FCH, 2004.

trabalhar dentro de certo modelo de subjetividade que possa considerar as complexas e dinâmicas inserções do sujeito na sociedade contemporânea ficaria intocado; por isso, ressalta que “o que não é problematizado a contento é a concepção de subjetividade que fundamenta a atuação nessas novas áreas, e o sentido do que se entende por social. A noção de social utilizada de modo genérico ajuda a obscurecer um grande número de questões vitais” (Ferreira Neto, 2004). Este nos parece ser um dos problemas mais importantes de toda a prática dos psicólogos; uma vez movidos pela necessidade de mudanças em suas formas de inserção – pelos mais diversos estímulos no campo profissional –, os psicólogos nem sempre parecem encontrar os lugares, do social e da cultura no interior de suas estratégias e de filiações teóricas e, desse modo, corre-se o risco de produzir uma inserção marcada pelo perigo do desapego à noção de subjetividade e sobreviver, à deriva das teorias, em práticas desenraizadas de filiações teóricas.

Dentro das questões que abordamos até o momento, consideramos que a formação do psicólogo no Brasil conduziu este profissional ao predomínio de certa perspectiva para sua atuação, que tendeu ora às vertentes técnicas para fins claramente pragmáticos, ora imbuído da predominância de exigência ou valorização social para um trabalho de clínica numa perspectiva individualizada. Tal individualização estava posta no modo de trabalhar as teorias de apoio a clínica com uma espécie de pressuposição do sujeito em contraposição à sua dimensão cultural e social, levando muitas vezes a uma ideia de autonomia individual que não nos deixa outra alternativa senão compreendê-la em seu caráter ideológico, sobretudo de origem neoliberal.

É verdade que a década de 1980 produziu, por parte dos psicólogos, a geração de um pensamento bastante crítico quanto à formação até então predominante nos cursos universitários. Isso abriu precedente para críticas e revisões curriculares na direção de diminuir a perspectiva da formação dos psicólogos com maior ênfase a uma noção de sujeito psicológico para a prática clínica de forma a-histórica. Esta perspectiva, por ser ideológica, fez parte das mais diferentes abordagens teóricas em psicologia, inclusive no campo psicanalítico. Nesse ponto compreendemos que pode ser bastante discutível a ideia defendida por alguns autores de que a psicanálise teria contribuído enormemente para a construção de uma noção e prática clínica em que a noção de subjetividade está

marcada por um reducionismo intrapsíquico, o qual construiria uma ontologia do sujeito sem cultura e sem história. Da mesma forma que o predomínio de uma ideologia, no caso a de caráter neoliberal do sujeito autônomo, irradia-se para uma área teórica, este migra para as outras. E, portanto, é provável que mesmo a psicanálise também se torne instituída ideologicamente no Brasil pela mesma perspectiva de toda a psicologia.

Os debates sobre a formação da psicologia no Brasil que aconteceram durante a década de 1980, segundo Ferreira Neto (2004), contribuíram para dotar de conteúdo a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB/1996). Na psicologia, o resultado do trabalho para propostas de mudanças ocorreram em 1999. Como reação às críticas que haviam sido feitas a respeito das práticas dos psicólogos, culminaram, principalmente, em dois grandes eixos de orientação curricular: a preocupação com a dimensão ética da profissão e a aproximação com a realidade brasileira. Outra importante influência para a mudança nas concepções de formação em psicologia refere-se à oposição entre os currículos de caráter chamado conteudista e a proposta de uma nova orientação pautada na noção de competências e habilidades.

Tais concepções de caráter conteudista privilegiavam um percurso “da fundamentação à aplicação; tomava os saberes como produção definida, por vezes definitiva, e base suficiente para o desenvolvimento de práticas entendidas como aplicação” (Ferreira Neto, 2004). Afirma também que a formação para pesquisa ficava pouco contemplada neste modelo de formação que passa a ser criticado durante a década de 1980. Por outro lado, os princípios que fazem parte do modelo que passou a ser defendido tendem, entre outras, para a migração do trabalho isolado do psicólogo para aquele de natureza multidisciplinar. Mais ainda, passa a ser valorizada dentro do campo de formação, a necessidade de que o psicólogo tenha melhor compreensão crítica dos fenômenos sociais e políticos de seu meio, considerando a imensa diversidade das áreas de atuação.

Entendemos e concordamos com Ferreira Neto (2004) que, de fato, não produz significativa transformação, a simples adoção de novas disciplinas na formação universitária em psicologia se a noção de subjetividade não for revisitada pelas tantas dimensões de que o sujeito psicológico é construído. Por outro lado, vê-

se que o próprio conceito do que seja “clínica” tem sido objeto de discussão e revisão.

Sob o risco de alguma repetição de ideias, observa-se que os dispositivos clínicos – daquilo que se verte em técnicas de intervenção – têm sido a principal orientação do psicólogo nas práticas em saúde pública. Atender alguém no cenário das instituições de saúde tem significado, ao longo desses últimos anos, utilizar os referenciais daquilo que comumente acostumou-se a fazer referência a alguma tradição da psicologia clínica. Mesmo que concordemos com as principais teses críticas sobre a ocorrência de certo esgotamento do repertório da clínica, encenado no espaço da saúde pública, nos faz muito sentido a compreensão lançada por Luis C. M. Figueiredo (1995)²¹, em que o fascínio exercido pela clínica aos estudantes é bastante aceitável porque esta sempre “prometeu” cumprir a tarefa do reconhecimento do outro, mesmo que esta clínica tenha carecido de reparos e ajustes ou que seja revisitada por importantes reconfigurações da ontologia do sujeito *psi*.

Visto por essa ótica, a clínica tem seu papel absolutamente preservado nos diferentes enquadres do trabalho *psi*, e assim compreendemos que o campo da saúde pública permanece, de fato, um ambiente privilegiado para o trabalho da clínica. Uma das questões importantes sobre a clínica levantada por Figueiredo (1995) é que, em sua opinião, existe uma confusão daquilo que seja o clínico, como se o psicólogo clínico fosse definido pelo enquadre físico de seu consultório ou mesmo de suas teorias. Segundo o autor, a atividade do clínico não poderia ser reduzida às suas teorias, nem ser um aplicador de técnicas e métodos. Não se pode negar que a dimensão clínica da atividade do psicólogo implica em pesquisa, embora esta não seja sua única e mais específica identidade. Salienta este autor, ainda, que as definições, utilizadas para discutir a atividade do psicólogo clínico, colidem com uma série de equívocos, dentre eles o fato de se opor “clínica” à atividade do psicólogo educacional ou institucional, como se o clínico não se interessasse pelos temas da educação, seus métodos e temas institucionais. Considera que nem se poderia tomar como definição absoluta que a clínica deve ser definida pela sua vocação à cura em oposição às proposições preventivas, se pensarmos em saúde. Figueiredo (1995) observa que a experiência social em que

²¹ FIGUEIREDO, L C. M. *Revisitando as Psicologias: da Epistemologia à Ética e discursos psicológicos*. São Paulo: EDUC; Petrópolis: Vozes, 1995.

as subjetividades foram construídas, e muitos dos aspectos, expressos, entram em conflito em função de eixos bastante diferentes entre si que produzem as tantas experiências que ganham um estatuto inominável chamado de excluído. Além disso, defende a existência de uma atividade clínica sobre os aspectos que são culturais, pois tais condições produzem efeitos, por isso mostra que:

A tarefa que a configuração cultural contemporânea impõe às clínicas psicológicas é, nesta medida, a da escuta desses excluídos. Esta parece ser a razão social e histórica do prestígio da clínica já que as outras áreas de intervenção – escolar e trabalho – foram historicamente menos sensíveis e aptas a responder a estas demandas e estiveram de início mais comprometidas com o vértice disciplinar. (Por sinal quando desenvolvem esta escuta se clinicizam). As outras áreas de conhecimento, igualmente, quando respondem a estas demandas adotam o método clínico. (Figueiredo, 1995)

Reconhecer esta dimensão paradigmática do que seja a clínica e seu papel nos dias de hoje implica em dimensionar aquilo que o autor chamou de reconhecimento de onde advém a produção de subjetividade de nossos tempos atuais. A subjetividade, da qual descendemos, segundo esse autor, vem em parte da configuração romântica – na construção de passagens de expressão dos interditos e na vertente liberal – na tentativa de ampliar o autodomínio do sujeito, ou seja, reconhecer o sujeito naquilo que lhe é próprio e naquela disciplina que se comprometeu mais diretamente com a organização social para o desenvolvimento do capital industrial. Essa é uma discussão que ultrapassa os limites da proposta de apresentar, neste momento, as principais questões que estão postas no tema da formação do psicólogo no Brasil.

Interessa-nos pensar as origens de direções clínicas que conduzem intervenções e inserção do psicólogo na saúde, e que melhor poderiam nos ajudar para os fins de intervenções aos quais estamos ligados, ou seja, as formas que trabalham os psicólogos em instituições as quais cuidam de pessoas que vivem com HIV/Aids. A descrição e a discussão do trabalho em que estão inseridos serão feitas a partir dos dispositivos nos quais estão inseridos os psicólogos: por um lado, pelos aspectos que compõem a formação, como vimos até aqui e veremos no próximo capítulo, mais os elementos do Programa de HIV/Aids, que fornecem subsídios e estratégias. Daremos continuidade a esse objetivo maior quando estivermos de posse dos principais polos de que são compostas as escolhas de formas de

intervenção e trabalho dos psicólogos que ora são nosso objeto de análise. Ou seja, discutiremos as práticas dos psicólogos tendo em vista estes dois grandes blocos ou dimensões: os aspectos subsidiados pela formação que permite o trabalho na saúde e, portanto, no ambiente HIV/Aids, e as relações dos psicólogos com o Programa de DST/HIV/Aids que abriga em grande medida o trabalho e repertório dos psicólogos.

As práticas em psicologia no Brasil são fortemente herdeiras, como pudemos acompanhar, de alguns eixos que vale aqui destacar: um liberal e neoliberal marcado pela difusão da experimentação na psicologia aplicada à indústria; um eixo de predomínio ideológico em que se verifica a tendência de manter a concepção do sujeito a uma condição individualizada, intrapsíquica e detentora de uma singularidade e autonomia e que por diversas vezes vimos ser questionáveis. Primeiramente, a propulsão para o interesse em psicologia no Brasil se deu pela expansão industrial e a utilidade que esta aprestava para uma finalidade de prestar seu conhecimento a serviço de uma melhor e científica colocação dos perfis na indústria. Num segundo momento, torna-se fortemente refém da organização política pós-golpe militar e recai sobre este, então, recém-campo de atuação oficial, toda uma exigência de respostas às necessidades marcadas pelos interesses do governo militar, cujos contornos do “sujeito” investigável estava marcado por condições ideológicas e políticas desse período. Ambas as influências privilegiavam o estudo e conhecimento da psicologia num âmbito psíquico e de esquadrinhamento do sujeito singular e individualizado, sendo assim, valorizou-se, neste contexto, as pesquisas e os estudos da personalidade, definidas em parâmetros técnicos, cujas origens postulavam-se numa espécie de constitucionalidade autônoma. Apesar de ter havido uma série de promulgações das diretrizes curriculares em que orienta o currículo da psicologia por habilidades e competências e menos por conteúdos predeterminados, Bernardes (2004) chega a apontar que talvez uma das superações das marcas profundas da formação em psicologia só poderia ser apagada se reinventasse a formação no Brasil, talvez com novas bases. No entanto, este autor não investe em tal perspectiva, apesar de mencioná-la como uma solução para que a mudança na formação dos psicólogos deixasse de ser apenas nas composições de grades disciplinares, mas que fossem, de fato, uma mudança mais essencial.

Sendo assim, mesmo com as propostas das Diretrizes Curriculares, Bernardes (2004) aponta a existência de certa mudança no discurso das Diretrizes,

mas foram mantidas as ênfases na ideia de competências e habilidades que, segundo o autor, “fica o foco no indivíduo e numa concepção psicológica-cognitiva de currículo e de formação” (Bernardes, 2004). Desta forma, é possível obter esses parâmetros por meio dos quais a psicologia no Brasil tem formado os profissionais que, mesmo orientados pelas mais variadas possibilidades de filiação teórica, entraram, em diferentes momentos, para a rede pública de saúde e passaram a praticar uma clínica dentro das instituições do SUS no exercício de modalidades muito complexas e específicas, e no atendimento a demandas, muitas vezes, fortemente questionáveis.

Será, portanto, de posse de maior aprofundamento em relação às formas de inserção do psicólogo no Sistema Único de Saúde, suas principais características, utilização de modelos técnicos e de clínica que discutiremos as formas de apropriação deste profissional no atendimento a pessoas que vivem com HIV/Aids, bem como as especificidades, exigências e desafios que esta inserção tem trazido para a clínica e, de forma geral, pelo trabalho na vida institucional dos psicólogos.

CAPÍTULO II

O psicólogo e suas complexas relações com o SUS

A entrada da psicologia para o campo da Saúde Pública no Brasil ocorreu a partir de diferentes motivações e movimentos sociais, no cenário das transformações da sociedade observadas ao longo do final dos séculos XIX e XX. Uma das bases que impulsionavam o papel da psicologia no âmbito da saúde pública, como já exposto no capítulo anterior, foi o processo de industrialização do Brasil. Isso porque havia necessidade de melhor conhecer, para controlar, as condições individuais subjetivas, possíveis condicionantes das diferentes condutas, tanto dos grupos quanto dos perfis dos indivíduos para seu aproveitamento nos complexos industriais. Despertava a necessidade de se buscar respostas também no campo das ciências da individualidade humana.

Considera-se que houve um cenário social favorável para que a psicologia pudesse figurar no âmbito da Saúde Pública. Dentre os aspectos que se pode reconhecer foi o movimento do *poder disciplinar*, exposto e debatido pelo filósofo Michel Foucault, em suas várias publicações, tais como *O Nascimento da Clínica*. A norma que se estabelece no centro do poder disciplinar, segundo Spink 2007²², para a formação e organização da sociedade industrial imprimiu a necessidade do conhecimento e controle dos homens, do ponto de vista de suas diferenças e condutas. Para essa autora, a necessidade de controle e melhor conhecimento dos homens, suas emoções e reações alavancou um dos eixos a partir do qual a psicologia entra para a Saúde Pública com certa dimensão daquilo que seria sua especificidade: a avaliação psicológica, fundamentada nos testes psicológicos como seus instrumentos. Sendo assim, a psicologia estava de posse de uma espécie de lastro de entrada para o campo da saúde pública, pela via de seus instrumentos que lhe conferiam algo de sua identidade como prática e construção de saber na saúde.

No Brasil, os primeiros concursos para psicólogos ocorrem durante a década de 1980, no entanto, já havia psicólogos que atuavam no âmbito da saúde pública, como no caso de Hospitais-Escola do Hospital das Clínicas de São Paulo, em que,

²² SPINK, Mary Jane P. *A Psicologia em diálogo com o SUS: Prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

segundo Menegon²³, durante a década de 1950, já se tinha registro da atuação de psicólogos. Mesmo antes da década de 1980, período em que ocorrem os primeiros concursos para psicólogos para o campo da Saúde Pública e mesmo antes da criação do SUS (Sistema Único de Saúde), que efetivamente ocorreu em 1988, segundo Spink (2007), os psicólogos atuavam em diferentes áreas da saúde as quais posteriormente passaram a ser integradas ao SUS. Segundo a autora, estas grandes áreas ou temas da saúde passaram a ser integradas pelo SUS: a Medicina Clínica (hospitais), Loucura (manicômios e hospitais psiquiátricos), Atenção Materno infantil, Medicina Previdenciária e Vigilância Sanitária.

A chegada da saúde pública do Brasil ao SUS descende de uma trajetória bastante longa e nem sempre muito bem-sucedida nas respostas às grandes questões de acesso e compreensão do campo da saúde voltada a população. Em certos períodos históricos, para alguns historiadores, como Bertolli Filho (1996)²⁴, as leis que muitas vezes foram criadas davam pouco apoio ao trabalhador em termos de amparo à saúde. Afirma o autor, por exemplo, que.

A República Velha havia criado um emaranhado de leis que, contradizendo umas às outras, pouco garantiam aos trabalhadores quanto ao direito de assistência médica e indenização em dinheiro por enfermidade ou por acidente de trabalho. Com isso, a regra era que os operários acidentados ou com a saúde abalada procurassem socorro nos hospitais filantrópicos, que nada cobravam pelo tratamento de pacientes pobres. (Bertolli Filho, 1996)

De modo geral, as respostas dadas às grandes questões da saúde pública no Brasil permanecem, mesmo no campo das propostas de políticas públicas, bastante inadequadas por muito tempo. Houve iniciativas que contemplavam apenas parcialmente, mesmo no plano da concepção das leis existentes, as necessidades em saúde da população. A articulação com a previdência pode ser destacada por iniciativa política antes da era de Getúlio Vargas, como, por exemplo, a Lei Eloi Chaves, de 1923, que dava cobertura para funcionários/trabalhadores de estradas de ferro, oferecendo amparo, mediante desconto, para auxílio-aposentadoria, médico, medicamentos e funeral. Trataram-se, de qualquer forma, de iniciativas parciais e isoladas no campo das coberturas em saúde pública. As diferentes

²³ MENEGON, Vera Sonia M. & Coelho. Psicologia e sua inserção no sistema público de saúde: um painel longitudinal de temas foco publicados em periódicos brasileiros. In: SPINK, Mary Jane. *A psicologia em Diálogo com o SUS*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

²⁴ BERTOLLI FILHO, C. *História da Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 1996.

experiências de saúde pública no Brasil lidera, segundo Paim (2009)²⁵, três vias para a formação; de um sistema público de saúde: saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho. Tais eixos percorreram a história da formação de um sistema de saúde no Brasil, funcionando, segundo esse autor, como subsistemas, razoavelmente autônomos, de tal forma que observa que

a organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como *saúde pública*, de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho, e, ainda as ações curativas e individuais, integrando a *medicina previdenciária* e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial. (Paim, 2009)

Nos governos militares, os recursos existentes em saúde pública já se mostravam bastante limitados e escassos, como observou Spink (2007). Fortemente marcada pela ideologia de herança verde-amarelista, como levantado no capítulo anterior, nos moldes nacionalistas dos governos militares sobre o Brasil, em frases como “Brasil, ame-o ou deixe-o”, os investimentos em saúde pública sofreram significativa diminuição. Segundo Bertolli Filho (1996), o Ministério da Saúde, em vez de execução de ações, teve que se limitar somente à elaboração de programas e que, para o referido autor, não trouxe nenhuma melhoria para os serviços de saúde, propriamente.

Em meio à década de 1970 houve várias iniciativas no sentido de propor organização social para discutir e propor políticas públicas de saúde no Brasil. Uma delas foi a organização do *Movimento Sanitário*²⁶, que envolveu profissionais de saúde, intelectuais e membros do governo ligados à burocracia estatal. Neste período, todo aparato já criado por governos anteriores na tentativa de dar alguma cobertura à saúde pública no país mostrava-se em colapso: a estrutura INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) teve como objetivo principal unificar o sistema dos órgãos previdenciários que já funcionavam desde a década de 1930.

²⁵ Paim, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro, Ed fiocruz, 2009.

²⁶ Trata-se de um movimento que se iniciou no final da ditadura militar brasileira, final da década de 1970, baseado na revolução sanitária italiana. Foi liderado por iniciativa intelectual da saúde no Brasil, principalmente por sanitaristas que visavam uma mudança do poder político em direção às camadas populares e, principalmente, a busca do direito universal a saúde. Tal movimento deu origem, posteriormente, ao SUS. Fonte: <<http://www.webartigos.com/articles/7591/1/O-Movimento-Sanitario-Brasileiro/pagina1.html>>.

Outros fatores concorreram para a profunda crise pela qual passou o INPS; o grande e vultoso número de fraudes e corrupção foi um dos importantes fatores de sua inoperância.

O descontentamento frente à situação de incapacidade do Estado em dar respostas às grandes questões da saúde pública do país fez com que profissionais se organizassem no sentido de propor novas perspectivas necessárias. Ainda no final da década de 1970, profissionais da área de saúde que, segundo Bertolli Filho (1996), era em defesa da profissão médica, já bastante precarizada, e também em defesa aos direitos dos pacientes. Dessas organizações, surgiram produtos como a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), ficando este processo conhecido como *Movimento Sanitário*, em grande parte responsável pela organização que da Constituição de 1988 culminou na proposta do SUS. Segundo o historiador, o principal efeito dessas organizações foi a construção de um documento chamado *Pelo direito universal à saúde*, no qual foi considerado o acesso à saúde um direito do cidadão.

Houve, portanto, já no final da década de 1970 e durante a década de 1980 um crescente movimento de organização motivado pela experiência do fracasso da resposta brasileira às questões de saúde pública. Neste sentido, nota-se que o percurso foi bastante longo até a chegada da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a partir da qual foram construídas as principais propostas que subsidiaram a formação do SUS. A partir da Constituição de 1988, quando se estabelece as bases para a formação do SUS, cuja Lei Orgânica da Saúde, foi aprovada em 19 de setembro de 1990 (Lei 8.080/90), novas concepções são propostas, tais como Universalidade, Gratuidade, Integralidade e Organização Descentralizada.

As novas orientações quanto à concepção de saúde que passava a figurar no plano do SUS abriu a possibilidade para a inclusão de novas perspectivas, tal como a dimensão social da doença. Esta também foi a mesma entrada que permitiu uma maior instalação do profissional de psicologia no sistema de Saúde. Não se tem extrema precisão dos fatores que puderam definitivamente figurar a psicologia no campo da saúde pública do Brasil. No entanto, alguns eventos de base sociológica podem nos ajudar na ampliação dessa ideia. Birman (2005)²⁷ afirma que o campo da

²⁷ BIRMAN, Joel. *A Physis da saúde coletiva*. Physis, v. 15, supp1.0, Rio de Janeiro, 2005.

Saúde Pública e da Saúde Coletiva não são coincidentes. Isso porque a saúde pública foi esquadrinhada pela medicina do século XVIII, no sentido de que combateu as grandes epidemias urbanas e contou com os aparatos sanitários. Tem-se no âmbito da Saúde Coletiva a totalidade do valor biológico na concepção de saúde, cujas descobertas em bacteriologia e sanitarismo aplicadas ao espaço urbano são os eixos fundamentais para o que se pôde compreender por Saúde Pública. Por outro lado, a noção que, para o autor, marca a identidade da Saúde Coletiva, se fez a partir da crítica à primazia estrita do campo biológico:

Seu postulado afirma que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que leitura realizada pela medicina. A partir da década de 20 as ciências humanas começaram a se introduzir no território da saúde e, de modo cada vez mais enfático, passaram a problematizar categorias como normal e patológicos. (Birman, 2005)

Sendo assim, a franca entrada das ciências humanas na saúde marca a dimensão da saúde coletiva, segundo este autor, fato que parece ter sido posto em prática pela concepção preconizada – mesmo que ainda no campo da constituição – pela proposta trazida pelo SUS. Esta também foi uma abertura fundamental para a instalação da psicologia de forma mais maciça nos serviços públicos de saúde. A proposta de uma atenção a saúde, de forma a respeitar o princípio da Integralidade, ou seja, a saúde sendo revisitada por uma noção que ultrapassava as fronteiras de um único campo de saber, a cultura biomédica. Isso abriu as vertentes assistenciais para os modelos de atenção, marcados pela multidisciplinaridade e seus afins. Mais uma vez, a psicologia tem seu lugar na saúde pública, subsidiado pela reformulação dos fundamentos e objetivos que conferiam o papel de um sistema público de saúde.

A perspectiva de trabalhar e conceber saúde em uma vertente que ultrapassa fronteiras hegemônicas da tradição médica e sanitarista impôs importante desafio para os trabalhadores e, conseqüentemente, para os profissionais de psicologia. Spink (2007) aponta que vários modelos assistenciais foram criados para melhor contemplar as diretrizes do Sistema Único. A autora considera que executar o modelo proposto pelo SUS se torna uma tarefa bastante complexa, talvez a mais complexa delas, pois se trava, a partir da tentativa dessa execução, uma batalha contra-hegemônica com quase todas as áreas de formação de profissionais para o

SUS, em que a psicologia não é uma exceção. Isso porque um dos aspectos que aparecerá sempre é o da própria noção de sujeito que se revelará com predominância nas práticas dos psicólogos. Profissional esse que, como pudemos acompanhar no capítulo anterior, tiveram toda uma história profissional marcada pela construção da atenção voltada ao sujeito individual, ou seja, apoiados a uma concepção de subjetividade que pouco dialogou com as dimensões social e política.

E, nesse sentido, o SUS propõe ao psicólogo, além de outros aspectos, um desafio constante sobre o perfil de profissional, isso porque um dos princípios que fundamenta o Sistema Único de Saúde, a Integralidade, ganhou vulto, não apenas em se referir aos diferentes aspectos que constroem a saúde, como a condição política e a integração de áreas com as quais a saúde dialoga, mas também na própria concepção do indivíduo da saúde. E, por isso, acrescenta Spink (2007) que: “Nessa acepção, a integralidade torna-se também uma ética; um valor que pretende construir as políticas, os processos de trabalho e as ações propriamente ditas, a partir da centralidade do usuário e dos sujeitos envolvidos na ação”. Uma das questões que essa autora aponta é que a referência sobre a Integralidade funciona, muitas vezes, como um apoio da inserção do psicólogo no SUS, no entanto, sem ainda alcançar as consequências mais extensas e necessárias, como a alteração nos processos de trabalho em que estão também os psicólogos.

Apesar de ser bastante intensa, ainda nos dias de hoje, a busca por estratégias e métodos de trabalho dos psicólogos nos diferentes ambientes do SUS, observamos que diretrizes, como a da Integralidade das ações em saúde, dialogam no campo da psicologia com a perspectiva já apresentada por Bleger (1984) quando discute e propõe o papel do psicólogo na Saúde Pública. Para esse autor, não seria necessário abdicar das referências que constituem o psicólogo clínico; pelo contrário, compreende que este, no campo da saúde pública, deve assumir uma vertente fortemente inclinada à dimensão preventiva, tal como apresenta:

Quero esclarecer e sublinhar que a minha posição é a de que o psicólogo clínico, suficientemente preparado para isto, deve ser plenamente habilitado para desenvolver uma atividade psicoterápica, porque entre outras razões é atualmente, o profissional melhor preparado, técnica e cientificamente para a dita tarefa; mas ao mesmo tempo creio que a carreira de psicologia terá que ser considerada como um fracasso, a partir do ponto de vista social, se os psicólogos ficam exclusivamente e em sua grande proporção limitados à terapêutica individual. A função

social do psicólogo clínico não deve ser basicamente a terapia e sim a saúde pública e, dentro dela a higiene mental. J. (Bleger, 1984)²⁸

Neste contexto, Bleger conceitua higiene mental como uma série de ações articuladas que a partir do patrimônio da formação do clínico, bem como de todo o referencial da psicopatologia, deveria estar voltado à dimensão social, comunitária e institucional do paciente. Como o autor descreve, seria uma administração dos conhecimentos que os redimensionaria a uma perspectiva de base preventiva e que ao mesmo tempo se reconhece numa prática que é compreendida como clínica e, no entanto, estende-se a uma dimensão social e coletiva do sofrimento psíquico.

Essas são apenas algumas indagações comumente encontradas quando se procura compreender as formas de atuação dos psicólogos dentro da saúde pública, mais especificamente no SUS. Mas, de qualquer forma, a entrada mais sistemática dos psicólogos no Sistema Único de Saúde ocorreu durante a década de 1990, período em que o SUS se consolida como prática política. Apesar de haver interesse em saber quanto os psicólogos ocupam os serviços públicos de saúde, para Spink (2007), sempre temos uma visão apenas aproximada dessa realidade de pesquisa. Tal autora realizou pesquisa, em que cruzou várias fontes de informações, tais como CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde –, um serviço do SUS, IBGE, Conselho Regional de Psicologia e outros. Observou que a distribuição dos psicólogos pelo SUS, no país, varia de região para região, mas que, pelo menos até 2006, a média era de 10,08% dos psicólogos brasileiros com alguma vinculação ao Sistema Único de Saúde. Desses profissionais, a maioria ocupa o espaço das Unidades Básicas de Saúde, e uma proporção menor, áreas como ambulatórios especializados e CAPS.

Apesar de o número de psicólogos que atua nos serviços não ser tão grande como poderia se esperar, os desafios são bastante complexos para os profissionais. Há uma série de questões que se descortinam dia a dia no campo da saúde como um reflexo da própria complexidade das relações sociais e novas formas de subjetivação com as quais deparamos. Como atuariam os psicólogos ou como são demandados para atuar? A cada diferente qualidade de enfrentamento num determinado campo da saúde, ocorrem peculiaridades éticas, inclusive. Teria o

²⁸ BLEGER, José. *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.

psicólogo que se dispor de ferramentas específicas para o cumprimento de sua prática? Para questões como essas, ou seja, em que medida a prática psicológica deveria ter uma vertente de “especificidade” frente às questões para cada tema em saúde, observa:

Será preciso desconstruir a visão historicamente hegemônica de que a cada tipo de serviço cabe um tipo de prática – a psicologia hospitalar, a comunitária, a clínica adequada ao nível de atenção – para pensá-la de maneira matricial. Possibilitar assim, que competências específicas possam ser chamadas na resolução de problemas peculiares, de modo a atender o pré requisito da integralidade e da inversão de foco dos serviços para cada pessoa tomada como entidade complexa e singular. (Spink, 2007)

Vemos que essa autora aponta tanto um desafio com o qual se depara o psicólogo, referente à questão das várias especialidades e novas áreas que se abrem no campo da saúde, como também sugere uma forma de inserção desse profissional. Trata-se de um cuidado a ser tomado com o posicionamento profissional dentro do ambiente institucional e no processo de trabalho em que está ou estaria inserido. Pensar que o psicólogo ocuparia um posicionamento matricial²⁹, como sugere, significa dizer que suas práticas profissionais não deveriam coincidir ou confundir com a estrita especificidade de cada área em questão. De fato, o psicólogo estaria envolvido dentro e fora, e, ao mesmo tempo, da peculiaridade de cada processo. Isso porque a inserção do psicólogo no SUS é bastante variada nos mais diferentes temas da saúde, no entanto, os temas que organizam as especificidades de cada local, de cada instituição, com exceção dos CAPS, são construídos pela prevalência da referência biomédica, e é em cada uma delas em que o psicólogo se instala. Em outros contextos pode-se extrair desse vértice de análise a discussão sobre o sentido do que seja especialidade em psicologia e, não raro, vemos muita imprecisão a esse respeito.

²⁹ Trata-se aqui de um conceito já difundido no campo da saúde, principalmente em gestão no SUS, por Gastão Wagner de Sousa Campos, que compreende que o posicionamento matricial em saúde diz respeito a uma função de retaguarda especializada às equipes profissionais, nucleares, ao tratamento do paciente. É definido como um modelo de atuação em saúde que contrapõe ao sistema hierarquizado: “(...) o apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial, quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência”. (CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 (2):399-407, fev. 2007.

A implantação do SUS trouxe, ainda, uma série de estratégias que passaram a fazer parte de novos modelos de atendimento no campo da saúde pública, tais como o atendimento às famílias e pacientes no contexto de suas famílias, pelo PSF – Programa da Saúde da Família –, proposto em 1994 para incrementar a atenção primária a saúde. Isso somado a outras modalidades ou estratégias assistenciais trouxe novos desafios para os psicólogos marcados pela ênfase da clínica construída pelo enquadre clássico do sujeito individualizado no modelo do consultório. Obviamente que as “tantas clínicas” que se reorganizam dentro do ambiente do SUS abrem novos espaços de diálogos e novas fronteiras para que o sujeito psíquico ou os determinantes da subjetividade possam ser dimensionados em uma complexidade que ultrapasse os enquadres epistemológicos das práticas clínicas identificadas com a pesquisa, exclusiva, dos fenômenos intrapsíquicos. Alguns autores, como Reis (1994)³⁰, apontavam para a necessidade de mudanças na forma de inserção dos psicólogos, mesmo pela vertente da clínica, ao considerar fatores, como o próprio encontro de classes sociais com diferentes valores entre quem atende e é atendido;

Além da assimetria presente em todo início de processo psicoterápico no qual o paciente se coloca como carente do saber do terapeuta está presente também uma hierarquização que é social. Além de saber-se doente, o paciente sabe também que está se relacionando com alguém que pertence a uma classe social superior, que tem hábitos e valores diferentes, que se veste diferentemente, que tem mais direitos civis, que tem o poder institucional e que nem mesmo foi escolhido por ele para tratá-lo.

Desse modo, resta-nos, sempre, a indagação e o interesse de conhecer se tais movimentos de passagem para novos enquadres ocorrem e como isso se dá. Em pesquisa realizada em 1994, Lo Bianco apud Braga Campos e Guarrido³¹ mostram que, nesse período, psicólogos entrevistados declaram algumas atividades desenvolvidas na saúde, tais como atendimentos em grupo nos diversos programas lançados pelo SUS, atendimentos comunitários, oficinas, atendimentos extramuros, aconselhamento, famílias e outros. No entanto, tais pesquisadoras observam que os psicólogos nem sempre declaram por considerar que não se tratam de atividades

³⁰ REIS, J.R. Tozoni. Psicoterapia da rede Pública de Saúde. *Temas psicol.* Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, ago. 1994.

³¹ BRAGA CAMPOS E GARRIDO. O Psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem procura In: SPINK, M. J. *A Psicologia em diálogo com o SUS*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

“clínicas” e que, portanto, estariam fora do elenco de atividades que caracterizariam o campo de atuação ou identidade do psicólogo – algo que poderia ser compreendido como uma sensação de estranheza do lugar profissional do psicólogo, que mesmo ao praticar um conjunto de ações que não coincidam com as práticas clínicas consideradas tradicionais, a referência à clínica “clássica” dos modelos psicoterápicos ainda permaneceria no papel de sinalizar o paradigma mais verdadeiro e legítimo do trabalho do psicólogo na saúde. As pesquisadoras ainda incluem outro desafio, que é o encontro, no campo da saúde, com as determinações nosológicas das doenças, como o CID – Código Internacional de Doenças – classificação esta em que mesmo a clínica tradicional do psicólogo ainda pode sofrer uma espécie de cooptação para, em parte, construir uma prática mais afinada com os *modus operandi* da medicina. Outra área de conhecimento com a qual a psicologia se encontra no SUS é a epidemiologia. Esta também oferece um importante e constante desafio de convivência, se considerar suas práticas, métodos e a noção de sujeito que ela contém. Em pesquisa publicada, feita com psicólogos sobre suas relações com o campo e as noções da epidemiologia, Sarriera (2003)³² mostra que há grandes diferenças entre esses profissionais quanto a compreensão e a importância dos estudos da Epidemiologia. Tais diferenças foram relacionadas e agrupadas em função das diferentes linhas teóricas em psicologia; para o psicólogo que trabalhava em perspectiva clínica e psicodinâmica – vertentes, aliás, que predominam ainda nos dias de hoje no trabalho dentro da saúde pública –, os estudos epidemiológicos foram vistos, por alguns, como um campo de tensão de interesses em que conflitam valores quantitativos com qualitativos, como o que se segue:

Os estudos epidemiológicos, muitas vezes, podem levar a uma despersonalização e massificação tecnocrática da população. A adequação entre assistência e custos não traz nada de criativo no plano da técnica e da intervenção e no plano de política e ética na produção de serviços. Ao contrário, tenderá à produção acrítica dos cardápios das necessidades e da definição de suas respostas. (Sarriera, 2003)

³² SARRIERA, Jorge C & et.al. *Paradigmas em Psicologia: Compreensões acerca da Saúde e dos Estudos Epidemiológicos*. Psicologia & Sociedade; 15 (2): 88-100; jul./dez. 2003.

Uma das principais consequências para o psicólogo, a partir desses “encontros” com as tantas culturas da saúde, sobretudo médicas, é que são desses saberes que se configuram as demandas com as quais o psicólogo terá que lidar. O questionamento das demandas feitas, por outros profissionais, para o psicólogo é algo com o qual se depara frequentemente como um desafio que nem sempre encontra uma resolução razoável e, muito frequentemente, nem ocorre. Sendo assim, na saúde é muito comum que outros profissionais, principalmente médicos, definam o que deve ser o trabalho do profissional de psicologia, sem que este consiga reverter tais processos. Muitas vezes, quando este fenômeno ocorre, estamos diante de uma produção possivelmente ideológica do trabalho do psicólogo nas instituições.

Situamo-nos a partir da conceituação de ideologia discutida por Fernandes (2005)³³, em que considera as contribuições feitas pelo psicanalista francês Rene Kaës a partir de Freud, sobretudo, referente à publicação *Novas Conferências Sobre psicanálise* (1932). A partir dessas derivações, Ideologia é compreendida como parte de uma complexa gama de produção psíquica inconsciente em que a partir de Rene Kaës pode-se compreender que essa se constitui como um fenômeno do superego e, como tal, “se inscreve, por isso mesmo, na cadeia de identificações. Ela constitui um elemento capital do *processo coletivo e individual*, notadamente graças à mediação das funções do superego nas massas organizadas” (Fernandes, 2005). Por isso, quando um conjunto de produção de pensamento, ideias, crenças ou mesmo atividades são oriundos de práticas institucionais que se estabelecem como ideais de ego e, portanto, internalizados, pode-se obter uma produção repetitiva pouco capaz de maior índole criativa, por permanecer em seu estatuto inacessível inconsciente. Temos aqui um destaque essencial aos desafios dos psicólogos no SUS, uma vez que o ambiente da saúde, mesmo com a proposta contra hegemônica interdisciplinar, ainda tende a funcionar de um modo persuasivo para que haja certo predomínio de determinadas áreas, configurando uma disputa entre os saberes que figuram nas práticas em Saúde.

Ainda na mesma rota de apresentar os grandes desafios com que os psicólogos se deparam no processo de trabalho no SUS, vê-se que o fato de se trabalhar dentro de processo de equipe interdisciplinar já oferece, para a grande

³³ FERNANDES, Maria Inês Assunção. *Negatividade e Vínculo: a mestiçagem como ideologia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

maioria, importantes enfrentamentos. Isso porque o trânsito necessário entre diferentes campos de conhecimento se confronta, muitas vezes, com a formação ainda predominante do psicólogo, conforme vimos no capítulo anterior. Essa ainda é constituída da lógica da clínica clássica em que se busca a organização da queixa do paciente, os processos patológicos e as intervenções psicológicas como o fazer específico deste campo. Campos e Guarrido (2007) observam que neste contexto em que o psicólogo se depara com necessidades de inserção no campo da saúde coletiva, de forma distante com que o repertório de sua formação pôde lhe dispor, o psicólogo experiencia uma forma de cisão entre sua formação e as exigências da vida profissional ou de sua prática;

Esta configuração estabelece uma dicotomia para o psicólogo na Saúde Pública, pois o cliente lhe apresenta a vida, em toda sua complexidade, com todo seu entorno; na prática este profissional fica entre a formação recebida e a vida, entre o que a Universidade lhe oferece e o que a prática cotidiana lhe traz. (Campos e Guarrido, 2007)

Compreendemos que essa dicotomia apontada pelas autoras pode configurar, no exercício da vida profissional, um pouco mais intensa; ou seja, que o objeto dicotômico não apresenta apenas contradições passíveis de se compreender na qualidade de algo das relações sociais ou na sua dimensão sociológica. A somatória de experiências e desafios como esses podem organizar um eixo bastante complexo na vida profissional a tal ponto que se poderá buscar “tréguas” para os conflitos gerados de um modo nem sempre razoável. Uma dessas tréguas pode resultar em uma inserção profissional em que há uma espécie de aceitação de que outrem, outras categorias profissionais definam aquilo que é a demanda do psicólogo naquele dado contexto. Eis aqui uma possibilidade de que o trabalho do psicólogo pode se configurar como ideológico, na medida em que perde o acesso consciente e direto ao processo de sua “escolha” e se instala no exercício de uma falsa autonomia.

Ao tentar encontrar apaziguamento desses traços dicotômicos, das contradições de suas práticas, pode ocorrer o funcionamento que produz suas formas de instalação na saúde pública e em suas instituições. E, ainda, outras contradições podem ser apontadas nos processos da vida profissional do psicólogo na saúde pública, como o confronto entre o sigilo construído pela ética e técnica do

campo das psicoterapias, frente às necessidades de notificação, e os apontamentos em prontuários que também ultrapassam as práticas dos ambientes originariamente privativos, para ganharem um estatuto de caráter coletivo.

Sendo assim, uma das inserções mais discutidas por Campos e Garrido (2007), frente aos desafios do psicólogo na saúde pública, é que este profissional possa ocupar o lugar de equipe matricial, como dito anteriormente. Nessa circunstância, o psicólogo poderia abordar, com propriedade, a noção de sujeito integral, na atenção a saúde, pois a dimensão da saúde mental perpassa qualquer experiência do usuário na saúde. Porém, as referidas autoras reconhecem que não é um processo sem dificuldades e receios, na medida em que o psicólogo pode vislumbrar que sua especificidade foi usurpada e, por isso, perderia aquilo para o qual foi preparado em sua formação acadêmica. Tal contradição também esconde o fato de que, ao mesmo tempo, ocorre um processo de apropriação de outras áreas do saber, por parte deste psicólogo, e as tantas áreas podem tornar-se fundamentais para, posteriormente, fornecer novos subsídios para a dimensão da saúde mental do usuário.

As autoras citadas apontam mais uma vez para as possibilidades e importantes formas de inserção do psicólogo no contexto da saúde coletiva, no SUS. Reiteram o papel do psicólogo como parte de certo matriciamento dentro da equipe como um todo. Isso significa que a dimensão ou vertente de saúde mental como conhecimento e cuidado atravessa toda e qualquer condição de saúde, seja ela qual for o tema mais predominante de especialidade médica ou instituição. Apontam, também, para o fato de que o matriciamento poderia ser realizado, em algumas situações, de forma que o psicólogo participasse somente de discussões de casos, em outras, ele poderia participar, de forma dupla, das discussões e de todo processo de atenção direta. Ou seja, em certas circunstâncias, o psicólogo colabora para que outros profissionais possam melhor realizar sua tarefa assistencial, no que tange as complexas interações com o paciente, daí a clínica do psicólogo funcionaria como uma forma de potencializar tais interações.

Tais propostas e tentativas de realização de novas frentes de inserção no campo da saúde coletiva são um produto das diretrizes que fundamentam o Sistema Único de Saúde. Vale lembrar que são justamente os princípios do SUS que abriram as condições para que a psicologia ocupasse uma posição mais assegurada nas

áreas da saúde pública, no entanto, as novas possibilidades de modelo de atuação trazem, não raro, dificuldades e novos desafios para os profissionais; tais como enfrentamento pela sobrevivência em equipes de saúde, a sensação de que seu papel de “psicólogo” foi suspenso, ter a experiência de que vários profissionais sabem um pouco de psicologia e, portanto, sua área fora, em parte, invadida.

Outra questão, também levantada e bastante comum, é a queixa que muitos psicólogos têm sobre o abandono de tratamento e a não adesão por parte dos pacientes. Trata-se, sem dúvida, de um complexo fenômeno que envolve muitos fatores, discutido por diferentes autores. Reis (1994), Dimenstein (2001)³⁴ e outros observam que há um importante descompasso entre a tradição clínica do consultório e as adaptações feitas para o âmbito da saúde pública. Tais autores abordam, nesse tema, questões como o fato de que o encontro entre o universo de valores e de todo ambiente cultural, veiculado pelo campo das psicoterapias, nem sempre dialogam bem com os usuários dos serviços públicos de saúde. Além disso, a oferta de psicoterapia na rede pública de saúde nem sempre advém de um claro processo do diagnóstico da situação em que está em cena. O fato é que o abandono bastante frequente vai, segundo Campos e Garrido (2007), “sempre para a conta do usuário – ele que não aderiu”. Observa ainda que em situações como de abandono de tratamento, muito frequentemente o psicólogo explica que ele lá estava para atender e o paciente não o procurou, não compareceu etc. As autoras entendem que o “conceito implícito nesta ideia é a de alguém em sofrimento que busca o especialista e recebe uma recomendação para aliviá-lo e a recusa. O profissional cumpriu o seu dever e se aborrece com a recusa” (Campos e Garrido, 2007). Afirmam que no ambiente da saúde pública, e quando definido por parâmetros da Integralidade e Equidade, as possíveis desistências deveriam ser submetidas a novas lógicas de compreensão – não apenas na estrita ligação entre o psicólogo que lhe oferece algum atendimento, mas num conjunto institucional de que participa. Por essa perspectiva, abandonos a determinadas ofertas de assistência, como a do psicólogo, poderia ser compreendida na lógica dos vínculos institucionais organizados junto ao usuário das instituições. Entende-se que uma das ofertas – do conjunto que faz parte da assistência ao paciente – não é cumprida no ambiente da saúde pública. Fato, sobre o qual nem sempre se pode julgar, necessariamente, como um

³⁴ DIMENSTEIN, Magda. O Psicólogo e o Compromisso social no contexto da Saúde Coletiva. In: *Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul./dez. 2001.

abandono a tratamento, mas compreender em refazer certa linha de cuidado; ou seja, investir em novos vínculos e/ou novo projeto de cuidado àquele usuário. Vale considerar que o **processo de vinculação** de um usuário na rede pública, como de qualquer indivíduo no campo das relações humanas, é objeto, por excelência, de reflexão e pesquisa dos psicólogos. Sendo assim, temos suficientes motivos para compreender que a não adesão a certas propostas dos psicólogos é parte integrante dos fenômenos da clínica que se desenvolve no setor público, com o posicionamento de nossa escuta a certo ajuste que possa considerar a trajetória do sujeito na instituição como um todo, e não apenas numa dualidade entre quem atende e quem é atendido – questão posta na relação com as ofertas de cuidado ou atendimento feitos pelo psicólogo.

Sendo assim, compreendemos que é relevante considerar para o trabalho em saúde pública, as dimensões do cuidado ao usuário, ou seja, sua subjetividade está estabelecida e expressa nas mais variadas formas de vinculação nas instituições. Por isso, as desistências podem ser compreendidas sob diferentes enfoques de análise, desde uma possível recusa do paciente à proposta de investigação de seus processos psíquicos até pelos excessos e faltas contidas no campo do cuidado que impedem a constituição de sentidos, como discute Figueiredo (2009)³⁵. Para este autor, a dimensão do cuidado, seja ela em qual contexto ocorre, somente proporcionará condições ao desenvolvimento humano na medida em que o cuidado origina uma organização de sentido; esta sim pode dar novas perspectivas para que se possa avaliar adesão dos usuários àquelas propostas assistenciais, feitas, por exemplo, pelos psicólogos. O autor reitera a posição da clínica, posta em sua tarefa da constituição de sentidos, na medida em que

O sentido se dá e é requerido em oposição aos excessos traumáticos da passionalidade primitiva e extrema que uma vida, mesmo a mais simples, comum e pacífica comporta. É o que viemos caracterizando como “experiência da loucura precoce”. Fazer sentido implica em estabelecer ligações, dar forma, sequência e inteligibilidade aos acontecimentos que ao longo de uma vida evocam e provocam o retorno às experiências da loucura e da turbulência emocional. Em outras palavras fazer sentido equivale a constituir para o sujeito uma *experiência integrada*, uma experiência de integração. (Figueiredo, 2009)

³⁵ FIGUEIREDO, L. C. M. *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de Psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2009.

No ambiente institucional do SUS em que ocorre o cuidado ao usuário, a clínica que produz as ligações psíquicas e vínculos é bastante extensa. Por isso, ao se pensar nas configurações de vínculos nesse contexto, necessariamente, há uma extensa rede envolvida no processo e fenômeno do cuidado. Portanto, a perspectiva da não adesão do usuário às propostas do psicólogo, no ambiente do SUS, poderia ser avaliada no plano da rede vincular da qual cada pessoa faz parte. Caso contrário, o próprio enquadre – a instituição – na qual o sujeito está inserido, não seria potencializado para qualquer proposta que se possa fazer em termos de promoção e cuidados a cada um. Tarefa difícil de realização se considerarmos, como visto no capítulo anterior, que o psicólogo, em sua formação acadêmica, ainda traz consigo um modelo de clínica em que privilegia a utilização dos referenciais posicionados para compreensão da organização de sua subjetividade somente na relação com seu terapeuta, portanto, numa vertente em que se privilegia a noção de subjetividade, intrapsíquica e tecnicamente acessível aos enquadres das psicoterapias.

A resposta que a psicologia e os psicólogos têm dado no processo de trabalho dentro do SUS, como pudemos ver no capítulo anterior, tem sido, em grande parte, uma expressão de todo o percurso de formação que tem marcado sua história. Sendo assim, entendemos que não se pode separar a história da psicologia no Brasil, sua formação, seus discursos e o campo institucional da maneira como os profissionais vão conceber sua forma de inserção no Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, sugerimos, no capítulo anterior, o quanto as propostas e os “legítimos” lugares do trabalho do psicólogo estiveram tão profundamente comprometidos com os processos das ideologias históricas do Brasil. A partir destas, identificava-se, inúmeras vezes, os objetos de pesquisa, hipóteses fundamentais e principalmente a constituição da ontologia do sujeito psi. Ou seja, a constituição de sujeito psíquico, como uma entidade autônoma e singular, estava fundamentada naquelas ideologias nacionais que se beneficiavam da redução de grandes questões sociais e políticas à responsabilidade e experiência privativa do sujeito. Essas posições bastante afeitas aos preceitos neoliberais não apenas levaram a certas formas da prática em psicologia, mas também, à transposição à prática clínica dos referenciais teóricos, quais fossem.

Neste complexo movimento de migração, instalação e sobrevivência do psicólogo na saúde pública, alguns dispositivos foram apoios para o trabalho do psicólogo: além da clínica individual transposta para a rede pública e toda perspectiva de avaliação e psicodiagnóstico, como já observou Spink (2007) e outros, o psicólogo se apoiou, conforme observou Matta e Camargo Junior (2007)³⁶, no referencial da Psicossomática, que tem produzido importante influência no trabalho dos psicólogos. Apesar desses campos de conhecimento e prática clínica serem bastante variáveis em termos de seus referenciais teóricos, os autores chamam atenção ao fato de que a construção teórica que fundamenta o sujeito psíquico torna-se, num determinado ponto de vista, problemático na medida em que entendem a Psicossomática

no campo de uma disciplina médica, pois não possui como objeto de estudo o sujeito, mas as doenças. São perspectivas teóricas e clínicas que procuram explicar e intervir nas relações entre mente e doença, ou seja; na causalidade psicológica das alterações fisiológicas. (Matta e Camargo Junior, 2007)

Aliás, trata-se de um referencial que tem inspirado a organização de uma série de áreas de especialidades para o campo psicológico, na medida em que identifica particularidades de produção da subjetividade em cada uma das diferentes formas do adoecimento físico.

No campo da Saúde Pública e particularmente na estrutura do SUS, vemos a inserção profissional do psicólogo caracterizada, principalmente, pela via da psicologia clínica e, mais especificamente, pelas estratégias e enquadres das psicoterapias, no campo da assistência ao paciente. Tal tendência se justifica, em grande parte, por toda a tradição da formação do psicólogo, como pudemos acompanhar. Por esta vertente, o objeto de trabalho do psicólogo é necessariamente o indivíduo ou o grupo seja qual for seu enquadre técnico/metodológico. No entanto, segundo Spink (2003), o trabalho na saúde oferece, basicamente, duas vertentes ou níveis: **trabalhar com a instituição como um todo** ou **trabalhar com o paciente** que é usuário da instituição.

³⁶ MATTA e CAMARGO JR. O processo saúde-doença como foco da psicologia: as tradições teóricas. In: SPINK, M. J. *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

Apesar de haver as duas possibilidades: a instituição em sua totalidade e seu usuário, e a instituição como objeto do psicólogo, é reconhecido por essa autora que o trabalho que se dirige à instituição torna-se parte das vertentes de análise institucional. Para que seja um trabalho viável, é necessário um distanciamento do psicólogo em relação à cultura da instituição e não estar inserido nela como parte de sua rotina de trabalho. Sendo assim, um trabalho para consultores, e não exatamente para o profissional que se insere na cultura da instituição de saúde. Por outro lado, Spink (2003) defende a necessidade de que a construção do sujeito no campo da saúde, objeto do trabalho do psicólogo, seja feita a partir de parâmetros por meio dos quais haja uma **expansão do referencial**. Tal expansão visa uma espécie de novo enquadre que permita a compreensão do usuário/paciente da instituição em sua dimensão social/institucional e cultural. Ao mesmo tempo, este enquadre define a noção do sujeito em parâmetros definidos culturalmente; desse modo, tratar-se-ia de definir subjetividade por certo conjunto de fatores que contenham a dimensão da cultura.

A autora observa que a preocupação dos psicólogos em tentar incluir a dimensão social como parte de seu objeto de análise e intervenção fez com que se deparassem inúmeras vezes com a dimensão sociológica da divisão de classes sociais. No entanto, na medida em que o afastamento da dimensão estritamente individual, definida nos moldes da clínica de consultório, ocorria conforme mostra Spink (2005), muitos psicólogos inauguravam novas fontes de desconforto para sobreviver da experiência profissional: viu-se uma experiência de ameaça de desaparecimento de sua identidade social, bem como sua especificidade de perder contornos. De fato, alguns autores, como Ferreira Neto (2004)³⁷, Bernardes (2004)³⁸ e outros apontam para a importância de que a dimensão social e cultural faça parte da construção sobre a subjetividade. No entanto, tais autores trazem esta questão como um problema que sempre esteve presente na organização da análise e inserção deste tema, ao longo do percurso de que essa mesma crítica é feita: o papel do social sempre careceu de definições claras.

³⁷ FERREIRA NETO, João Leite. *A Formação do psicólogo, Clínica, social e mercado*. São Paulo: Escuta,; Belo Horizonte: Fumec/FCH, 2004.

³⁸ BERNARDES, Jeferson de Souza. *O Debate atual sobre a Formação em Psicologia no Brasil – permanências rupturas, e cooptações nas políticas educacionais*. São Paulo: Tese de Doutorado, PUC, 2004.

As questões ligadas à inclusão da dimensão do social e cultural na determinação dos fenômenos psicológicos têm sido, de fato, grande desafio não apenas por parte das vertentes que se ocupam em melhor elucidar tal condição, mas também apresenta-se como um desafio importante no campo das intervenções. Isso não somente com relação às práticas da psicologia, de modo geral, como aquelas voltadas aos serviços públicos de saúde. As complexas empreitadas em conceituar o sujeito psíquico – objeto de investigação e intervenção da psicologia – tanto de um modo geral e nas instituições de saúde trazem conflitos muito intrigantes. Spink (2005) indaga que ao se reconhecer questões de caráter marcadamente social (como aquelas mais produzidas pelas condições das desigualdades de classes, pobreza e seus avatares), o psicólogo se deparou com a dificuldade de melhores definições de intervenção e de escolha de instrumentos. Nesses momentos, a tradição psicoterápica foi vista como pouco potente ou inadequada, em função daquilo que se apresentava – o sujeito constituído por suas características sócio/culturais. Estas são circunstâncias e divisores conceituais para produzir tentativas de aproximação da dimensão cultura e indivíduo. Tal como considerou: “ficou a consciência de que este individual é moldado no social e que a compreensão desse social faz parte da compreensão mais global da dinâmica do cliente”. (Spink, 2005).

A expansão dos referenciais teóricos em psicologia, para que se possa compreender a circunscrição do sujeito psíquico em suas dimensões sociais e culturais, tem sido proposta pela leitura crítica da psicologia social, na tentativa, entre outras, de melhor configurar o sujeito concreto como objeto da psicologia, e, portanto, determiná-lo pela complexa multifatorialidade de que é composta a experiência humana e os contornos da alteridade. No entanto, a psicologia social no campo da saúde pública e no SUS não “pressupõe a busca de uma identidade com o campo da saúde” – conforme afirmaram Matta e Camargo Jr (2007) – como no caso das teorias que se inserem no campo das psicoterapias ou estratégias clínicas as quais possuem métodos ou técnicas de intervenção. Segundo esses autores, a psicologia social tem, com relação à saúde, um interesse marcadamente como um campo de estudo, mais do que como um objeto em si. Essa posição é justificada, como salientam, pelo fato de que a psicologia social mantém, na saúde, interesses voltados aos processos sociais e pelas formas de produção dos sujeitos, pela

consideração de análise dos contextos institucionais, de processo de trabalho e de relações com a comunidade.

Sendo assim, a atuação do psicólogo na saúde pública tem sido um enredo de intensas contradições e algumas vezes de conflitos entre os vários aspectos de que esta atuação tem feito parte. Se por um lado a entrada e a instalação do psicólogo têm sido marcadas pela tradição dos instrumentos que se apoiam na clínica, por outro, as vertentes ou vocações da psicologia social também não subsidiavam a permanência desse profissional no âmbito mais estrito da abordagem ao usuário da rede pública, propriamente. Pelo menos não da forma como o psicólogo veio a ocupar lugares nos mais diferentes ambientes do SUS, no campo da assistência. Também faz parte do universo dos conflitos, referentes à atuação dos psicólogos na saúde pública, as expectativas que recaem sobre ele, no tocante àquilo que ele pode ou deve apoiar. Ou seja, as formas de inserção do psicólogo nas organizações de saúde e suas equipes, como já dissemos anteriormente, nem sempre são geradas pela leitura do fenômeno psicológico, oriundo do referencial de alguma vertente teórica da psicologia. Muitas vezes, tais fenômenos ou questões são produzidos por referenciais que dialogam com alguma dificuldade com a psicologia, no sentido de estabelecimento de expectativas ou de resultados.

Isso não invalida o fato, pelo contrário, ainda reitera que tem sido fundamental que os psicólogos revejam suas práticas, estratégias e técnicas, no sentido de reconstruir a leitura da subjetividade no âmbito da saúde pública, bem como é necessário a revisão das formas de inserção nessas organizações e o seu papel nas equipes, às quais normalmente estão ligadas.

O grande montante das questões levantadas pelos autores com relação aos caminhos e soluções encontrados pela psicologia na saúde pública deveu-se, sobretudo, às diretrizes inovadoras de saúde veiculadas pelo SUS, a partir do qual o conceito de saúde se ampliou, bem como foi revisto aquilo que deveria conter e se propor um sistema de saúde pública. Sabe-se que não tem sido apenas a psicologia que se depara com grandes desafios para sua sobrevivência junto ao SUS, conforme preconizam suas diretrizes de orientação à atenção a saúde. Tanto que a partir de 2004 foi feita uma pactuação entre o Ministério da Educação com o Ministério da Saúde, chamado AprenderSUS. Trata-se de parcerias que visam produzir políticas para influenciar os cursos de graduação, de modo geral, onde

estão inseridos os de psicologia, para que possam adotar, em suas grades curriculares, conteúdos que possam apoiar o trabalho no SUS. Para, em parte justificar tal iniciativa, o Ministério da Saúde considerou que

A construção do Sistema Único de Saúde tem trazido muitas novidades para a sociedade brasileira. Como uma importante reforma do Estado, construída com base na mobilização de amplos setores sociais, o sistema de saúde está baseado em princípios e valores inovadores: o conceito ampliado de saúde, ação intersectorial, integralidade da atenção. (Ministério da Saúde, 2004, <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aprendersus.pdf>)

Desta forma, intenciona-se que os currículos de psicologia possam contemplar, com melhor precisão, as necessidades de preparo dos profissionais, como o trabalho no SUS. Para Luzio e Paulin (2009)³⁹, há necessidade de repensar suas práticas em saúde pública, o psicólogo deve fazer maior investimento nos modelos de atuação e conhecimento com grupos e famílias e, ao mesmo tempo, integrar as equipes multiprofissionais. Reconhecem que mesmo o trabalho com grupos tem encontrado dificuldades pelo fato de que o modelo clínico mais vigente tem sido o da clínica individual e que, por outro lado, há ainda pouca exploração teórica sobre família nas formações dos cursos universitários.

Segundo Menegon e Coelho (2007), a predominância do trabalho na saúde com foco na clínica e os aspectos da psicoterapia são ainda maioria, fato que se observa pelas publicações sobre o tema da saúde pelos psicólogos. No entanto, entre as décadas de 1980 e 1990, conta-se entre as publicações na área de saúde um crescimento com temas que passaram a demonstrar preocupação com as áreas sociais e comunitárias, bem como com as relações do trabalho do psicólogo numa perspectiva interdisciplinar. Tais publicações contêm temas ligados à saúde pública, relações da psicologia com outros campos de conhecimento da prática profissional, além de aparecerem as primeiras publicações dentro do campo de HIV/Aids. Tais autores salientam que a aparição do HIV/Aids impulsionou a psicologia para os serviços de saúde pública. Vale lembrar que a década de 1980 foi o início de maior contratação de psicólogos para a rede pública de saúde e também o período do surgimento dos primeiros casos de Aids no Brasil. Ademais, foi decorrente desse

³⁹ PULIN, T; LUZIO, Cristina A. A Psicologia na Saúde Pública: desafios para a atuação e formação profissional. In: *Revista de Psicologia da UNESP*, 8(2), 2009.

período a criação do Programa Nacional de HIV/DST/Aids no Brasil, aspecto que exploraremos adiante.

Pode-se dizer que a assistência à Aids inicia-se dentro do novo sistema de saúde no Brasil, o SUS, o que não implica como verdade que todas as recomendações das diretrizes do sistema tornam-se práticas correntes no campo assistencial, de modo uniforme no tocante às diferentes instituições de saúde. Os serviços de saúde preexistiam à criação do SUS, bem como os profissionais eram provenientes de formações universitárias e outras que não estiveram em consonância ou alinhamento teórico quanto à formação do Sistema Único de Saúde. De tal percurso fizeram parte os psicólogos, porém estes entraram mais definitivamente para o campo da saúde pública justamente pelo fato de que a concepção de saúde e seus cuidados foram significativamente ampliados e implicados numa articulação de codependência dinâmica, pelas diretrizes da Integralidade, Equidade, pela identificação dos fatores e cofatores sociais, comunitários e familiares envolvidos do processo da saúde, de sua recuperação e pela prevenção das doenças.

Mesmo após a década de 1990 há um predomínio de publicações e, portanto, de pesquisa, dentro do campo das psicoterapias na saúde pública, segundo Menegon e Coelho (2007), mas que, no entanto, as perspectivas de incorporação das dimensões sociais na psicologia clínica ocorrem com bastante variação dos sentidos que as noções do social e cultural ocupam, como já apresentamos anteriormente. Para esses autores, tem havido um aumento gradual dos interesses em pesquisa em psicologia marcados por perspectivas em que se observam as articulações feitas com a produção do sujeito e a vida social e cultural. Tal aumento de interesse pelas questões sociais e culturais na composição das questões psicológicas está paralelamente em acordo com o processo de maior inserção do psicólogo na saúde pública pelo SUS. Sendo assim, esses autores dividem a inserção do psicólogo na saúde pública em três fases distintas: de 1955 a 1984, como um período incipiente da psicologia na saúde pública; de 1985 a 1994, um período de transição da psicologia para os serviços públicos de saúde; e 1995 a 2006 (data das pesquisas realizadas) é tido como o período de inserção plena, quando ocorre a implantação efetiva do SUS. É neste último período que se nota o aumento das publicações em que a preocupação estrita com a clínica e a

psicoterapia individual dão mais espaço para as questões interdisciplinares e sociais dos fenômenos psicológicos.

A apropriação que marca as complexas relações dos psicólogos com o SUS é bastante heterogênea e, como vimos, apresenta muitas faces. Algumas delas são de caráter mais genérico e, portanto, extensivo às diferentes categorias profissionais. Outras podem se apresentar com marcas próprias que contêm as características e identidades da psicologia e dos psicólogos.

Se considerarmos as questões de caráter mais geral, vemos que o projeto do SUS tem ainda trazido grandes desafios para as mais diversas categorias profissionais, na medida em que este preconiza, em suas políticas, um modelo assistencial amplo. Este modelo visa a articulação entre redes institucionais, propõe novos formatos de gestão e, principalmente, sustenta um modelo de saúde que contém e agrega valores multifatoriais na constituição da saúde, de sua recuperação e na prevenção de doenças. São fatores que estão na vida social e suas complexas condições, na comunidade, na família e nos aspectos subjetivos, além das condições que eram restritas ao campo e lógicas biomédicas. Assim, a sustentabilidade do projeto do SUS tem mostrado um enfrentamento de grande desafio e complexidade, uma vez que os profissionais e suas formações e os modelos de gestão nem sempre funcionam de modo a apoiar o Sistema Único de Saúde. Mesmo as dificuldades de diálogo com as instituições universitárias formadoras, de modo geral, no tocante às questões da saúde pública e do SUS, são questões de pertinência geral das várias categorias profissionais envolvidas no trabalho da saúde. Se comparada às diversas formações universitárias para a saúde, conjuntamente com as práticas institucionais estabelecidas, a proposta do SUS é essencialmente contra-hegemônica. E, por isso, alguns autores chamam atenção para a importância de que várias estratégias devem ser adotadas para que o projeto do SUS seja sustentável. Uma dessas estratégias é o estabelecimento constante do diálogo com a universidade, pois “a manutenção dessa discussão viva no cotidiano dos cursos e dos serviços de saúde é a estratégia mais eficaz de dar visibilidade e seguimento a um projeto político claramente contra-hegemônico”. (Dimenstein e Macedo, 2007)⁴⁰

⁴⁰ DIMENSTEIN, M; MACEDO, J. P. Desafios para o fortalecimento da Psicologia no SUS: a produção referente à formação e inserção profissional. In: SPINK, M. J. *A psicologia em diálogo com o SUS – prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

Visto desse modo, as pesquisas em psicologia que versam sobre o campo da saúde tornam-se mais uma ferramenta importante para que ela possa consolidar sua permanência na Saúde Pública. Há, portanto, inúmeros temas que merecem pesquisa e exploração, tais como as adaptações técnicas que se têm feito para o trabalho na saúde, a maneira como os psicólogos se apoiam nos recursos teóricos para compreender os fenômenos com os quais se deparam, as relações que são estabelecidas nas equipes de trabalhos e instituições frente às demandas que são dirigidas aos psicólogos, as relações que os psicólogos estabelecem com as estratégias dos programas de saúde e com a epidemiologia, entre outros.

Dimenstein e Macedo (2007) apontam para um aumento de publicações feitas por psicólogos que demonstram interesse por uma ampliação do campo da saúde em áreas como comunidade, família e grupos, bem como focados em atividades de prevenção, e não apenas pelas vias “curativas” dos psicodiagnósticos. Sendo assim, encontram-se atividades, como oficinas, palestras, construção de manuais, guias e ainda psicólogos envolvidos com a construção de políticas públicas. Houve notável ampliação dos temas abordados nas pesquisas, o que mostra a pluralidade das áreas de atuação e pesquisa na saúde. Trata-se aqui de uma particularidade dessas migrações feitas pelo psicólogo que, originariamente, saíra da perspectiva dada pela tradição da clínica de inspiração do consultório e que ao longo dos últimos anos tem acumulado experiências noutras formas de atuação nos serviços de saúde.

Como já vimos no capítulo anterior, a construção e permanência da perspectiva do psicólogo no Brasil foi marcada pela identificação do sujeito individualizado como território legítimo da pesquisa e prática. Vimos que o processo social ideológico no Brasil oriundo do neoliberalismo e corroborado pelo processo da militarização do país, dentre as várias consequências para as ciências sociais, trouxe para a psicologia um fomento para a permanência como objeto estrito, o sujeito individualizado, extraído de suas raízes socioculturais, sobretudo no tocante às condições que lhe imprime os destinos. Ao sujeito é atribuída uma autonomia centrada em suas condições individuais estritas, e o campo cultural e social que lhe dá origem permanecia como uma espécie de cenário estanque, de baixa interatividade. Sendo assim, os instrumentos psicológicos que garantiam a

individualização da experiência humana foram de grande importância nesse contexto.

O movimento da Reforma Sanitária, durante a década de 1980, levou à proposta do SUS. Este produzia no campo da saúde, revisão e alteração bastante profundas quanto ao “sujeito da saúde” e os níveis de responsabilidade com a saúde para o Estado. No tocante às dimensões que circunscrevem o sujeito da saúde, vê-se uma reconstrução bastante radical na medida em que as rígidas fronteiras que definiam os limites da saúde, conceitualmente, são substituídas pela noção de articulação dinâmica entre os múltiplos fatores que sustentam os processos em movimento entre saúde, doenças e prevenção.

Nesse cenário social do SUS e de, propriamente, sua implantação, observa-se um grande número de conflitos e desafios no processo da sobrevivência dos psicólogos da saúde pública. Imbuídos de um ideário individualizante, os psicólogos, em suas práticas na saúde, apoiaram-se teoricamente nas diferentes teorias que delas trabalharam predominantemente da perspectiva da clínica. Entraram para a saúde pública subsidiados por instrumentação e perspectivas da clínica, da psicoterapia e do psicodiagnóstico, principalmente. A manutenção do trabalho dos psicólogos na saúde se deu pela via da clínica, com o apoio teórico da psicossomática, muitas vezes, do psicodiagnóstico pelos testes psicológicos, e outras vertentes tanto teóricas quanto técnicas que deram sustentação às mais variadas formas de atuação.

A introdução e o progresso das questões sociais como parte integrante da subjetividade ou dos fenômenos psicológicos do ambiente da saúde ocorrem na proporção em que a psicologia passa a dialogar com o SUS dentro do sistema. Tais apropriações, que são desiguais e descontínuas, migram para diferentes setores de interesse, e passa a haver maior abertura entre fronteiras da psicologia e outros campos de conhecimento. Especificamente este ponto, veremos adiante, que em princípio é bem recebido, notamos que porta importante contradição e ameaça para a atuação dos psicólogos. Como dito anteriormente, o sentido atribuído ao social e cultural na produção da subjetividade ou, ainda, no seio epistemológico das diferentes teorias, merece maior aprofundamento e esclarecimento, pois nem sempre esta discussão está remetida à construção do sujeito psíquico, mas a um hibridismo teórico.

No entanto, as migrações e seus efeitos que marcam o movimento dos psicólogos entre as perspectivas originárias da atuação na saúde pública para àquelas que têm se tornado, cada vez mais, necessárias na consideração do sujeito psíquico concreto, socioculturalmente dado no campo da saúde pública, tem sido pouco abordado pelos estudiosos. Ou seja, os desafios postos pela complexidade do saberes em psicologia e suas práticas na saúde têm sido abordados dentro de um panorama social ou de caráter sociológico, no tocante à configuração da psicologia e de seus grandes desafios, como acompanhamos. No entanto, já foi abordado por Figueiredo em 1992⁴¹, em palestra proferida na PUC-SP, outra perspectiva que, ora, nos parece bastante importante e elucidativa. Nesta exposição, o referido autor considera, para sua análise, a condição em que se constituem os saberes da psicologia, na formação acadêmica e suas consequências mais comuns aos alunos e profissionais, posteriormente. O autor expõe que a configuração curricular dos cursos de psicologia traz ao estudante, em primeiro momento, uma ideia de que a profusão das tantas áreas de conhecimento convergiria, a tal ponto, que eles encontrassem uma organização harmônica entre as disciplinas e os conhecimentos. Como isso não ocorre, ao contrário, os estudantes acabam por desenvolver uma espécie de desassossego e desconfiança, conforme descreve. Observa-se o aparecimento de uma angústia peculiar nos estudantes como um efeito deste fenômeno. O fato é que essa angústia, em vez de ser percebida, passa a ser atuada como se fossem movimentos reparatórios, na prática dos psicólogos. Isso aparece na qualidade de “soluções” à inserção e modelo de trabalho: ou o profissional tende a se tornar eclético (quando faz um uso indiscriminado de técnicas e métodos) ou tornar-se-á dogmático no modo de operar com as teorias e métodos, os quais fizeram parte de sua formação, de forma rígida e pouco criativa. Para Figueiredo (1992), qualquer um dos modos de funcionamento do profissional, eclético ou dogmático, será profundamente problemático no que tange à capacidade de estar com o outro e reconhecê-lo autenticamente como alteridade; vocação mais identitária do campo da psicologia.

Essa análise feita por L. C. Figueiredo aponta-nos que algo similar tenha ocorrido ou ocorra no processo de trabalho e inserção do psicólogo na Saúde

⁴¹ FIGUEIREDO, L. C. M. Reflexões acerca das Matrizes do Pensamento Psicológico. Palestra proferida para os alunos da disciplina de Psicologia Geral I da Faculdade de Psicologia da PUC-SP, em 1992.

Pública, e mais propriamente no SUS. Se mesmo apenas a perspectiva clínica pode se configurar como uma dispersão do campo dos saberes psi, compreendemos que com a evolução da psicologia pelo SUS, mediante as inúmeras exigências que foram postas, é provável que fenômenos de angústia, nem sempre percebidos pelo profissional, devam fazer parte de suas rotinas, escolhas e modos de funcionamento nas instituições e equipes profissionais.

Trata-se aqui de um tema pouco pesquisado e investigado pelos psicólogos ou outros pesquisadores; ou seja, a existência dos fenômenos psíquicos gerados mediante o encontro de exigências que entre si não se organizam em torno de diálogos claros e frequentemente explícitos, nas práticas dos psicólogos. Por exemplo, como os psicólogos no SUS têm se apropriado dos campos teóricos que configuram a noção de subjetividade? Como essa apropriação produz as mais variadas formas de intervenção, no campo da geração e adaptação das técnicas? Frente à necessidade de melhor reconfigurar a clínica, como garantir a dimensão cultural e social no interior das teorias adotadas? E ainda, como lidam os psicólogos com a cultura científica, no campo da saúde pública, frente orientações feitas pela Epidemiologia e pelas recomendações produzidas no âmbito das políticas dos Programas de Saúde? Como tais exigências dialogam com a profusão das teorias psi e as exigências institucionais, e os abalos do campo da especificidade do psicólogo torna-se aqui mais um registro de nosso interesse nesse trabalho, numa perspectiva mais geral.

É nessa direção é bastante fecunda a possibilidade de compreendermos os fenômenos de relacionamento entre os psicólogos e sua permanência na saúde pública – SUS – e, mais especificamente, no atendimento aos pacientes que vivem com DST/HIV/Aids, a partir da proposta do conceito de miscigenação usado por Fernandes (2005)⁴². Este conceito é oriundo da perspectiva teórica do inconsciente psicanalítico, a partir da noção da atividade psíquica chamada de intermediário e de ideologia desenvolvidos pelo psicanalista francês René Kaës. O conceito de ideologia, segundo Kaës, não foi explicitamente desenvolvido nas publicações de S. Freud, no entanto, para o autor, trata-se de um conceito que compreende certa função da atividade mental responsável por processos envolvidos na realização de atividades de ligação ou passagens, de mediação e de transformação; tratam-se de

⁴² FERNANDES, Maria Inês Assumpção. *Negatividade e vínculo – A mestiçagem como ideologia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

passagens de sistemas psíquicos entre inconsciente e consciente, entre exigências do id, do super ego e as da realidade externa. Ao analisar as proposições feitas por R. Kaës, Fernandes (2005) afirma que a ideologia procede do superego e está inscrita na cadeia de identificações. Sendo assim, ela “constitui um elemento capital do *processo coletivo e individual*, notadamente graças à mediação das funções do superego, ego nas massas organizadas”. (Fernandes, 2005).

Nesse contexto teórico, Fernandes (2005) apresenta o fenômeno da formação chamada de mestiçagem, como um produto ideológico que, como tal, instalado numa vertente da expressão psíquica inconsciente, a mestiçagem é construída e mantida na experiência psíquica coletiva, por complexos mecanismos que não descreveremos no momento. No entanto, o fenômeno da mestiçagem no contexto brasileiro, como expressão ideológica ou como “forma da verdade do desejo” (Fernandes apud Kaës, 2005), cuja função é apagar diferenças, nos mostra essa autora.

Tal vertente de análise nos permite indagar se estariam os psicólogos em suas relações com os serviços de saúde pública, imersos a práticas mestiças? Mediante a complexidade social na saúde, frente à necessidade da inter ou transdisciplinaridade, na tentativa de inclusão da dimensão cultural do sujeito nas práticas psi ou mesmo o risco de perder sua especificidade, como já foi apontado, pode ter produzido uma tentativa de conciliação de caráter mestiço, frente à angústia de sobreviver a um estado de práticas dispersivas. Se sim, é possível que tais práticas ou inserções “se autonomizam gerando saberes descomprometidos com sua herança teórica”, e como consequência tem-se o “*apagamento das fronteiras entre as diferentes teorias que se transformam em ideologias*”. (Fernandes, 2005). Tais eixos de análise farão parte de nossas considerações, na medida em que acreditamos que a exposição desses fenômenos possa colaborar com a compreensão de possíveis brechas que permitam algo criativo nas práticas descritas. Ademais, acreditamos que as dificuldades encontradas pelos psicólogos poderiam fazer parte de suas discussões e de fóruns de debate ou então de outros mecanismos institucionais.

Sendo assim, passaremos a apresentar e discutir a criação e o desenvolvimento do Programa de DST/Aids, no qual se encontram os psicólogos cujas práticas são nosso objeto de discussão mais diretamente.

CAPÍTULO III

O Programa de DST/Aids e sua Ocupação pelos Psicólogos

Como parte de nossa discussão sobre os apoios que fundamentam o trabalho do psicólogo no contexto institucional de assistência a pessoas vivendo com HIV/Aids e DST, passaremos a apresentar e discutir os variados aspectos do Programa de Saúde em HIV/Aids e as formas de instalação do profissional de psicologia nele.

Há uma aproximação temporal entre a construção do SUS e o Programa de DST/Aids proposto pelo Ministério da Saúde. É importante ressaltar que a criação da lei orgânica do SUS data de 1990 – Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 – e o Programa Nacional de DST/Aids foi criado um pouco antes, pela Portaria nº 236 (02.05.1985).

O período em que se segue à década 1980, como vimos na discussão anterior, foi bastante intenso no tocante aos processos de organização política do chamado Movimento Sanitarista, composto por vários setores da sociedade, profissionais da saúde e sociedade civil. Além disso, havia no cenário político do Brasil intensas transformações que propuseram e influenciaram as várias políticas públicas do país e, portanto, no campo da saúde.

A Aids aparece no início da década de 1980. Ainda desconhecida pelo campo médico e do público em geral, no entanto, era possível antever o caráter epidêmico que fundava uma de suas características mais marcantes e impactantes. Com o timbre de que se tratava de uma doença que atingiria a muitos, a Aids trazia consigo uma perspectiva que retomava a experiência social das antigas epidemias vividas na história das doenças; tal como se refere Carneiro (2000)⁴³ à pertinência da própria etimologia da palavra epidemia, *epidemíai* do grego alude ao *estar de passagem, de ser tomado de surpresa*. E como algo de passagem, as epidemias sempre assumiram o caráter de um mal, portanto, ameaçador, algo a ser superado e não prevalente na sociedade.

O início da epidemia de Aids produz uma experiência social muito parecida com a de inúmeras outras ameaças de doenças, tanto de caráter epidêmico-

⁴³ CARNEIRO, Henrique Figueiredo. *AIDS: a nova desrazão da humanidade*. São Paulo: Escuta, 2000.

biológicas, como lepra e sífilis, como as que imprimiam, de mesmo modo, horror pelo ataque que representavam por atingir a integridade da vida social, como a loucura. Assim, as doenças tanto físicas como mentais, sob a ótica de seu crescimento e desenvolvimento sobre a vida da comunidade, segundo Carneiro (2000), fazem com que aquele que portava tal doença passava a ser visto como uma espécie de encarnação do mal, de uma desgraça que agora se interpõe entre alguém e seu próximo.

Propõe o referido autor, a propósito da loucura e de tudo aquilo que foi construído em torno de seus aspectos, pensarmos paradigmaticamente o efeito na vida social no tocante às relações humanas. Entende que a loucura é uma das doenças que mais se presta a exemplificar essa questão em sua dimensão social do horror, uma vez que ataca, como diz, “os ideais de manutenção e do equilíbrio funcional de uma coletividade” (Carneiro, 2000). E completa esta ideia ao afirmar que “a loucura se apresenta como a própria ameaça à razão ou aos ideais construídos pelo homem dentro do espaço da modernidade racional que se estrutura dentro do cogito cartesiano”. (Carneiro, 2000)

O rechaço que marca profundamente as relações sociais com as doenças que assumem um caráter epidêmico na sociedade está, portanto, presente nas ameaças que as tais doenças representam psiquicamente para as sociedades e para as pessoas. A reação desencadeada pelo temor das doenças ou daquilo que elas representam, para o autor, apontam para uma expressão do desamparo humano; para uma das formas da “precariedade humana frente à integridade ou à saúde”, observa. As diferentes doenças, cada uma em sua especificidade, apresenta características que produzem um valor de incompreensão na forma de apreender cada uma delas. Nas deformidades, por exemplo, a ausência de determinados membros causa certo horror pelo impacto produzido devido à incompletude do corpo, pela lacuna deixada. Tal incompletude, para Carneiro (2000), é percebida como uma experiência de ausência de sentido nas pessoas, como uma experiência de estranheza frente ao real.

A perspectiva perturbadora que se instala mediante as situações nas quais não se pode dotar de sentido, como nas deformidades, mutilações etc. tendem a produzir uma reação bastante primitiva de isolar ou excluir aquilo que representa a situação a qual dá origem a experiências que passam a ser percebidas como um

mal; e como tal, são frequentemente submetidas ao isolamento ou a exclusão. Essa costuma ser a destinação das pessoas que encarnam os males que dão origem aos processos como esses. Essa especificidade que opera na organização das relações sociais são, para Carneiro (2000), extensivas à produção das relações que fizeram e ainda em parte fazem parte do universo social da Aids, fato que dá origem à construção do preconceito e aos processos de estigma. Dessa forma, os modos de exclusão na dimensão das relações na Aids têm por fundamento reguladores psíquicos que, de uma maneira primitiva, funcionam para proteger contra a ameaça de um mal externo se instalar no interior do corpo. Sendo assim, descreve o autor:

O fato é que o sujeito tende, em quaisquer circunstâncias ameaçadoras, isolar e ou excluir o elemento estranho que assuma o lugar do de possível causa do mal. Isolar o estranho é a primeira reação social; agora é mais lógico entender porque, no caso dos enfermos de doenças venéreas, lhes foi dado inclusive o mesmo espaço físico utilizado pelos leprosos, símbolo de uma ameaça vivida pela sociedade em outra circunstância de desamparo. (Carneiro, 2000)

É fato que o potencial discriminatório, do preconceito e exclusão dirigidos àquelas pessoas que vivem com HIV/Aids diminuíram ao longo desses anos, desde o início da epidemia na década de 1980 para os dias de hoje; no entanto, são os aspectos ligados a esses fatores que estavam presentes desde a organização dos serviços de saúde voltados à assistência a Aids e na composição do cenário em que os profissionais de psicologia entram para essa área de assistência no Sistema Único de Saúde.

Apesar de a epidemia da Aids ter passado por diferentes fases de desenvolvimento que insere características e desafios específicos, este cenário de existência de um acometimento de grande impacto, que produz efeitos sociais marcantes nas relações humanas, parece ter fundado o caráter da Aids desde o início até os dias de hoje.

Faleiros (2001)⁴⁴ separa, a partir de análise feita por Ayres e col (1997) uma divisão dos diferentes períodos da epidemia de Aids no Brasil. Tal divisão é organizada segundo suas características, em três períodos, a seguir: o primeiro data de 1981 a 1984 – trata-se aí do primeiro momento de contato com a doença e de

⁴⁴ FALEIROS, Diva Maria. *A Saúde Pública e a Psicanálise: Produção de Conhecimento do Brasil acerca da Aids*. São Paulo: Dissertação de Mestrado, FSP da Universidade de São Paulo, 2001.

suas possíveis causas e, sobretudo, da forma como ela se propagava nas sociedades. Descreve-se, nesse momento, aos chamados primeiros “fatores de risco”. Destes fatores, criou-se a categoria epidemiológica de “grupo de risco”, algo que se tornou bastante difundido para o público geral e norteou as ênfases dadas à prevenção, dentre outras. Deste período propagou-se o processo mais potente de estigmatização e preconceito ligados ao conceito de grupo de risco. Os preconceitos que foram significativamente acirrados pelo conceito de categoria de grupo de risco atingiam os grupos já estigmatizados na sociedade, como os homossexuais e os usuários de drogas, e revisitou-se sob esta mesma ótica do preconceito a noção de promiscuidade nas relações sexuais. Ainda conferia-se uma visão da epidemia como sendo fortemente individualizada, que cada um estava exposto à doença de forma individual, em que os papéis institucionais não tinham ainda sido pensados ou estudados; vivia-se num alto índice de mortalidade e com pouco recurso tecnológico para o enfrentamento da questão.

Um segundo momento da epidemia é caracterizado pelo período de 1985 a 1988. Neste momento, a categoria de grupo de risco passa a ser alterada pela noção e expressão de comportamento de risco. Assim, os grupos já identificados pela epidemiologia como de risco, tais como: homossexuais, haitianos, hemofílicos e usuários de drogas perdiam a ênfase enquanto categoria de grupo mais exposto para que a compreensão de maior risco migrasse para a responsabilidade individual. Sendo assim, houve investimento nas possíveis potencialidades do sujeito individual para que pudesse utilizar seus recursos pessoais para a prevenção. Utilizou-se e difundiu-se, neste momento, a noção norte-americana de *empowerment*, em tal contexto. Faleiros (2001) observa que a noção de *empowerment*, mesmo carente de consenso sobre seu conceito e práticas, influencia nesse período a adoção de estratégias que se tornaram eixos importantes para a assistência e prevenção, como, por exemplo, a *redução de danos* – utilizada para abordagem de usuários de drogas e também para a adoção de práticas sexuais de menor risco. Sendo assim, tais estratégias estão centradas no investimento das capacidades individuais, a partir do pressuposto de que é possível potencializar a autonomia do sujeito, portanto, ações que operam numa dimensão comportamental e individual.

O terceiro período da epidemia inicia-se em 1989 e estende-se até os dias atuais. O desenvolvimento das pesquisas farmacológicas e laboratoriais marca

intensamente este período, sobretudo pela associação de drogas, que incluiu as chamadas inibidoras de protease e a contagem de carga viral e células do sistema imunológico, como CD4. Esse desenvolvimento trouxe grande impacto na epidemia, diminuição da mortalidade por Aids e a constituição de doença crônica e com menor letalidade, constituindo alguns dos aspectos importantes trazidos pelo avanço tecnológico. Faz-se grande revisão nos conceitos epidemiológicos adotados anteriormente e impulsionados, dentre outros, pelo próprio caráter pandêmico em que a Aids se configurava; os grupos que no início não pareciam atingíveis pela infecção, após alguns anos observou-se que a epidemia se feminizava, rumava para os interiores do país e atingia, com muita rapidez, as camadas mais pobres da população.

Tais modificações nos rumos da epidemia fizeram com que houvesse necessidade de mudança de paradigma epidemiológico para a compreensão das ocorrências de novos casos de infecção pelo HIV, bem como das possibilidades de grupos populacionais adoecerem pela Aids. Uma mudança de eixo para compreensão do fenômeno do crescimento da epidemia de Aids foi a alteração do foco, uma vez exclusivo no indivíduo, para sua dimensão social. Foi necessário reconhecer a exigência de novo vetor de compreensão, como apontou Parker (2000)⁴⁵: “Durante boa parte da primeira década da epidemia, nosso pensamento se via dominado pela noção de risco individual – no sentido de que o comportamento específico (ligado a atitudes e crenças) por parte de indivíduos, poderia abrir caminhos para a transmissão do HIV”. Neste cenário de necessidade de mudança de paradigma para compreender a expansão das novas infecções pelo HIV, foi desenvolvida e adaptada a noção de vulnerabilidade na compreensão da epidemia para um plano de responsabilidades compartilhadas.

Foi, portanto, na década de 1990 em que houve uma construção de novo paradigma e que até os dias de hoje são referências utilizadas para compreender as novas infecções pelo HIV no conjunto da complexa rede das responsabilidades compartilhadas entre Estado, sociedade e indivíduos, a partir do conceito de vulnerabilidade. A respeito dessa noção, Parker (2000) afirma:

⁴⁵ PARKER, Richard. *Na contramão da Aids: Sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34, 2000.

A mudança mais importante no nosso modo de pensar sobre o HIV/Aids na década de 90 talvez tenha sido o esforço de superar essa contradição (entre “grupos de risco” e o “público em geral”), deslocando-nos da noção de risco individual para uma nova percepção de vulnerabilidade social, crucial não apenas para a nossa percepção da dinâmica da epidemia, mas para qualquer estratégia capaz de diminuir seu avanço. Sem negar, de maneira alguma, que todo ser humano seja biologicamente suscetível à infecção por HIV, ou que a transmissão realmente ocorra mediante atos comportamentais de indivíduos específicos, esse conceito expandido de fatores sociais que coloca alguns indivíduos e grupos em situações de maior vulnerabilidade permitiu-nos começar a perceber mais plenamente como a desigualdade e injustiça, o preconceito e a discriminação, a opressão, exploração e violência da sociedade aceleram a disseminação da epidemia em países pelo mundo afora. (Parker, 2000)

A construção e adaptação do conceito de vulnerabilidade para o contexto da Aids é bastante complexa e, ao mesmo tempo, extremamente marcante para a compreensão dos processos que operam simultaneamente na epidemia, considerando questões de dimensões distintas. A construção e a proposta do conceito de vulnerabilidade em saúde e especialmente na Aids foram trazidas à tona por Jonathan Mann, ex-coordenador do Programa Global de Aids da Organização Mundial de Saúde.

A noção de vulnerabilidade propõe três planos distintos que operam com diferentes ênfases sobre a compreensão e análise das novas infecções e adoecimento pelo HIV, que são: individual, social e programática. Sendo assim, no plano de vulnerabilidade social encontram-se as mais diversas formas de códigos sociais, singularidades de experiências e relações com o poder, tais como nos grupos étnicos, sexuais e de gênero, de classe social e outros – a partir de onde o universo do HIV/Aids se familiariza e se apoia na compreensão de questões como preconceito, exclusão, violência–, o que mostra necessidade de ampliação de fronteiras para além dos parâmetros da epidemiologia e da dimensão biomédica. Por essa perspectiva, deve-se considerar que grupos possuem características muito diferentes entre si e, por isso, torna-se fundamental compreender as lógicas que regulamentam o funcionamento dos diferentes grupos, no tocante à sua proximidade e características próprias dos riscos e adoecimento frente às HIV/DST/Aids. É nesse contexto que se tornou fundamental o estudo e a compreensão, bem como a constituição de inúmeras parcerias institucionais, nas questões de violência contra a mulher, gravidez na adolescência, a importância das abordagens nos contextos

educacionais, os mais diferentes grupos homossexuais, os negros, as populações indígenas e outros.

A dimensão programática incide sobre construção, revisão e ajustes das políticas públicas construídas no campo das DST/Aids, na medida em que devem atender às especificidades das populações e comunidades em suas particularidades e, portanto, nos aspectos que caracterizam risco de cada grupo, isto é, de sua vulnerabilidade, bem como a dimensão das instituições de saúde considerando seus processos de trabalho.

E, por fim, o conceito de vulnerabilidade destina uma de suas dimensões ao plano individual, a partir do qual é possível considerar os diferentes recursos de compreensão e enfrentamento dos riscos de cada um, a partir dos aspectos educacionais, cognitivos e subjetivos, ou seja, como cada um opera e responde individualmente ao risco da infecção pelo HIV e adoecimento pela Aids. Nessa vertente encontra-se a rede de comportamentos dos indivíduos que lhes aproximam mais ou menos dos riscos para a infecção e adoecimento pelo HIV/Aids, tais como uso de drogas, práticas sexuais, transmissão vertical, o impacto com o diagnóstico e sua incorporação na vida cotidiana, entre outros. Entende-se que há diferentes formas de compreender e incorporar conhecimentos para proteção na dimensão dos comportamentos, por isso o conceito de vulnerabilidade não aponta para a determinação ou indicação de quem seja ou não vulnerável, mas quem está vulnerável em um dado momento por determinações ou sobredeterminações a serem compreendidas e enfrentadas.

É possível que, no campo da assistência direta aos usuários dos serviços, os planos de vulnerabilidade mostrem-se como uma referência para os psicólogos tanto numa dimensão ou outra, ou ainda entre as dimensões em operação simultânea sobre certo indivíduo ou grupo populacional. Os vários temas, como uso de drogas e sexualidade, fundamentais a serem abordados no contexto das vulnerabilidades ao HIV/Aids, tornam-se, segundo Parker (2000), menos elucidativos quando abordados individualmente que quando o são numa lógica a que chamou de *natureza intersubjetiva*, a partir da qual compreende que os significados culturais possam compor a construção de intervenção e análise. Refere que houve, em território americano, uma mudança, entre as décadas de 1980 e 1990, de ênfase na compreensão e abordagem dos temas como sexualidade e uso de drogas, por

consequência de um grande número de pesquisas realizadas nesse campo. Sendo assim:

Uma importante mudança de ênfase começou então a acontecer, partindo de uma preocupação com a experiência subjetiva da psicologia individual para um novo foco na natureza intersubjetiva dos significados culturais relacionados à sexualidade e ao uso de drogas – sua qualidade partilhada, coletiva não como a propriedade de indivíduos atomizados ou isolados mas de seres sociais, integrados no contexto de culturas diferentes e variadas . (Parker, 2000)

A redução de comportamento de risco, tanto para as pessoas não se infectarem pelo HIV, quanto para aqueles que vivem com o vírus tem sido uma marca dos objetivos nas instituições e das políticas públicas no campo do HIV/DST/Aids. **Isso implica, dentre outros desdobramentos, que o profissional de psicologia se instala nesta confluência de expectativas, tendo consigo a partir das décadas de 1980 e 1990 o apoio epidemiológico da noção de vulnerabilidade. No entanto, não há um claro debate constituído pelos psicólogos no campo de atuação profissional com as DST/HIV/Aids acerca da constituição do sujeito “psi” que preferencialmente dever-se-ia servir de apoio para que se possa melhor se aproximar dos fenômenos psíquicos inerentes à experiência da Aids.**

Nessa discussão trazida por Parker (2000), a partir das pesquisas realizadas nos EUA, o debate que se estabelece é, sobretudo, a partir de uma contraposição entre o que ficou descrito como psicologia individual de um lado e a importância da incorporação da dimensão cultural e seu conjunto de significados que operam na conduta do indivíduo, de outro. Como consequência, observa esse autor que o enfoque que passou a apoiar as intervenções migrou de vertentes comportamentais como enfoque individual para aquele em que “a atenção começava a se voltar para o conjunto mais amplo de estruturas e significados sociais e culturais que se havia visto serem responsáveis por moldar ou construir tanto a experiência sexual como o uso de drogas em diferentes meios” (Parker, 2000). Tal mudança, para este autor, significou a saída dos enfoques subjetivos para algo que chamou de natureza *intersubjetiva*, pelo fato de que esta podia agregar os significados culturais relacionados aos temas como sexualidade e uso de drogas.

Assim, as pesquisas sobre comportamento e intervenções que incidiam sobre o objeto comportamental de caráter individual indicaram, para Parker (2000), que não apenas o objeto de enfoque deveria ser alterado, mas também aquele das intervenções. Por isso, as intervenções a partir das pesquisas da década de 1990 nos EUA passam a ser de predominância comunitária e menos individualizada. As intervenções passam a ser vistas como prioridade comunitária, uma vez que “o conhecimento e as informações sobre Aids são, necessariamente interpretados dentro do contexto de sistemas preexistentes de significados que medem as formas pelas quais essas informações serão incorporadas em ações”. (Parker, 2000)

É possível que sob influência deste contexto o pensamento e a ação dos psicólogos possam ter sofrido uma espécie de “convite” a um esvaziamento de sua suposta função original, ou seja; trabalhar numa perspectiva individualizada em que a cultura, seus significados e formas de condutas não ocupariam um lugar significativo na dimensão teórica e metodológica. Sendo assim os psicólogos parecem ter caminhado influenciados por tais perspectivas, e sem explicitar a necessidade de se abrir debate sobre os apoios na constituição do sujeito, no campo da Aids. Este risco sempre foi bastante grande para que a psicologia operasse certo desenraizamento de si mesma a ponto de não reencontrar, em alguns casos, uma configuração de sujeito que pudesse, sob o prisma da análise de processos psíquicos, investigar e intervir nos grandes temas socioculturais que estão ancorados psiquicamente; como sexualidade e uso de drogas. E, em contrapartida, operava-se uma migração ou renúncia das referências do universo das psicologias para um abrigo junto às condições oferecidas pelos novos conjuntos de saberes constituídos pelos programas de Aids.

Podemos observar que a direção da crítica e pesquisas que levam à proposta de reconhecimento da importância de compreender e abordar a dimensão cultural do sujeito, no tocante aos temas fundamentais da Aids como sexualidade e drogas, objetivam melhor afino da compreensão sobre vulnerabilidade dos sujeitos, numa dimensão de captura mais precisa, e portanto, apto a produzir um foco interventivo mais bem ajustado.

Para alguns, a noção de vulnerabilidade trouxe para os psicólogos uma possibilidade de diálogo entre as estratégias propostas pelo Programa de DST/Aids e seu patrimônio de formação e práticas acerca da compreensão dos fenômenos

psicológicos, muito embora tal aproximação nem sempre se torne explicitada no campo do diálogo entre as teorias e técnicas utilizadas pelos psicólogos em sua atuação no campo institucional. Ou seja, as formas, por meio das quais os psicólogos incorporam e trabalham com a noção de vulnerabilidade, a partir de sua especificidade da formação, nem sempre parecem advir de uma combinação com algum campo teórico ou metodológico utilizados pelos psicólogos. Este será um dos temas que discorreremos adiante, no entanto, podemos indagar se seria, de fato, uma verdade para o campo das possibilidades dos psicólogos, da psicologia ou psicanálise, se a consideração dos valores e significados dos elementos culturais que operam nos sujeitos singulares da Aids “obrigaria” o psicólogo a ter sua prática “esvaziada” ou invadida por uma espécie de antropologia social ou fazê-lo funcionar, aparentemente à deriva de questões como estas.

Não ampliaremos a discussão e o exame sobre o conceito de vulnerabilidade e sua utilização, pois sairia do principal objetivo deste momento, que é apresentar as formas variadas de instalação do psicólogo dentro do universo do Programa de DST/Aids. Para tanto, utilizaremos como principal referência, além de outras, a publicação feita pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP)⁴⁶, do Conselho Federal de Psicologia (CFP), editada em 2008.

O Programa brasileiro de DST/Aids que contém a política nacional divide-se em três grandes áreas de abrangência, que são: 1) *Promoção à Saúde, proteção dos direitos fundamentais das pessoas vivendo com HIV/Aids e prevenção das DST, do HIV/Aids e do uso indevido de drogas*; 2) *Diagnóstico e Assistência*.; e 3) *Desenvolvimento institucional e gestão do Programa. Diz respeito aos processos que envolvem a gestão do Programa, construção e execução das políticas públicas*.

O conjunto da referida publicação e pesquisa sobre o trabalho e inserção do psicólogo no Programa de DST/Aids inicia-se pela contextualização social e ética que, de fato, o processo da epidemia da Aids mostrou o quanto é fundamental considerar em todas as possibilidades de inserção. Sendo assim, o texto alerta, no início, que a inserção do psicólogo neste domínio não pode ser apenas pela sua habilidade teórico/técnica, mas que a atenção deste profissional deve também estar voltada às populações mais vulneráveis – provavelmente uma herança dos estudos já mencionados anteriormente – e, portanto, deve-se estar atento à dimensão social,

⁴⁶ Conselho Federal de Psicologia. Referências Técnicas para a Prática do Psicólogo (a) no Programa de DST e Aids, Brasília, dezembro 2008.

aos direitos humanos e abertos ao diálogo com outros campos de conhecimento e para o exercício de seu ofício. A questão da discriminação e preconceito, que ainda são marcas indissociáveis na experiência dos sujeitos com HIV/Aids, são aspectos que se recomenda ser considerados pelos psicólogos neste campo. Sendo assim, a recomendação é incluir práticas que tenham o objetivo de diminuição de estigma e preconceito. Há vários temas inseridos nesse contexto, tais como a discussão do direito reprodutivo, questões de orientação sexual, identidade de gênero. É fato que a epidemia da Aids trouxe questões, por exemplo, as orientações sexuais, noções de gênero e identidades, como uma necessidade de conhecimento mínimo para que se possa saber dos sujeitos que são objetos de intervenção na saúde.

Ainda neste tema da discriminação, é possível, como aponta a pesquisa do CREPOP (2008), que durante a execução desta encontrou-se a existência de grupos de discussão sobre direitos, gênero, a vida no trabalho etc. No entanto é possível, a partir do caminho trilhado por Goffman (1988)⁴⁷, pensarmos que a experiência do sujeito estigmatizado compele o indivíduo a revisar sua relação consigo e com seu grupo que porta toda sua inserção social. Sobre a interação social a partir da experiência do estigma, afirma Goffman (1988) que se dá a partir de inúmeras particularidades; uma delas é a indagação constante que se faz se “sua característica distintiva já é conhecida ou é imediatamente evidente ou então que ela não é nem conhecida pelos presentes e nem imediatamente perceptível por eles?”. Apresenta, desta forma, que aquele envolto às questões do estigma terá uma atividade bastante intensa no sentido de encontrar novas soluções para sua sobrevivência social. Desse modo, é de forma geral um dos objetivos do Programa Nacional de DST/Aids a diminuição do preconceito que funciona como um oponente severo para que as pessoas se beneficiem dos tratamentos e recursos criados no campo das prevenções e tratamento da Aids. Sendo assim, é também visto que a prática dos psicólogos deve ser pautada por princípios que ajudem nesta tarefa geral. A pesquisa feita pelo CREPOP afirma que “os psicólogos precisam incluir no seu dia a dia trabalhos que visem à eliminação ou a diminuição do estigma, preconceito e discriminação, como, por exemplo, à defesa do direito à reprodução, à igualdade de gênero e ao trabalho...” (p. 23).

⁴⁷ GOFFMAN, Erving. *Estigma* – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC.

Na mesma direção propositiva, o material de que ora nos serve de referência aponta para a importância de que o trabalho do psicólogo seja potente o suficiente para produzir efeitos no ambiente em que se vive: “o trabalho do profissional de psicologia deve promover a capacidade de intervenção transformadora pessoal e coletiva dos homens e das mulheres sobre o mundo cotidiano” (p. 31). Tal questão, apontada no capítulo anterior, discutiu a importância de que o trabalho do psicólogo no SUS deve se pautar pela contextualização histórica do sujeito e, nesse sentido, trabalhar com os preceitos que sustentam os serviços públicos nos princípios do Sistema Único de Saúde; este é um aspecto retomado no contexto de seu trabalho no campo das DST/Aids.

No contexto da atuação do psicólogo, há uma separação de ênfases com as quais se deve preocupar, que são o âmbito da prevenção primária e da assistência a pessoas vivendo com HIV/Aids propriamente. Isso porque, no âmbito da prevenção, entende-se que algumas noções sobre direito à saúde e cidadania devem fazer parte da preocupação do trabalho exercido pelos psicólogos, daí pensar que os profissionais neste eixo de trabalho também assimilariam uma dimensão educativa em suas práticas e todo um conjunto de estratégias que se dirigem nesse campo. No entanto, o campo assistencial propriamente deve assimilar as noções que articulam a compreensão entre corpo e a subjetividade somados à dimensão histórica e cultural. Pode-se dizer que tais indicações dialogam muito com as posições que pudemos identificar, no capítulo anterior, em diversos momentos, a partir dos autores os quais acompanhamos, a apreciação do trabalho que o profissional de psicologia deve realizar no SUS. Algumas proposições aparecem na pesquisa feita pelo CREPOP a partir de discussões realizadas com psicólogos em modelo de grupo focal. Portanto, algumas indicações sobre o trabalho no psicólogo vêm desse tipo de investigação que fez parte dessa pesquisa.

Ainda dentro do ambiente de recomendações ao trabalho do psicólogo com as pessoas vivendo com HIV/Aids, ao se pensar propriamente no campo da assistência e, portanto, na abordagem direta ao paciente, sugere-se que as técnicas ou estratégias adotadas devem conter ou procurar “construir técnicas terapêuticas” que trabalhem com foco claro, como sexualidade, relações afetivas etc.; contribuir para que o paciente melhore sua inserção e protagonismo em sua vida; e que suas mudanças sejam sentidos psicológicos articulados com as concomitantes

experiências sociais e culturais. Trata-se, de forma geral, de uma releitura das inserções do psicólogo no SUS, agora ambientado no campo das DST/Aids, considerando o que pode haver de mais específico nos temas articulados, tais como a complexa adesão a tratamento, sexualidade, o enfrentamento de preconceito e outros.

As recomendações para que o psicólogo possa estar mais bem capacitado para o trabalho envolve alguns eixos, tais como: o conhecimento específico das áreas de DST/Aids; acompanhamento Programático e o acompanhamento dos profissionais na prática cotidiana que se relaciona com o cuidado com o profissional que atende. De modo geral, as recomendações feitas ao psicólogo envolvem aquelas que estão no âmbito da saúde pública como o conhecimento do SUS dentro dos níveis de atenção, informações que são mais específicas a pessoas que vivem com HIV/Aids, que fazem uso dos medicamentos de suas reações e efeitos, dos mecanismos do adoecimento propriamente, tais como os aspectos psiquiátricos, neuropsiquiátricos, dos processos depressivos que com frequência ocorrem. Alguns temas se tornaram mais presentes no campo do HIV/Aids do que talvez em outros domínios da saúde pública, por exemplo, o universo das diversidades sexuais, nos quais se destacam as orientações sexuais, as identidades de gênero e as configurações psíquicas e sociais que estão apoiados nessas particularidades da vida afetiva, erótica e conjugal. Este é mais um dos temas que estão presentes no campo das DST/Aids como um precipitado que nos sugere a existência de limites muito tênues entre as clássicas divisões, entre os domínios do psíquico e do social. Posto de outro modo, pode-se pensar que as organizações sexo-afetivas das mais variadas formas de orientações sexuais e referidas às identidades de gêneros habitam, muitas vezes, numa compreensão limitada quando não se tem referências e apoios teóricos ou metodológicos que sustentem sua abordagem.

Trata-se aqui no universo das discriminações e preconceitos, os quais, ao construírem sua lógica própria de explicação dos desencontros e satisfação conjugal, podem propor que as sexualidades não normativas causam sofrimento, como se fossem uma espécie de entidade clínica autônoma, conforme alertou Costa

(1992)⁴⁸. Afirma este autor que as relações homoeróticas, no contexto da infecção pelo HIV, enfrentam sob a égide do preconceito uma ausência de

respostas satisfatórias para suas aspirações eróticas nos modelos de identidade sócio-sexuais disponíveis, isto é, nos modelos “heterossexuais”, “homossexuais”, ou “bissexuais”. Desenvolvem então formas de reação emocional ao preconceito que incluem muitas vezes a opção pelo risco de contágio, se isso vier ajudá-los a exorcizar o fantasma de uma vida pessoal esvaziada de afeto e satisfação erótica. (Costa, 1992)

Trata-se aqui de uma compreensão de que os danos possivelmente causados pelo preconceito incidem no sujeito, mas suas origens estão localizadas no contato e abrigo psíquico dos significados culturais e seu complexo repertório. Sendo assim, uma importante vulnerabilidade para infecção pelo HIV poderia residir na assimilação e reação ao preconceito. Sendo assim, o preconceito não está nem exclusivamente fora ou dentro do sujeito, mas nas duas dimensões ao mesmo tempo. E quem cuidaria dessas dimensões da experiência intersubjetiva humana? Em que alguns momentos parece ser território das ciências sociais e em outros parecem tocar o campo do psicólogo, com a ressalva de que a “psicologia individual”, como dito anteriormente, poderia não ser a mais indicada. São em alguns momentos como esses que é possível ao psicólogo, no campo institucional, assimilar das formas mais variadas e arriscadas para sua prática e inserção institucional certa avaliação de que suas habilidades possam ter sido esgotadas, ou ainda, que o exercício de sua especificidade pode não conter aquilo que se espera dele.

Experiências como essas podem não ser expressas de modo consciente e organizado, mas podem dirigir o profissional para que ele opere pelas vias de certo apaziguamento de conflitos, de tal forma a encontrar uma posição adaptativa, seja pelo “endurecimento” de suas técnicas ou pelo abandono de encontrar abrigo intelectual às suas modalidade adaptadas, e, em alguns casos, uma espécie de abandono do próprio campo “psi”.

Alguns temas, de fato, compõem o universo das DST/Aids pela especificidade que essa epidemia adquiriu na vida da sociedade, tais como, sexualidade,

⁴⁸ COSTA, Jurandir Freire. *A inocência e o Vício* – estudos sobre o homoerotismo. 3. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

preconceito, uso de drogas e outros tornaram-se fundamentais para todos os profissionais que estão nesta área de atenção a saúde. Tratamos até aqui de alguns temas que são fundamentais dentro do campo das DST/Aids e apresentamos pontos que consideramos bastante críticos e trabalhosos para o psicólogo ao longo dos anos. Vejamos agora de forma mais sistemática o modo no qual a pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Psicologia está organizada.

“AS REFERÊNCIAS TÉCNICAS PARA A PRÁTICA DO PSICÓLOGO NOS PROGRAMAS DE DST E AIDS – BRASÍLIA, DEZEMBRO 2008”

As “Referências Técnicas para Prática dos Psicólogos nos Programas de DST e Aids” (2008), criadas pelo CREPOP – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas – está organizada em quatro grandes eixos, sendo eles pensados a partir do campo ético, das abordagens, e das políticas.

Eixo 1 – Dimensão Ético-Política do Atendimento a Pessoas com DST, HIV e Aids

O primeiro eixo – **Dimensão Ético-Política do Atendimento a Pessoas com DST, HIV e Aids** – trata de aqui reconhecer o ambiente da saúde em que o profissional atua, considerando os aspectos das instituições de DST/Aids e as questões éticas que envolvem seus usuários. Observa-se que várias políticas públicas foram construídas a partir do diálogo com a sociedade civil organizada para que fossem contempladas as diversas características populacionais. Nessas discussões, vários psicólogos participaram desses processos, pois tais profissionais estão no processo de construção do Programa de DST/Aids desde o início e, como observa Menegon e Coelho (2007), “o advento da epidemia da Aids acelerou a inserção de psicólogos no sistema público de saúde. A atuação de psicólogos nos Programas de Aids muito tem contribuído para o diálogo entre Psicologia e SUS”.⁴⁹ Entende-se, nesse eixo, que o trabalho do psicólogo deva se pautar pela preocupação quanto ao contexto social da epidemia da Aids. Adverte-se sobre a

⁴⁹ MENEGON, Vera Sonia Mincoff e COELHO, Ângela Elizabeth Lapa. Psicologia e sua Inserção no Sistema público de Saúde: um painel longitudinal de temas-foco publicado em periódicos brasileiros. In: SPINK, M. J. *A Psicologia em Diálogo com o SUS – prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

questão da discriminação contra a qual todo profissional de psicologia deve estar envolvido para seu processo de diminuição e combate, e que, portanto, suas práticas não poderiam ser decididas somente a partir de um referencial teórico técnico, mas também dotado de uma preocupação política e libertária.

A complexidade social da epidemia da Aids, na medida em que atinge de formas diferentes os diferentes grupos populacionais, explicita para estudiosos (Ayres, 2003 e Granjeiro, 2006) realidades sociais que se apresentam mais suscetíveis às novas infecções pelo HIV e pelo adoecimento de Aids. Ao mesmo tempo, revela indivíduos ou grupos mais frágeis com relação ao exercício de sua cidadania. Frente a esses aspectos, surge a recomendação de que o psicólogo deve considerar a possibilidade de ampliar sua atuação e incluir famílias, grupos, parceiros etc.

Outro item que se faz destaque pelo presente documento e que deve nortear a preocupação dos psicólogos é a discriminação social. E que, portanto, as escolhas de trabalho dos profissionais devem se pautar pela tentativa de abordar e ajudar a diminuição do preconceito, da discriminação e dos sujeitos estigmatizados. Sugere-se neste contexto que o profissional de psicologia produza um trabalho articulado com os Direitos Humanos ou que pelo menos seja um orientador das propostas. Nesta direção vê-se, por exemplo, temas como direito reprodutivo, diversidade sexual e outros, sendo absorvidos como motivadores de ofertas de grupos em várias iniciativas institucionais, por parte de alguns psicólogos. Alguns outros temas mais diretamente ligados a esta questão da dimensão ética, junto ao domínio da Aids, fazem parte do trabalho dos psicólogos com os conflitos que, por vezes, ocorrem frente ao sigilo, no sentido da proteção às pessoas vivendo com HIV e com relação àqueles expostos ao vírus. Neste campo dos direitos humanos e ainda ligados à construção das políticas públicas de saúde, aponta o documento do CREPOP que se encontra grande densidade dos psicólogos no campo das DST/Aids, ainda no exercício de gestão e outras coordenações.

É importante ressaltar que o foco de nosso interesse neste trabalho incide prioritariamente no campo da assistência dos psicólogos que estão na abordagem direta aos usuários e pacientes na instituição. No entanto, não há uma clara discussão dentro do debate da Psicologia quais seriam os apoios no campo das teorias psicológicas que têm servido de referência para os profissionais no domínio

das políticas públicas. É de rara discussão a explicitação de como a psicologia ou as psicologias recebem e debatem a perspectiva de sua inserção no campo da construção das políticas públicas, pois se esta conjunção não ocorre, pode-se inferir que no universo da discussão dos direitos e cidadania a psicologia é também submetida a uma espécie de desapropriação de sua constituição originária, dando possível origem a profissionais que passam a se apoiar em outras construções identitárias no campo institucional. Discutiremos mais estes fenômenos voltados aos psicólogos que estão no campo assistencial propriamente.

Eixo 2 – A Psicologia e o Campo de DST/Aids

O segundo eixo da pesquisa “Referências Técnicas para o Trabalho do Psicólogo nos Programas de DST e Aids” intitula-se **A Psicologia e o Campo de DST/Aids**. Uma das recomendações bastante presente em todo o documento é a de que o trabalho do psicólogo deve propiciar a dimensão coletiva e social como visão do sujeito. Sendo assim, este eixo inicia-se com um subtítulo que fala de subjetividade, no entanto, esta fica sob ressalva de redimensionar seu objeto para uma noção coletiva. Com isso pretende-se, dentre outros, propor que a dimensão da saúde e particularmente nas DST/Aids não pode estar exclusivamente focada na responsabilidade de sujeitos únicos sobre o seu processo saúde/doença; para tanto sugere-se o trabalho do psicólogo dentro de equipes multi e interdisciplinares, de forma que hajam necessárias trocas e discussões a fim de que se tenha uma perspectiva global.. Nessa direção, defende-se que “uma possibilidade é ter como pressuposto que a dialética saúde-doença integra as dimensões da biologia, da ecologia, da economia, da cultura, da subjetividade e de cada ser humano e dos valores e significações que são atribuídos à vida expressas na subjetividade social”. (p. 30).

Vemos que há uma espécie de recuperação da discussão da necessidade e importância de que a psicologia contextualize social e culturalmente o sujeito, já discutido no capítulo anterior como sendo também um objeto de preocupação com o qual se deve ocupar o profissional de psicologia pelo Sistema Único de Saúde. No entanto, o papel e a função daquilo que se poderia conceituar como o social novamente fica sem um lugar claro no interior das práticas dos psicólogos. Do

mesmo modo que este profissional trabalha em equipe interdisciplinar, os outros profissionais poderão também fazê-lo e, portanto, qual seria a referência da dimensão social e cultural com que as práticas “psi” devem trabalhar? Indagamos então: o fato de se trabalhar em equipe promoveria uma revisão da noção ou conceito do sujeito psíquico, a tal ponto de poder reconhecer o papel e o abrigo da dimensão cultural na organização psíquica? Caso isso não ocorra, é provável que a mesma condição já exposta anteriormente, que a definição de social para o campo da psicologia mereça mais detalhamentos; isso porque o campo social se manteria para a psicologia como uma exterioridade em relação ao sujeito, o que do ponto de vista das práticas em psicologia não produzem contribuição teórica.

O contexto social, sobre os grupos e indivíduos na epidemia de DST/Aids, indica segundo a presente pesquisa que o trabalho dos psicólogos deve estar voltado aos processos que contribuam para o exercício de cidadania das pessoas, de modo que possam enfrentar os grandes desafios como a capacidade de utilização dos serviços de saúde e suas condições de vida. Desse contexto que se recomenda a necessidade de contextualizar histórica e socialmente o universo de seu trabalho, depreende-se como possibilidades do trabalho do profissional em psicologia a possibilidade de que ele se envolva em **atividades educativas**. Considera-se que a epidemiologia funciona como um indicador fundamental para todas as práticas neste contexto e, portanto, as da psicologia, porque ela fornece informações sobre aspectos populacionais, apontando áreas prioritárias da população. É verdade que esse diálogo entre diretrizes epidemiológicas e psicologia é um desafio bastante grande em se tratando de reconhecimento de demandas por parte dos psicólogos. Se habituados a operarem a partir de certa identidade constituída pela tradição das psicoterapias, é possível que determinadas implantações de novas frentes de intervenções na Aids possam ter ressoado algo pouco familiar para alguns desses profissionais, num primeiro momento. O fato é que o registro de escuta para um trabalho que pode se apresentar sem que haja uma demanda psíquica ou psicoterápica organizada pode exigir diferentes formas de pensamento e posicionamento técnico, mas pode também retirar o psicólogo de qualquer compreensão do sujeito psíquico e fazê-lo orbitar em sua profissão e atuar como um profissional indiferenciado.

As possibilidades de operar em diferentes registros de trabalho e de formas de estratégias apresentam desafios para o profissional que se por um lado sua formação o leva a direções que precisam ser revistas, por outro os processos institucionais dos quais partem as novas estratégias podem levar ao desenraizamento arriscado para o profissional. No contexto da pesquisa do CREPOP entende-se que “a prática clínica associa-se a intervenções psicossociais e organizacionais que dada a novidade da área e o próprio processo de construção de uma prática profissional, exigem uma atitude de pesquisador” (p. 34). Essa talvez seja a vertente que deveria ser adotada como diretriz da formação em lugar do efeito conteudista, já criticado por diferentes autores.

O debate que se coloca no contexto da atuação na Aids indica e incentiva que o psicólogo, em toda sua abordagem, deve estar comprometido com a empreitada de propiciar ao sujeito, grupo ou comunidade, objeto de sua interferência, que estes se apropriem de seus processos de tratamento no campo institucional e que todas as tarefas do usuário frente às DST/Aids estejam dimensionadas de forma intrapsíquica, interpessoal e cultural. Nesse gênero de recomendações do trabalho do psicólogo, o material do CREPOP aponta que é “no cenário cultural, onde o sujeito desenvolve os papéis de padrões estruturados em interações cotidianas, e no cenário intrapsíquico, através de reflexões pessoais que farão eco da psicodinâmica do sujeito promovendo transformações” (p. 36). Se pensarmos no diálogo entre as recomendações dessas “éticas” com o campo psicológico propriamente, deparamo-nos com a constante ausência de definição do lugar do sujeito psíquico, a partir de onde se fala, isto é, se há transformações como afirma-se, e tais transformações estendem-se às dimensões intrapsíquicas ou outras, compreendemos que o método que propicia tais condições deveria estar articulado ao campo teórico a partir do qual alguma noção ontológica do psiquismo é minimamente fundante do sujeito psíquico. Caso contrário, não seria do campo teórico acerca do psíquico que se organizariam tais tarefas, e elas perderiam o estatuto de demonstrabilidade no universo das psicologias. Mas não nos esqueçamos de que é sobre o psicólogo que tais recomendações recaem. E é verdade que o conjunto de saberes “psi”, por não se alinharem a ponto de construir paradigmas psicológicos, propicia a sobrevivência de organizações e práticas absorvidas pelos psicólogos marcadas pelo risco da orfandade filosófica. No entanto, este é apenas um aspecto “de fundo” que figura

neste cenário do complexo diálogo que os psicólogos podem estabelecer com as práticas e seus papéis junto às estratégias programáticas das DST/Aids.

Na discussão sobre os esperados papéis do psicólogo no contexto da das DST/Aids, uma entrevistada psicóloga para esta pesquisa do CREPOP descreve sua experiência dentro do Programa e salienta que suas atribuições ou identidade tradicionais foram alteradas. Tais mudanças parecem ser compreendidas como importantes na organização e práticas das tarefas a serem desenvolvidas, por exemplo, na situação da testagem do HIV no contexto dos CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento. A profissional entrevistada ressalta que ela é uma aconselhadora, uma orientadora em DST e que os demais profissionais que ali estão também haviam se afastado de suas formações ou trabalho originários e que atuavam em vários locais com diferentes inserções. Tanto a psicóloga entrevistada quanto o restante dos argumentos da publicação em que nos apoiamos, no momento, parecem bastante de acordo sobre a importância de que esses papéis são fundamentais para o exercício e cumprimento das atividades. É verdade que o trabalho dos psicólogos nas mais diferentes realidades sociais e frente às questões de saúde com as quais se deparam podem ou devem sofrer ajustes técnicos para posterior planejamento de formas de intervenções. No entanto, a fala da entrevistada se refere a um modo de pertencer à saúde que, aparentemente, deixa se dialogar com o campo da formação de onde partem os psicólogos. Tais rupturas costumam ser pouco avaliadas mesmo pelos psicólogos pesquisadores que têm trabalhado com o tema da inserção desse profissional no SUS e em outros ambientes. É possível que tais rupturas possam produzir fenômenos muito caros para a condição da psicologia e para os psicólogos na dimensão coletiva, como, por exemplo, uma espécie de falta de esperança de que os aspectos metodológicos ou teóricos da formação tornaram-se pouco potentes para apoiar os processos atuais em que estão envolvidos, na medida em que os artefatos gerados no ambiente SUS são as principais balizas de seu trabalho. Isso não significa dizer que várias abordagens ou recomendações com relação ao trabalho dos psicólogos dentro do Programa de DST/Aids não devam ser considerados, mas é relevante pensar que algumas propostas podem e devem ser mais bem avaliadas pelos psicólogos, além de seu mero cumprimento como se o ambiente do SUS compusesse um patrimônio

de verdades absolutas e, não ideológicas. E nessa direção, Scarcelli e Junqueira (2011) afirmam com relação ao SUS que:

Nesse palco de conflitos e de jogo de interesses, as defesas apaixonadas e a aderência a projetos e políticas como se fossem verdades acabadas têm ocorrido não raramente. Assim, é importante que não deixemos de questionar tais projetos e políticas por mais importantes e relevantes que possam parecer. A ausência de questionamento sobre a validade, sobre os alcances e efeitos de uma proposta, bem como sobre os interesses envolvidos, faz com que se incorra em riscos de desenvolvimento de práticas burocratizadas e em produção de conhecimento estéril. Essa discussão se justifica, também porque tem sido frequente a publicação de trabalhos, produzidos por psicólogos ou pesquisadores da área que fazem reflexões relevantes se circunscritas ao campo da psicologia, mas que perdem sua força e importância exatamente por terem como pressupostos as políticas os projetos e os discursos oficiais que quase nunca são questionados.

A impossibilidade de o psicólogo estabelecer elos ou um espaço que propicie a transição daquelas recomendações que lhes são feitas ou ainda as principais estratégias e perspectivas recomendadas no ambiente do Programa de saúde com sua formação, pode constituir uma expressão de trabalho adaptado ou adaptativo. Pensemos aqui no sentido de adaptação da conduta como um efeito ou resposta psíquica quando um determinado repertório cultural ou ambiental não pode ser integrado na atividade psíquica. Kaës (2005)⁵⁰, ao discutir a formação dos espaços psíquicos de transição, o faz para compreender o fenômeno do intermediário como uma função psíquica fundamental em que uma de suas tarefas é restabelecer continuidades de elementos separados. Neste caso, os operadores do fenômeno localizam-se na comunicação entre o polo da formação, e noutro, as recomendações e ferramentas disponíveis no patrimônio do Programa de DST/Aids, ambos incidem sobre o profissional que encontrará determinadas “soluções” aos impasses criados.

Na direção das recomendações feitas no documento das “Referências Técnicas”, há alguns momentos em que se pode observar a importância que foi dada à atividade do psicólogo como pesquisador de seu próprio campo de atuação:

Outro aspecto imprescindível é o registro e avaliação sistemática da (s) atividade (s) de forma a obter indicadores de adequação da

⁵⁰ KAËS, René. *Os espaços psíquicos comuns e compartilhados*: transmissão e negatividade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

(s) mesma (s) às demandas do (s) usuário (s) e das condições de adesão ao tratamento. É importante lembrar que não basta a participação, no sentido de falar sobre a doença a fim de aliviar ansiedades e angústias, mas é necessário buscar indicadores de reflexão e de ressignificações no processo desenvolvido junto aos usuários. (p. 40)

Apesar de a referida publicação não ter se detido mais na questão daquilo que se poderia conceber como indicadores de reflexão e de ressignificações, pode-se compreender que haveria de se identificar um certo conjunto temático – pertinente ao universo das pessoas que vivem com HIV, que precisam fazer tratamento, ou mesmo no campo das prevenções – que deve se tornar mais explícito e, assim, de posse de um elenco de temas mais identificados com este campo haveria como melhor planejar as estratégias de ação. Mesmo assim, entendemos que deva haver certa parcimônia na utilização de referentes para compreender sujeitos que pertencem a determinado grupo, aqui de certa infecção ou doença, como aqui no caso do HIV. Pois, se a identificação dos temas que organizam indicadores pode, de um lado, tornar o olhar mais focado, de outro, pode construir pontos cegos e reducionistas para a compreensão do conjunto de um sujeito, de um grupo ou de uma instituição.

Eixo 3 – Atuação dos Psicólogos nos Programas de DST/Aids

Ainda no conjunto dos temas e estratégias que são apontados como indicações para a atuação do psicólogo, conforme já levantando anteriormente, destaca-se a **noção de vulnerabilidade** como um vetor que produz indicações “dos riscos de cada um”; isto deve estar presente na atenção destinada pelos psicólogos.

Discute-se que na medida em que o SUS propõe a noção de cuidado integral do sujeito, os profissionais de saúde passaram a fazer parte de um conjunto de cuidados que, em termos de estratégias de abordagem, cada profissional atua de modo específico de acordo com sua formação e também de um modo mais geral, envolvido a projetos comuns de saúde. Sendo assim, o psicólogo está envolvido tanto nas áreas que melhor dialogam com sua formação quanto em áreas que muitos não reconhecem como pertencentes à sua identidade profissional. Veremos que, a partir das entrevistas feitas aos psicólogos, tais questões que estão no âmbito

das recomendações do Programa, e também referenciados pelo CREPOP, aparecem.

Em alguns casos, práticas que se recomenda adotar no sentido de ampliação da abrangência da atuação do psicólogo, e no atendimento à configuração da epidemia, tendem a produzir uma espécie de ameaça às formas de inserção do psicólogo e, em outros casos, parece ter havido um apagamento das referências teóricas que fundam o trabalho do psicólogo. No entanto, tais ameaças nem sempre são claramente percebidas, mas, por outro lado, são vividas ou num sentido psicanalítico, atuadas.

Para descrever as principais estratégias e temas adotados pelos psicólogos, as “Referências Técnicas para a Prática do Psicólogo nos Programas de DST/Aids” utiliza-se da divisão dos níveis de atenção na saúde como níveis também de prevenção entre primária, secundária e terciária. Apresenta as principais estratégias adotadas como sendo: na atenção primária reconhece como principais estratégias, *ações na comunidade, aconselhamento pré e pós-teste e aconselhamento coletivo*. Veremos nas entrevistas e suas discussões que, neste contexto, os psicólogos tendem a perceber sua inserção e a utilização de sua formação de modo limitado, e ao mesmo tempo esboçam alguma insegurança quando estão mediante situações que demandam maior atenção e cuidado.

Na atenção ou prevenção secundária, o psicólogo está envolto ao trabalho de evitar que a doença se torne mais grave, que desistam de tratamento, investigar e monitorar como as pessoas vivem com seu diagnóstico, frente a seus projetos pessoais. Neste contexto, estão relacionadas principalmente duas estratégias realizadas pelos psicólogos: *escuta psicológica e aconselhamento individual e monitoramento da condição subjetiva*. Trata-se de uma inserção do usuário frente ao HIV, que, pelo vínculo com a doença, estado físico, tratamento, exames e consultas, a atividade do psicólogo se aparenta mais com a clínica psicológica, e daí pode-se observar diferentes estratégias e técnicas que são oriundas das tradições psicoterápicas. Ainda assim, as entrevistas realizadas, discutidas adiante, demonstram certo receio de que a clínica “exige algum cuidado” para que exigências ou demandas programáticas não desconfigurem a organização ou que a escuta clínica ou psicológica não sofra uma espécie de invasão demasiada.

Na prevenção terciária, cuidado no qual se evita danos ainda maiores do que os já acometidos no processo de doença, observa-se a presença de sequelas e os efeitos da cronificação da Aids. Neste contexto, sugere as “Referências” que as atividades em que os psicólogos podem se envolver são: *intervenções na comunidade para enfrentamento do preconceito e discriminação; reabilitação psicossocial com reinserção no mercado ou na comunidade; atendimento a família e comunicantes; construção de rede de apoio social*. Tais atividades, em parte, ainda estão na mesma identidade que a segunda; ou seja, aquelas de abordagem as famílias, os parceiros, estão dentro de uma perspectiva clínica ou psicoterápica. No entanto, dentro do âmbito de nossa pesquisa, as atividades que sugerem ações em comunidades são menos frequentes e não há relatos.

No conjunto geral das recomendações feitas pelo documento/pesquisa que ora tomamos como base de discussão, aponta-se para a importância da atividade de psicólogo como educador em diversas modalidades de inserção, tais como escolas e outras instituições, no sentido de colaborar para discussão sobre questões como preconceito e possível fortalecimento de rede social das pessoas afetadas, de algum modo, pelo HIV/Aids.

Apesar de terem sido citados alguns temas que se tornaram fundamentais para o Programa de DST/Aids, vale ressaltar que a noção de vulnerabilidade como um norteador para compreender e dar respostas a epidemia tornou-se também um eixo para o trabalho dos psicólogos. Entende-se, portanto, que a noção de vulnerabilidade sustenta uma série de temas que são evidenciados no campo da assistência. Embora sejam questões que preexistiam à epidemia da Aids, elas se tornaram fundamentais a serem enfrentadas, na medida em que se depara com desafios bastante específicos. São elas: os direitos sexuais e reprodutivos; violência sexual e disfunções sexuais; as questões relativas a mulheres e gênero; direito a gravidez; adolescência e infância.

O campo identificado como das vulnerabilidades trouxe inúmeros desafios para toda equipe de saúde que compõe a assistência dos usuários, no entanto, pela natureza de cada tema, pode-se compreender a pertinência de se atribuir ao profissional de psicologia possibilidades de seu envolvimento com eles. Uma das questões que está posta neste contexto é que tais temas não haveriam de ser alheios às práticas dos psicólogos num contexto de qualquer escuta, no entanto,

eles passam a ser, necessariamente, articulados à questão da epidemia da Aids, no autocuidado e na medida em que eles podem vulnerabilizar o sujeito. Por isso, o psicólogo entra em cena para as funções mais gerais e específicas, tal como declara e recomenda as “Referências Técnicas”: “O profissional de psicologia deve estar preparado para responder à demanda de atendimento às queixas de disfunções sexuais, esclarecimentos relativos à educação sexual e esclarecimentos de direitos sexuais e reprodutivos, o que muitas vezes chega a ser parte significativa no total de suas ações”. (p. 56)

Informações e esclarecimentos, sem dúvida, podem trazer importante benefício aos usuários dos serviços públicos, considerando as dificuldades de acesso a informação da população em geral. Além disso, as informações podem produzir transformações psíquicas fundamentais, se bem contextualizadas na condição subjetiva das necessidades psíquicas do sujeito. No entanto, imaginemos profissionais de psicologia que ficassem em sua totalidade envolvidos em atividades de informação. Que gênero de psicologia ou que diálogo que tal atividade faria com qualquer eixo em sua formação? Como tais psicólogos poderiam ser motivados a buscar, mínimo que fosse, qualquer delineamento acerca do que seria para ele um fenômeno psíquico? Se houvessem práticas disseminadas nesse sentido, estaria por hora impugnada qualquer legitimidade de formação em psicologia, sobretudo aquelas sustentadas pelo Estado.

Eixo 4 – Gestão do trabalho nos Programas de DST/Aids

O último eixo de discussão Eixo 4, intitulado Gestão do trabalho nos Programas de DST/Aids, trata dos grandes temas que fazem parte do Programa de DST/Aids no plano das gestões e políticas públicas, nas quais também encontra-se profissionais de psicologia. Por não ser este o foco de nosso trabalho, ou seja, nosso interesse permanece no campo do trabalho dos psicólogos que estão na abordagem direta aos pacientes, optamos por entrevistar nesta pesquisa os profissionais que estão no campo da assistência e os desafios que estes encontram para as suas práticas. Sendo assim, a fatia de descrição deste último eixo fica por hora apenas referida.

O conjunto dessa apresentação, desde os primeiros desafios com o tema da Aids, tem trazido aos profissionais de psicologia as mais variadas questões de grande importância, pelas inúmeras implicações geradas numa obra de gerenciar e dar respostas a uma epidemia de alta complexidade e, ao mesmo tempo, fazerem parte de equipes de saúde numa profusão de papéis e identidades que estamos ainda longe de avaliar de modo definitivo.

Vimos que são muitos os temas precipitados e revisitados pela epidemia da Aids, tais como: a sexualidade em suas mais diversas formas de expressão; o sujeito estigmatizado e todo o trabalho psíquico de expressão social que é exigido aos pacientes; a adolescência, as questões de gênero e outros. Desse modo, a presença dos psicólogos neste contexto sempre tem sido justificada pela magnitude desses temas e suas relações com as condutas dos sujeitos da epidemia. No entanto, vemos que de outro lado, há uma tendência de, ordem contrária da história da psicologia, produzir um efeito de amortização da dimensão subjetiva dos processos em que habita o humano. Um desses efeitos está na tendência dos próprios psicólogos em deixar a formação da psicologia como sendo uma referência segura e criativa para suas práticas e tenderem a assumir as estratégias do Programa, na qualidade de detentor das ferramentas mais seguras e legítimas de sua prática e sobrevivência no trabalho. Passaremos, em seguida, à discussão e explicitação teórica de como compreendemos as entrevistas feitas aos psicólogos e como as questões expostas até o momento puderam se configurar, na medida em que investigamos suas relações com a formação (graduação) e com as recomendações do Programa.

CAPÍTULO IV

Fundamentos Teóricos para Análise

A perspectiva teórica que sustenta a análise das entrevistas feitas com psicólogos na instituição e que a partir das quais se articulam as principais questões levantadas até o momento inscrevem o sujeito dentro de uma perspectiva psicanalítica como sujeito do grupo, a partir de autores como René Kaës, principalmente, José Bleger. Além disso, alguns conceitos são fundamentais apoios para que possamos compreender importantes questões que fazem parte das experiências institucionais que operam nos sujeitos das entrevistas. Apresentaremos noções teóricas de Alianças Inconscientes de Kaës (1997; 2005); Pacto denegativo (2005; 1991)⁵¹. Abordaremos aquilo que R. Kaës (1991) apresentou como sofrimento psíquico nas instituições, para que o entendimento feito a partir das análises das entrevistas seja aquele que compreende o sujeito como sujeito do inconsciente, mas ainda que a constituição do inconsciente seja concebida no grupo, portanto, na constante necessidade do outro. Desse modo, a compreensão que fazemos dos conteúdos expressos pelos entrevistados dessa pesquisa opera num registro expressivo individual, mas de constituição grupal ao mesmo tempo. Em se tratando de sujeitos da instituição, consideramos a dimensão grupal dos conteúdos que fizeram parte das perguntas feitas. A investigação manteve-se na descrição das atividades dos psicólogos considerando dois polos fundamentais e complementares: a formação em psicologia e sua potência para as realizações, e a outra, sobre o programa de saúde no campo das DST/Aids em que estão inseridos.

Entendemos que, ao construir as perguntas de entrevista, foi aberto um campo de relações em que se configurou o enquadre que nos deu condições para compreensão do nosso **sujeito da intersubjetividade**. Isso porque foi pedido que a reflexão e as associações do entrevistado se mantivessem em torno de sua experiência profissional, considerando a formação e sua inserção nas características do Programa. Sendo assim, os elementos do campo institucional, do social e, portanto, coletivo, colocam em movimento psíquico os entrevistados quando

⁵¹ KAËS, René. *Os Espaços Comuns e Compartilhados* – transmissão e negatividade. São Paulo, 2005.

_____. *A Instituição e As Instituições. Estudos Psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

convidados a falar de suas práticas a partir dos polos oferecidos. Movimento psíquico análogo às situações com as quais se deparam na vida institucional, no tempo e no espaço, há aqui consideração às noções e operacionalidade do conceito de transferência e contratransferência.

Ao afirmarmos que nossa concepção de sujeito de pesquisa é a de que este é sempre o sujeito do grupo, entendemos que o inconsciente, isto é, o sujeito do inconsciente se constitui a partir do outro, e com isso as inúmeras atividades psíquicas que são realizadas, tais como “significar, interpretar, receber, conter, rejeitar, ligar, transformar, representar(-se), de representar com – ou destruir – objetos e representações, emoções e pensamentos que pertencem a outro sujeito, que transitam através de seu próprio aparelho psíquico ou vêm a tornar-se, por incorporação ou introjeção, partes enquistadas ou integrantes e reutilizáveis” (Kaës, 2007); é deste modo que o referido autor conceitua o sujeito do grupo como sujeito da intersubjetividade. Tentaremos mostrar as características do sujeito da intersubjetividade como concepção de nosso sujeito de pesquisa e, portanto, da instituição, e também como R. Kaës, de modo geral, compreende as principais fontes de sofrimento e desafios que enfrentamos nas instituições.

Apresentaremos algumas posições teóricas desenvolvidas por René Kaës (1991; 2004) sobre as instituições e as complexas tarefas psíquicas que delas derivam e as modalidades de vínculos que ocorrem nos grupos. Trata-se aqui de considerações teóricas de caráter aberto e geral, no sentido de melhor contextualizar os sujeitos de entrevista de nossa pesquisa; portanto, as posições teóricas ora apresentadas não têm a pretensão de propor um acabamento teórico que sintetize este objeto de discussão, sendo assim, vários pontos ficarão abertos para possíveis reflexões.

Kaës (1991) observa que certa dimensão de nossa subjetividade é voltada e mobilizada pelas questões impostas pela instituição, e que a instituição cumpre funções psíquicas. Para o autor, isso está proposto por S. Freud nas várias publicações sociais, como *Psicologia de Grupo e Análise do Ego* (1921) e em *Totem e Tabu* (1913), na qual descreve que a constituição do inconsciente é proveniente, em parte, das transmissões psíquicas de gerações para gerações e, portanto, apoiada no outro. As instituições, segundo Kaës (1991), impõem importantes desafios e exigências psíquicas a partir de uma série de fenômenos que solicitam e

especificam nossas atividades psíquicas inconscientes. Dentre outras, a instituição assume um estatuto que rompe com alguma noção estrita de exterioridade como um objeto *em si* e solicita uma complexa organização e função psíquica de dimensão inconsciente com características específicas.

O campo psíquico institucional impõe dificuldades que ao mesmo tempo se tornam tarefas psíquicas com diferentes qualidades de trabalho psíquico exigido. Uma das primeiras categorias de sofrimento ou desafios que as instituições nos impõem é o fato de que nelas nosso psiquismo se vê obrigado a suportar certa experiência de objeto parcial, em que parte de nossa subjetividade deixa de nos pertencer exclusivamente; haverá algo que sempre permanecerá num campo indecifrável, numa espécie de enigma, pois nas instituições “somos confrontados com a violência da origem e com a imago do Ancestral fundador” (Kaës, 1991); algo nos precede e este algo é de uma ordem primitiva. **Por ocupar um lugar psíquico primitivo, a instituição apresenta outra cadeia de dificuldades que constitui realidades que estão num âmbito irrepresentável e, por isso, nossa subjetividade fica descentrada, fora de nós mesmos, fato que Kaës observa como aquilo que nos exporia “à loucura e ao desapossamento, à alienação, quanto àquilo que fomenta nossa capacidade criadora”. Portanto, algo vivido na instituição como não mais pertencente à dimensão daquilo que pode ser acessível e ainda por ser parte clivada do psiquismo produz-se como um ataque ao processo criativo. Este é um ponto fundamental para os sujeitos das instituições com os quais trabalhamos e somos partes integrantes.**

É notadamente presente, o trabalho psíquico que marca nossas relações institucionais: construir representações e constituir sentidos para aquilo que se encontra nas instituições, fala-se, nesse momento, da organização da rede de vínculos para manter as identificações e evitar extremos de angústia; este talvez seja o trabalho psíquico mais intenso nas instituições: o de encontrar sentido e de tentar reparar uma perda de parte de si, da subjetividade que está ancorada na instituição e fora do sujeito e, por isso, fazer com que se recupere algo na dimensão daquilo que seja representável e ao mesmo tempo “se defender contra o ‘nós’ institucional necessário e inconcebível.” (Kaës, 1991)

Devido às ocultações de diferentes pulsões na instituição, gera-se um trabalho de encontrar representações e dar expressão de sentido às mais intrincadas

exigências do desejo. Isto porque certas experiências e funções psíquicas de cada sujeito estão alojadas na instituição como uma de suas funções, portanto, os desejos atuam no trabalho psíquico dos sujeitos das instituições, solicita-se certa organização do aparelho psíquico, pois há importante apagamento dos limites entre o dentro e fora, o eu e o outro. No entanto, pensar a dimensão psíquica da instituição significa reconhecer que ela cumpre importante função como “pôr um curativo na ferida narcísica, evitar a angústia do caos, justificar e manter os custos identificatórios, preservar as funções dos ideais e dos ídolos” (Kaës, 1991). O sofrimento produzido no campo institucional aparecerá toda vez em que houver certa desagregação da instituição, sobretudo no tocante à realização de suas funções psíquicas, isso porque a instituição cumpre funções fundamentais para os sujeitos, tais como “dar um *status* às relações da parte do conjunto, unir estados não integrados, propor objetos de pensamento que tenham sentidos para os indivíduos”. Assim, a instituição traz a promessa de importantes realizações psíquicas. Para Kaës, parte de nosso inconsciente no campo institucional deixa de nos pertencer por inteiro, assim, observa que:

Foi-nos necessário admitir que a vida psíquica não está exclusivamente centrada num inconsciente pessoal, que seria como uma espécie de propriedade privada do sujeito individual. Paradoxalmente, uma parte dele mesmo, que o mantém na sua própria identidade e que compõe o seu inconsciente, não lhe pertence propriamente, mas às instituições sobre as quais se apoia e que se mantêm por esse apoio. Mas cuidemos para não cultivar a ferida: a descoberta da instituição não é apenas a de uma ferida narcísica, é também a dos *benefícios* narcísicos que sabemos tirar das instituições, a preços variáveis, que apenas começamos avaliar. (Kaës, 1991)

Encontramos fenômenos dessa ordem no campo de nossa pesquisa, com os sujeitos de entrevista. Quando, por exemplo, vemos, por um lado, os aspectos relativos à formação do psicólogo permanecer como algo que ficou perdido, num passado quase sem ligação com sua prática atual, de modo que essas perdas nem são sentidas como tal. Ou ainda, vê-se uma tensão criada entre as práticas em psicologia em uma série de exigências e respostas oriundas da configuração do Programa e de seu patrimônio. Nesses momentos é possível encontrar as mais diversas expressões emocionais nos entrevistados ao falarem das relações entre formação, seus desafios e vida institucional. Mesmo quando determinadas

afirmações, como ausência de conflito frente às exigências ou frente à percepção, a formação deixa de ser relevante, em alguns casos nem aparece. Parece-nos, nestes momentos, procedente inferir que tais desaparecimentos de percepção de ausências ou sofrimento tenham se constituído como modalidades de vínculo institucionais inconscientes, no modelo que Kaës chamou de *Alianças Inconscientes*, o qual abordaremos a seguir.

Vemos então, que a instituição como parte do psiquismo e como cumpridora de função psíquica impõe condições e tarefas que organizam nossos processos inconscientes. Isso porque enquanto sujeitos dos grupos e das instituições constituímos em nossa atividade mental determinados graus de especificidades junto ao aparelho psíquico inconsciente, consciente e pré-consciente. A formação psíquica que, especialmente, é requerida nos sujeitos dos conjuntos, grupos, famílias e instituições é chamada por Kaës de **formações intermediárias**. Também abordada por outros autores, por exemplo, Winnicott, como transicionalidade que traz para o cenário da subjetividade e das práticas clínicas novas implicações com relação ao papel do ambiente real; trata-se de formações localizadas entre o eu e não eu. Nas crianças isso corre pela especificidade dos mecanismos projetivo e introjetivo em que a parte do eu fica fora em certo objeto e parte desse objeto fica abrigado no eu, portanto, toda a sensorialidade que lhe pertence a um certo sujeito, fica fora dele, no objeto. Deste modo, determinado o objeto, este não é mais subjetivo nem está fora como tendo um estatuto de coisa; ele está constituído de uma dupla área psíquica intermediária. Kaës identifica o intermediário, dentre outras, como formações psíquicas que permitem passagens e ligações.

Posto isso, examinemos mais um pouco a noção de intermediário. Trata-se de um tema fundamental na obra e teoria do psicanalista francês René Kaës, quando conceitua e aborda em diferentes implicações a noção do intermediário ou de formações intermediárias no campo psicanalítico. Para este autor, a categoria do intermediário abre debate para revisitar a Psicanálise a partir da ideia dos fenômenos psíquicos que operam passagens e, ao mesmo tempo, essas passagens ou transições, de forma geral, organizam certa especificidade do aparelho psíquico que se relaciona com a aproximação entre a ordem psíquica e social. A identificação da categoria do intermediário como uma formação psíquica, segundo Kaës (2005), trata “de maneira nova as relações entre continuidade e ruptura, entre permanência

e transformação. Essa questão se coloca tanto na ordem da vida psíquica, quanto na ordem da vida social e da cultura”.

Apesar de não haver uma referência específica na psicanálise freudiana para aquilo que conceitue a categoria do intermediário, Kaës (2005) observa que sua descrição como um processo psíquico está presente em toda obra de S. Freud, ao considerar que, em sua base, o intermediário organiza o trabalho psíquico que realiza fundamentais passagens e transições que garantem a integridade do psiquismo. Identifica, assim, a presença do modelo psíquico de funcionamento intermediário, que opera transições, tais como as formações dos sonhos e dos sintomas, na medida em que há nesses processos a intenção de produzir passagens do “inconsciente ao consciente e entre as exigências do id, as do superego, e as da realidade externa”. (Kaës, 2005)

Faz-se notar, ainda, que o autor aponta que a produção psíquica do intermediário é também fundamental para os processos de criação. Reconhece o exemplo dado por S. Freud em *Além do Princípio do Prazer* (1920), do jogo utilizado pelo seu neto para suportar a ausência materna. Inicia um jogo do carretel; para Kaës o carretel funciona como um objeto intermediário entre a criança e mãe. O movimento do carretel narrado pela criança a partir da língua alemã “Fort – da” (longe – aqui) instala a capacidade de jogar com a ausência da mãe e sua reaproximação, para Kaës uma manifestação do trabalho criador dos processos intermediários. Desta forma, há o registro de mais uma característica fundamental das formações intermediárias na construção dos processos criativos. Sobre este ponto, pode-se compreender que as formações simbólicas também são construídas em área psíquica intermediária; isso porque o símbolo aponta para uma renúncia da presença real estrita e em cooperação e apoiados aos elementos do grupo, algo de caráter coletivo pode ser criado. Isso é verdade para as várias manifestações, tais como linguagem, religião e arte, mas também para o sintoma e sonho. Pois estes últimos também são tentativas de cumprimento de exigências pulsionais e apenas em parte serão realizadas, sob controle superegoico e egoico, em sua negociação com a realidade e cultura, portanto, ainda num “entre”.

Pode-se compreender que nas atividades de sonhos e sintomas residem importante constituição criativa, na medida em que o aparelho psíquico se organiza para encontrar soluções a partir dos elevados níveis de excitação, para manter a

integridade do psiquismo num modelo autorregulador. Trata-se de uma equação da economia psíquica em que, sob tensão de forças opostas, um terceiro elemento, uma solução ou criação se constrói. Em termos de economia psíquica, nesse sentido é que as passagens e transições se tornam fenômenos fundamentais. Assim, o processo criativo poderia ser visto como tendo a mesma raiz ou matriz, da produção psíquica dos sonhos e dos sintomas, como na criação artística, sendo então este um elemento fundamental para o desenvolvimento psíquico:

De intermediários em intermediários se constituem os significantes, suas remissões, seus distanciamentos e suas correspondências. Os poetas não agem de outro modo. Eles compreenderam justamente como se comportam essas variações, como uma metáfora vem ocupar o lugar de ponte entre o dizível e o indizível, entre o que escapa e o que pode ser representado. (Kaes, 2005)

Ainda na descrição dos processos intermediários, Kaës revisita vários pontos da psicanálise freudiana e outras sob o prisma de reconhecimento das formações intermediárias cumpridas por vários processos. Entende-se que o próprio ego assume um caráter de mediação na medida em que sobre este recai a tripla exigência das satisfações pulsionais do id, das exigências do superego e da realidade exterior. Neste contexto o ego é compreendido como executor de uma função reconciliadora, que para Kaës é um atributo da formação intermediária. A partir da leitura que fez da proposta de transicionalidade feita por Winnicott, Kaës compreenderá que a função de transição e passagem como função do intermediário tem um papel fundamental como um abrigo psíquico da dimensão cultural e de seus elementos:

Devemos ter um lugar para receber o que nos é transmitido, um lugar para recolher o que nos é momentaneamente disponível e que outros vão poder fazer funcionar por nós ao nos oferecer representações com as quais iremos novamente poder brincar. É a continuidade entre a área transicional e a área cultural. (Kaës, 2005)

As formações intermediárias no psiquismo comprometem-se com os processos de transição, inclusive com a cultura, na infância pela eleição dos objetos transicionais, conforme discutiu Winnicott, quando se dá início às primeiras

experiências de não eu na construção de objetos ou daquilo que se chamou de apresentação de objetos. Assim, a cultura e a vida social passam a ocupar de um ponto de vista metapsicológico, um lugar de maior visibilidade na atividade psíquica inconsciente, pré-consciente e consciente, considerando o trabalho psíquico necessário para operar tais passagens. É também pela lógica dos processos de transição psíquica que se dá a compreensão dos processos de recalque; será necessária a presença do outro para que determinado conteúdo seja recalcado. Isso porque o grupo precede o sujeito e, por isso, a constituição do sujeito do inconsciente é do sujeito do grupo, sendo assim, o processo de recalque se dá apoiado no grupo que habita e preexiste ao sujeito.

Se por um lado Winnicott, segundo Kaës, propôs compreender a importância da experiência da transicionalidade e objetos transicionais, sobretudo, com relação à infância, Kaës procurou ampliar essa compreensão aos adultos, grupos e instituições. Se para Kaës a transicionalidade é uma característica da psique em sua relação aos espaços internos e externos, é ao mesmo tempo um princípio de funcionamento do aparelho psíquico; isto significa que parte de nossa atividade mental está organizada a partir dos princípios que regem as formações intermediárias e que nossa psique se constitui, fundamentalmente, por formações intermediárias, sobretudo se tomarmos em consideração a dimensão dos sujeitos das instituições e grupos, questão que ora é nosso núcleo de atenção.

Kaës propõe a intersubjetividade como conceito que sintetiza a noção de sujeito do vínculo, no entanto, estes vínculos estão constituídos pelas *Alianças Inconscientes*:

As alianças inconscientes inscrevem-se de maneira fundamental na formação psíquica do vínculo intersubjetivo: o conceito de intersubjetividade pode encontrar aí sua matéria, e a realidade psíquica do vínculo sua consistência. As alianças inconscientes produzem seus efeitos além dos sujeitos, das circunstâncias e do momento que as tornaram necessárias e as moldaram: elas constituem o agente e a matéria de transmissão da vida psíquica entre gerações e entre contemporâneos. O conceito de aliança inconsciente fornece um conteúdo preciso a essa fórmula que utilizei para qualificar a lógica do vínculo: "não há um sem o outro, e sem o vínculo que os une e contém". (Kaës, 2010)

Esta nova metapsicologia compreende o sujeito do inconsciente como sujeito do grupo. **Portanto, o sujeito sendo sujeito do grupo permite-nos, neste momento, compreender o entrevistado, bem como suas principais questões e**

conflitos como porta-voz de um conjunto. Estes sujeitos ou esta dimensão psíquica a qual se pode reconhecer no grupo e nas instituições “cumprem funções de porta-voz, porta-sintoma, porta-sonho, etc. São essas funções que reagrupei sob o conceito de funções fóricas”. (Kaës, 2005)

Será nesta perspectiva que compreendemos os significados possíveis das falas de nossos entrevistados nesta pesquisa; entendemos que determinadas expressões de angústia encontram companhia numa condição singular ao expressar conflitos que estão numa dimensão de grupo e, portanto, intersubjetiva. Em algumas tentativas de referir-se ao trabalho e suas práticas, certos profissionais migram, entre si, uns pelo receio de apagamento de sua identidade e de sua formação, outros nem mais sentem que sua formação, que ficou tão ausente, possa ser vivida como uma lacuna. Expressões ou revelações aparentemente diferentes, mas de temas comuns com ligações associativas próximas, em se tratando de sujeito do grupo, ao mesmo tempo revelam dificuldades nas passagens, nas transições psíquicas no sentido de encontrar um lugar para seus achados institucionais. Nossos sujeitos de entrevista então são compreendidos a partir da função fórica descrita por Kaës como sendo um precipitado expressivo que revela algo do seu grupo e instituição, como um porta-voz. A leitura psicanalítica que implica o sujeito como sujeito dos grupos leva à leitura dos processos grupais em que o sujeito é sempre sujeito do grupo em que prevalece a tese de que o sujeito do grupo funciona como sendo a parte pelo todo (função metonímica).

Vale ressaltar que nesta discussão reside ainda uma reivindicação do objeto da Psicologia Social marcada pela entidade do psíquico; ou seja, há uma releitura da psicanálise em que a dimensão intrapsíquica está contida e é parte integrante do sujeito do vínculo, portanto, da intersubjetividade. Para autores como Barus-Michel (2004)⁵², os vínculos intersubjetivos são fenômenos psíquicos que ocorrem entre indivíduos, os vários indivíduos do inconsciente. Segundo essa autora, “não se trata somente de fenômenos psíquicos colocados no plural, o social não é uma coleção de indivíduos justapostos, ele realiza uma nova unidade estrutural”. (Barus-Michel 2004)

Ao citar Winnicott (1975), R. Kaës compreende que a função intermediária, ao ligar ou aproximar, estabelece continuidades entre áreas psíquicas e mundo exterior,

⁵² BARUS-MICHEL, Jaqueline. *O Sujeito Social*. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2004.

por isso a cultura e a sociedade. Com isso apresenta também que a capacidade de criação está relacionada com o estabelecimento das áreas ou funções intermediárias cumpridas pelo psiquismo. Sendo assim, a experiência cultural é introduzida no psiquismo pela simbolização e pela criatividade, “se tivermos um lugar onde colocarmos aquilo que encontramos” (Winnicott, 1975, apud Kaës 2005). Essa construção do sujeito do grupo, acreditamos ser extensiva ao sujeito das instituições; desse modo, os mesmos riscos que correm o sujeito do grupo quando a função intermediária sofre perturbação, pode-se dizer que são fenômenos análogos aos que ocorrem no sujeito da instituição. Isso significa que quando “não se tem lugar para aquilo que encontramos” no campo institucional ou que este lugar sofre ameaça, instala-se uma dimensão de sofrimento e danos para a sobrevivência do trabalho nas instituições; um desses danos é o ataque que ocorre às funções simbólicas e, por conseguinte, às funções de transformação e função criativa.

Vemos, a exemplo de nossos resultados de entrevista, que o apoio que a formação em psicologia deveria fornecer para os constantes desafios impostos pela inserção na prática institucional parece oferecer poucos elementos. Para alguns profissionais, o patrimônio institucional com suas estratégias em saúde parece ter eclipsado as fontes da formação, para outros, suas práticas “devem” ser conduzidas pelo campo técnico e metodológico mais tradicional, senão há risco de se perder contornos, suas marcas identitárias. Que tipo de ameaça pode estar em jogo, se não uma experiência de risco de ataque ao simbólico pela precariedade na experiência institucional de construção de ligações e passagens entre as áreas de formação e das exigências institucionais vividas como espécie de realidade premente?

Na rede em que se formam as relações intersubjetivas, entre os sujeitos dos grupos, ocorrem complexas organizações vinculares conscientes e principalmente inconscientes, conforme observado por Kaës, que o estabelecimento de vínculos entre os sujeitos num grupo é necessário para que vários investimentos sejam feitos entre os sujeitos do inconsciente e algumas identificações inconscientes também possam ocorrer. Dentre algumas das principais articulações que ocorrem entre os sujeitos dos grupos, R. Kaës propõe o conceito de *Alianças Inconscientes*. Entende como um fenômeno psíquico do vínculo entre os sujeitos da intersubjetividade “cuja função principal é manter e fortalecer (contrair) nossos vínculos, fixar suas questões e seus termos e instalá-los na duração. Cada um de nós, a menos que seja autista,

precisa do outro para realizar aqueles de seus desejos inconscientes que são irrealizáveis sem o outro, e reciprocamente, e o acordo que resulta permanece na maior parte das vezes inconsciente”. (Kaës, 2011)

Para este autor, o vínculo construído a partir das *Alianças Inconscientes* configura uma formação intersubjetiva, portanto, está apoiada e sustentada entre o eu e o não eu, com necessidade das formações psíquicas e da organização do pré-consciente que subsidiam, como já levantamos, as funções de passagens, de mediação.

É fundamental acrescentar que os vínculos construídos pelas *Alianças Inconscientes* cumprem uma função recalcante; estes vínculos ocorrem, segundo Fernandes (2005), em *pontos de amarração* das relações recalcadas. Isso significa que estes vínculos têm por função realizar “acordos inconscientes estabelecidos entre vários sujeitos” (Fernandes, 2005). Os vínculos construídos pelas *Alianças Inconscientes* estão sustentados pelo processo de negação que, como mecanismo de defesa do Ego, procura manter sob recalque determinado conteúdo propenso a sua expressão, como sentimento ou linguagem.

Tal formação é constituída pela necessidade de manutenção de investimentos narcísicos e objetais presentes na base desses vínculos, e que, a presença e o pertencimento ao grupo, família, instituição, promete cumprir. As *Alianças Inconscientes* são também uma formação psíquica intersubjetiva que, segundo Kaës (1993), organizam-se para tirar certo benefício e funcionam, como um cimento “da matéria psíquica” que liga os sujeitos do grupo, no casal, na família e nas instituições. No entanto, para que as *Alianças Inconscientes* cumpram seu papel de ligação dos sujeitos dos conjuntos, Kaës enfatiza a função do negativo ou negatividade no campo psíquico. Isso significa dizer que o processo de vinculação do sujeito do grupo pela formação das *Alianças Inconscientes* implica em apoio e transmissão a partir dos pontos de recalque e, ao mesmo tempo, forma-se outro recalque que é a própria formação das *Alianças*. Nesse sentido, a formação das *Alianças* pressupõe um duplo recalque. Assim, os sujeitos do vínculo dos conjuntos estão unidos pelo pacto inconsciente denegativo que cumpre, como já dito, uma função defensiva correcalcante.

Compreendemos nosso sujeito de entrevista, a partir do que apresentamos, como sujeito do grupo que enquanto tal traz consigo certa herança e transmissão

frente condição de ser psicólogo o qual pressupõe uma formação que funciona, dentre outros, como um precipitado de valores e certa cultura, conforme pudemos discutir em capítulos anteriores, como uma instituição. Encontra-se no campo da saúde pública e no programa de DST/Aids e, por outro lado, também organiza-se como um elenco de normas, indicações e objetivos, próprios deste âmbito epidemiológico. Tem-se o sujeito psicólogo da instituição como o sujeito do grupo. E enquanto tal, compreendemo-nos como sujeito da intersubjetividade sustentado pelas formações das *Alianças Inconscientes* enquanto sujeito do inconsciente, cujos modelos de vínculos estão formados pelas formações e pactos denegativos. Nosso sujeito de entrevista, como sujeito da herança e da transmissão, constitui sua fala e associações a partir de si, de seus processos intrapsíquicos, porém inseridos na formação intersubjetiva em que sua experiência está apoiada pelo conjunto, pelo(s) grupo(s) e instituição. Sendo assim, nossa escuta se posiciona no registro de compreender o sujeito porta-voz que cumpre função fórica: que transmite, carrega e contém.

CAPÍTULO V

Método e Procedimentos

O percurso seguido para realização desta pesquisa é o de compreender e refletir como os psicólogos organizam-se enquanto sujeitos de um conjunto complexo, Formação e Programa de saúde. Optamos por considerar determinados eixos de enquadramento, segundo Bleger (1984)⁵³, que colabora para que possamos melhor identificar nosso objeto de investigação; ou seja, o psicólogo em instituição de DST/Aids e suas relações com as instituições que lhes orienta, formação e o Programa de saúde.

Os *Enquadramentos*, tal como Bleger (1984) considera, são produtos que balizam e recortam certa complexidade de um fenômeno a ser estudado e considera apenas parte das relações interligadas entre inúmeros fatores. Aponta esse autor que:

Os enquadramentos não são somente “princípios ou “modelos mentais de pensamento” como também refletem a situação filosófica do investigador e seu contato prático com determinados aspectos da realidade social e do objeto que estuda. Acrescentemos que a utilização de enquadramentos não só é privativa do cientista; estão implicados no viver diário e a partir daqui passam sensivelmente ao campo da indagação científica, onde perseveram, ampliam-se ou modificam-se. (Bleger, 1984)

O enquadramento para o estudo da conduta pode ser bastante amplo e complexo, e dessa complexidade procuramos nos assegurar de alguns principais eixos: *Enquadramento histórico* – para Bleger, este enquadre supõe seu objeto de estudo no eixo em que se torna fundamental algum estudo retrospectivo para que a história será um componente “senão como resposta ou emergente de uma situação atual, da qual o sujeito é um integrante” (Bleger, 1984). Sendo assim, os capítulos iniciais foram construídos sobre a formação e história da formação da psicologia no Brasil, considerando a herança do trabalho dos psicólogos e das ideologias da psicologia como profissão, para as práticas dos psicólogos no campo da saúde e daí com o Programa de DST/Aids.

Numa segunda frente de investigação e apoiados pela literatura, fizemos o recorte sobre a entrada dos psicólogos no Sistema Único de Saúde. Em seguida,

⁵³ BLEGER, Jose. *Psicologia da Conduta*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.

acompanhamos a passagem e entrada da psicologia no campo do Sistema Único de Saúde. Desse modo, o psicólogo como foco de nossa pesquisa está circunscrito nesse *Enquadramento histórico*, que constrói um dimensionamento fundamental sujeito, pois concordamos com Bleger que “relatar, descrever, ou recordar a história é reproduzi-la e reviver (em distintas áreas) os acontecimentos passados, porque não se reproduz a história senão como resposta ou emergente de uma situação atual, da qual o sujeito é um integrante”. (Bleger, 1984)

Na medida em que nosso objeto de estudo, ou seja, *a relação que se estabelece entre os psicólogos e suas instituições de referência*, está sob o prisma dos aspectos de sua origem, tais como a formação, suas tendências, na geração que se dá no âmbito do Programa, nosso sujeito também está dimensionado de modo genético, portanto, por **Enquadramento Genético**, segundo J. Bleger. Algumas são as razões que estabelecem este tipo de enquadre, no entanto, destacamos a característica de que certo objeto é estudado de modo parcial, num primeiro momento, para depois juntar-se a outras causas e origens, por isso ganha, num primeiro momento, uma configuração metafísica isolada e universal. Trata-se para Bleger de um enquadramento histórico, com a diferença de que o fenômeno é visto como tendo origem relativa, para então juntar-se a novas causas e desenvolvimento. Fazemos isso quando estudamos a formação dos psicólogos, e em seguida vemos como este profissional ingressa no processo do Sistema Único de Saúde e no Programa de DST/Aids, para compreender algumas características oriundas dessas passagens que entre si observa-se pontos de encontro e, portanto, fenômenos, num dado momento, isolados são pensados de modo interligados.

No tocante às entrevistas realizadas com os psicólogos, optamos por aqueles profissionais que se encontravam em diferentes áreas ou setores da instituição. Esta é uma característica observável pelas entrevistas propriamente e o fizemos dessa forma pelo fato de que a partir desse procedimento pudéssemos capturar experiências bastante distintas no campo da assistência, na instituição referida ao mesmo patrimônio do programa de DST/Aids. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, e os psicólogos leram e assinaram o termo de TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido, e anteriormente o trabalho fora submetido ao comitê de ética a pesquisa do CRT/DST/Aids, Programa Estadual de São Paulo, instituição sede desta pesquisa.

Ressaltamos que, ao compreendermos as entrevistas produzidas pelos psicólogos tal como descrevemos anteriormente, reconhecemos também que a aquelas estabelecem um campo relacional com o entrevistador e que o sujeito da entrevista está regido por condições situacionais. Isso nos permite inferir que sua fala o coloca na condição de emergente na mesma proporção de que esta fala emerge sob um prisma singular em suas feições peculiares, na relação com o entrevistador. J Bleger denomina essa condição de *enquadramento situacional*, fator esse considerado no campo da pesquisa. Trata-se do reconhecimento de enquadre que melhor sustenta os fenômenos de transferência a serem considerados no campo na pesquisa e, sobretudo, na relação de entrevista.

Consideramos, por fim, que para um enquadre que nos desse importante perspectiva de nosso sujeito de pesquisa, **o psicólogo e suas relações com suas instituições de referência**, reconhecemos a importância de sua sobredeterminação por dimensões históricas, genéticas e situacionais, tanto do ponto de vista de ser herdeiro de instituições por um lado, e como se dá seu funcionamento psíquico como sujeito do grupo, de outro; as instituições de quem ele herda, transmite e nelas encontra suas soluções para a realização de suas atividades.

CAPÍTULO VI

MATERIAL DE CAMPO E ANÁLISE

Entrevista 1

1) Como você descreve sua atividade cotidiana com os pacientes, como se você fosse contar a alguém que nada sobre isso?

Neste início de entrevista, a entrevistada, pouco antes de me receber, passara a procurar antigos contatos de psicólogos com quem havia compartilhado discussões, supervisões, atividades que faziam parte de seu passado profissional, e que ela buscava algum resgate pela entrevista. Disse-me que estava fazendo isso, pois a situação da entrevista a fez pensar o quanto ela havia se afastado de suas articulações com os profissionais com os quais já havia trabalhado. Ela contava para mim que havia, naquele momento, começado uma busca por internet para tentar localizar alguns de seus ex-colegas.

Atualmente? Aqui dentro do CRT, Vejo assim. Acho que é um trabalho importante, eu vejo assim, é um atendimento importante, acho que a formação dá um embasamento para compreender algumas questões de forma melhor, inclusive sobre sexualidade, prevenção, de se colocar do lugar do outro. Neste aspecto favorece, mas na medida em que a gente foca só na questão do aconselhamento, acho que há uma perda, no nível da formação, você deixa de usar algumas coisas que aprendeu e que num consultório ou então noutro local você transita e utiliza. Como poderia deixar mais claro? É que você usa seu papel da formação, mas usa isso de forma meio precária, dá para utilizar... mas acho que teu papel fica empobrecido.

Neste primeiro momento, a entrevistada parece iniciar uma ritmia de pensamento em que oscilam expressões de contraste “a formação dá embasamento... mas na medida em que foca só o aconselhamento”... tais como aproximações e distanciamentos. Inicia-se ainda atualização sobre suas fantasias ligadas à formação; esta permite estar no lugar do outro. No entanto, o campo parece

vasto, mas a atuação é necessariamente restrita. O campo da entrevista parece iniciar-se com o surgimento de contrastes de difícil conciliação: a formação que parece ser posta num lugar de provisão ideal, que dota de capacidades e, logo em seguida, é vista a partir de uma condição empobrecedora: “É que você usa seu papel da formação, mas usa isso de forma meio precária, dá para utilizar... mas acho que teu papel fica empobrecido”. Algo pareceu instalar-se no campo relacional da entrevista, em que passou a atualizar uma série de conflitos nos quais a ideia da “formação”, como primeiro ponto de reflexão, passava a disparar associações cujos elos estavam organizados pelo tema dos contrastes. A ideia da formação pode ter mobilizado uma representação daquilo que se concebe dentro ideal de perfeição, mas que a vida nas instituições pouco pode apoiar o cumprimento dos processos profissionais de superior qualidade. Ao inserir a ideia de que, “É que você usa seu papel da formação, mas usa isso de forma meio precária, dá para utilizar... mas acho que teu papel fica empobrecido” a entrevistada além de recolocar o tema geral do contraste, dos conflitos entre formação e prática, estabelece o patrimônio da formação como referência ideal para, em seguida, constatar sua degradação imposta pela vida institucional.

Como se quisesse fazer algo que não consegue?

Mesmo que esta questão não estivesse no roteiro, pareceu-me fundamental incentivar a linha investigativa que a entrevistada mesma abra.

Sim! Em nível do aconselhamento, eu não sei se daria para expandir um pouco mais além daquilo que eu já faço. Mas, por exemplo, na questão que apareceu do ambulatório de transexualidade⁵⁴, eu deveria ter uma disponibilidade que nem é interna, mas teórica para eu poder agilizar e utilizar mais a profissão, para mim faltou recursos físicos e financeiros para investir nessa área. Eu sou uma pessoa

⁵⁴ A entrevistada faz referência ao ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais, mais recentemente criado. Tal ambulatório parece ocupar um lugarem que o trabalho do psicólogo parece, por vezes, mais bem aproveitado do que aquele em que a entrevistada atualmente exerce. No entanto, ao se referir a ele, mais uma vez, expressa novo conflito. Não podia estar nesse ambulatório, segundo ela, “haveria de ter de se preparado muito mais para isso”.

que não gosta de fazer nada pela metade. Tudo que fiz até hoje em 2007, 2006, foi embasado em conhecimento, terapia e supervisões.

*No curso das ansiedades mobilizadas no campo da entrevista, vê-se agora a necessidade de defender a consciência que tem sobre aquilo que seja qualidade no trabalho do psicólogo, no entanto, novamente marcado pela emergência de uma experiência de paradoxos: “eu poder agilizar e utilizar mais a profissão, para mim faltou recursos físicos e financeiros para investir nessa área”. Qual seria a área de investimento? Agora não é mais a instituição que oferece barreiras profissionais para o exercício da profissão, mas a questão recai agora sobre a construção de sua trajetória profissional. O aconselhamento é limitado, ressent-se disso, mas não pode exercer outra atividade, pois falta-lhe recursos, que não é falta de disponibilidade interna, segundo a entrevistada – referência teórica qual é a falta? Não faz nada pela metade, diz gostar de realizar o trabalho dentro de certo padrão de qualidade – parece se tratar do aporte dado pela formação, como se fosse um discurso pronto, da recomendação da formação como se deve fazer. **Uma referenciada ascese da formação em psicologia está sendo atualizada para apoiar um sistema de contradições em que o profissional pode estar imerso? Referir-se à formação ou aquilo que ela supostamente recomenda neste contexto assume um caráter instrumental – uma lembrança associativa de certo ideal que fica muito distante daquilo que ela exerce.***

E nesse momento, para mim, com relação ao ambulatório TT, não pude fazer esse investimento. E com relação à instituição, ela exige muito de você e talvez eu achasse que não podia dosar minha vida particular e o ambulatório TT. Seria uma forma de realizar a profissão por inteiro mesmo, seria todo um processo. Você poderia fazer diagnóstico, você poderia fazer acompanhamento, terapia. O campo é amplo e eu me senti limitada. Eu sou prática e não sou teórica, para eu juntar essas duas coisas na minha vida pessoal seria difícil. Eu sou prática. Eu teria que ter tempo, eu não conseguia.

Um aspecto que aparece repetidamente durante a entrevista e também neste momento é a dimensão temporal nas formas mobilizadas pelo fluxo da entrevista. Aqui o tempo aparece como uma resposta subjetiva aos tantos impedimentos aos quais se refere como barreiras intransponíveis. Por vezes, o tempo aparece como um elemento que compõe o cenário das contradições que utiliza como um tom que atravessa quase toda entrevista. Refere ser prática e inicia uma série de contraposição entre opostos que é apenas possível encontrar seu sentido pela condição de angústia que está em sua base: seria uma forma de realizar a profissão por inteiro mesmo, seria todo um processo. E mais adiante, continua: “O campo é amplo e eu me senti limitada. Eu sou prática e não sou teórica, para eu juntar essas duas coisas na minha vida pessoal seria difícil. Eu sou prática”.

Entendemos que a forma como estão significadas as demandas institucionais, há uma produção, como resposta, de repetida busca em seus recursos, na tentativa de fazer ligações que parecem não ocorrer. Importantes elementos que intermediam tais ligações não lhe estão disponíveis como um operador psíquico. Sendo assim, a resposta de sua singularidade a essa determinada experiência de solicitação produz um alto nível de angústia durante a entrevista. Suas tentativas de ligações, que se expressam em angústia, organizam uma sequência de contrários, em sua fala, para que possa utilizar recursos psíquicos a fim de caminhar por espaços de amplas referencias (os opostos) e de possibilidades, mas que não lhe apoiam, aumentando, ainda mais, o nível de angústia durante toda a entrevista. Sou prática e não teórica... o campo é amplo e me senti limitada.

*A limitação que ora esteve na prática do aconselhamento que realiza, agora está em sua própria visão sobre suas potencialidades, referente ao fato de atender noutro ambulatório; isso, mais uma vez, mantém estabelecida a existência de zona de conflito no trabalho institucional: “não pude fazer esse investimento... seria uma forma de realizar a profissão por inteiro... me senti limitada”. A presença dos contrastes é tão permanente que a entrevistada faz uma contraposição entre ser “prática” e “não teórica”, que ***tais afirmações ficam mais no âmbito do discurso regido por um elo associativo, cujo tema persiste nas contradições e rupturas do que propriamente na lógica do****

*discurso argumentativo, ou seja, o discurso visto de seu ponto de vista linguístico perderia inteligibilidade. Ao mesmo tempo, as possibilidades do acontecer como psicóloga que faz psicodiagnóstico e acompanha o paciente, mesmo ocupando um lugar de uma qualidade idealizada, tal atividade parece, não pode mais ocorrer. **Observa-se que o tema da descontinuidade dos processos ou rupturas ocorre na perspectiva expressa na forma de como fala de seu trabalho, no processo institucional.***

Você diz com relação a não trabalhar no ambulatório de TT? Mas em com relação ao trabalho que você exerce em CTA, você ainda acha que não realiza o que poderia realizar?

Acho que sim... Como que eu posso colocar isso? Acho que a nossa formação de psicólogo permite perceber uma série de coisas; mas acho que a proposta de CTA limita, tanto na questão de números de pacientes e a própria proposta mesmo. Você tem contato num tempo muito curto, breve tempo, então isso limita um pouco. Não que não tenhamos espaço para fazer outras coisas. Mas eu tive dificuldades de juntar essas coisas, e também precisamos saber nossos limites, claros; aqui não é lugar para fazer terapia, para fazer diagnóstico, teria que ser uma proposta para sensibilizar os pacientes, até para mandar para outros lugares.

*Reaparece em sua fala o tema de que há em sua prática uma perspectiva de não conciliação; de juntar coisas, como diz, há possibilidades no aconselhamento, tempo é curto etc. **Há uma marca em sua fala de algo que não se pode ligar e, portanto, permanece separado o sistema de rupturas e descontinuidades com que opera a visão de sua prática profissional; utiliza-se tanto da referência que mantém com tempo e também com o espaço. Sendo assim, tempo/espaço são experiências dimensionais que se tornam apoio para representar a vida institucional e pessoal, por isso, aparecem com diversas funções; ora um, ora outro:*** “Não que não tenhamos espaço para fazer outras coisas. Mas eu tive dificuldades de juntar essas coisas, e também precisamos saber nossos limites, claros; aqui não é lugar para fazer terapia, para fazer

diagnóstico"... Sua prática estaria marcada por elementos separados que não se ligam. Certa perspectiva de ruptura é bastante presente quando menciona sua prática e possibilidades. **É possível que a referência da Formação frente às suas possibilidades possa se expressar a partir de vínculos que na vida institucional aparece de forma descontínua.** Há, desse modo, dificuldades de ligações que possam ser úteis para o exercício profissional, entre as possibilidades da instituição e seu patrimônio adquirido. E continua...

Aqui a pauleira é muito grande e nem sempre você consegue parar e pensar: o que eu posso? Algumas coisas você consegue. Já se vai imbuído de coisas, como "não posso estreitar vínculos", "o meu limite é esse".

Se por um lado a entrevistada entende que poderia fazer algo pelo paciente, novamente coloca a questão de uma ruptura de processos quando parece que pode estar localizado no vínculo com o paciente o limite de seu trabalho. **Às vezes está no tempo de atendimento, no número de paciente, às vezes marcado e precipitado pela formação, pela instituição. Agora está no enquadre em que deve permanecer.** Este percurso forma, cada vez mais, um cenário em que se pode compreender que há uma perturbação para o exercício profissional de uma continuidade entre dentro e fora em sua experiência. O fora como sendo a formação, a instituição com o interior dessas experiências que parecem precariamente abrigar uma solução que culmine no enquadre que propõe, há ao final dessa reflexão feita pela entrevistada um efeito de que se mantém pela metade, o que novamente organiza novo elo de sua reflexão: "Algumas coisas você consegue". Já se vai imbuído de coisas, como "não posso estreitar vínculos", "o meu limite é esse".

Você pensa nisso quando está atendendo?

Sim, penso.

E aí você vê que não tem uma contratransferência, aí você fica doido, o que faço com isso? Vou devolver jogar fora, volte para tua casa? Não é assim... Existem

alguns casos, poucos casos, que eu coloco um limite para mim mesma. E atendo até certo limite; até aqui vou e depois vejo se ele consegue ir para outro lugar. Mas isso incomoda, principalmente quando você pega aqueles usuários com alguns delírios, vem constantemente fazer testagens, coloca o foco da dificuldade na questão da testagem do HIV e quando tem um núcleo desestruturado. E penso, o que eu posso fazer com ele aqui? Aí você vê que tem um universo maior de desestruturação é muito maior e você tem um limite para trabalhar.

A angústia que já vinha sendo uma marca do processo da entrevista torna-se mais intensa. Como se a entrevistada sentisse necessidade de organizar algo que não consegue; ligar continuidades de seu percurso, a vida institucional com a pessoal. Daí é preciso ligar-se àquilo que fica dentro ou joga fora, que neste caso é o próprio paciente: “aí você fica doido, o que faço com isso? Vou devolver jogar fora, volte para tua casa? Não é assim... Existem alguns casos, poucos casos, que eu coloco um limite para mim mesma”. Há neste momento uma lembrança associativa dos pacientes os quais chama de desestruturados, justamente num momento em que aborda limites radicais, em que aponta saídas muito limitadas de sua prática profissional: “E atendo até certo limite; até aqui vou e depois vejo se ele consegue ir para outro lugar. Mas isso incomoda, principalmente quando você pega aqueles usuários com alguns delírios, vem constantemente fazer testagens”... O limite está no vínculo, que está na instituição, que por vezes migra para a dificuldade de trabalhar a formação e, enfim, a barreira está no paciente-limite que não poderia estar ali, mas está. E agora ainda aponta para fora da instituição para aonde tal paciente parece melhor ser encaminhado. O dentro e o fora novamente se instalam no curso de suas reflexões para onde leva o sinuoso caminho da entrevista. A lembrança recai sobre o paciente desestruturado, quando expressa que suas possibilidades de atuação profissional estão marcadas pelas descontinuidades e rupturas. Torna-se fundamental para este elo associativo a desestrutura do paciente para marcar aquilo que está na ordem das realizações impossíveis; desestrutura não poderá ser tratada ali, sendo assim, tal perspectiva está fora, no paciente e fora da

instituição, por isso, ela se refere ao que coloca um limite para ela mesma. O que está dentro e o que está fora? Fora das possibilidades da psicóloga atuar dentro daquela instituição, mas os recursos disponíveis, ora estão dentro de si (sua formação e caminhos), ora estão nas possibilidades institucionais e seus enquadres predeterminados.

Você está dizendo que sai com uma sensação de trabalho incompleto, é isso você está dizendo?

Tenho essa sensação e, por outro lado, não sei se é aqui que temos que oferecer isso a ele.

Em sua opinião, qual a contribuição de sua formação na universidade para você fazer os atendimentos que faz hoje?

Olha, como posso colocar? Fiz até terceiro e quarto ano em Mogi das Cruzes, depois que fiz o restante na PUC. Acho que lá em Mogi a gente vivia as questões de grupo que era muito legal, a gente tinha uma cadeira de psicologia social, quem dava era o Siampa; isso contribuiu muito para minha formação. A questão também do existencialismo era diferente da Psicanálise, que a gente odiava a figura do professor. Nesse sentido, acho que a universidade ajudou bastante, pelo existencialismo, psicologia social, eu fazia também um trabalho junto aos bancários. Então me ajudou muito. E a opção pelo serviço público é essa; uma psicologia institucional que fiz, institucional mesmo, voltada para a população, para as grandes massas, cheguei a trabalhar em consultório, até gosto, mas o que me dá prazer mesmo é a psicologia institucional. Então, neste sentido, a faculdade colaborou muito, a gente trabalhava muito em grupo, a gente falava muito sobre psicologia social. Aí quando fui para PUC já era uma outra história. Aí tentei focar mais pela psicanálise, o existencialismo ficou um pouco de lado, mas acho que ajudou. Mas você não aprende a trabalhar instituição dentro da faculdade, você tem as cadeiras, as disciplinas...

O tema dos contrastes, conflitos e barreiras mantém-se em quase todo o processo de associações da entrevistada, bem como os processos de rupturas reaparecem, agora no processo de sua graduação; iniciada numa universidade e finalizada em outra, com determinadas perspectivas em uma, já em outra tudo mudava. Tenta fazer uma ligação ou reparar as rupturas de sua prática ou da relação entre esta e a formação, no entanto, parece ser mais uma tentativa que expressa angústia, pois as relações que procura estabelecer ficam bastante confusas; “A questão também do existencialismo era diferente da Psicanálise, que a gente odiava a figura do professor. Nesse sentido, acho que a universidade ajudou bastante, pelo existencialismo, psicologia social, eu fazia também um trabalho junto aos bancários”. Não fica clara a relação que pretende fazer entre psicanálise e existencialismo e porque insere certo estágio feito com bancários. Agora tais conflitos estão também no âmbito da formação em si: “a gente trabalhava muito em grupo, a gente falava muito sobre psicologia social. Aí quando fui para PUC já era uma outra história. Aí tentei focar mais pela psicanálise, o existencialismo ficou um pouco de lado”. A perspectiva da clínica passa a ser criticada em relação a uma prática mais voltada para a dimensão coletiva. E por fim a formação também é atacada: “Mas você não aprende a trabalhar instituição dentro da faculdade, você tem as cadeiras, as disciplinas...”. **A instituição, como diz, foi sempre seu principal interesse como prática profissional, mas não parece ter funcionado como uma referência positiva ou segura, até o momento; a instituição de saúde limita seu trabalho e a instituição formadora não prepara.**

Mas disso que você está falando, do referencial teórico; como você acha que isso te deu amparo para a maneira como você trabalha?

Eu acho que na questão de você dar um horizonte para trabalhar mais com a população, com número maior de pessoas, grupal, não individualizado, se você vai trabalhar numa instituição isso é crítico. Você vai e tenta trabalhar como se estivesse num consultório fechado, então a faculdade te leva a trabalhar individualmente, se tem poucas cadeiras para grupos, você tem psicodrama e só. Essa formação a faculdade não dá. Daí você tenta trabalhar noutras linhas. E lá

você vê que as coisas são diferentes e você tem que modificar. Por isso que a psicologia social e o existencialismo me ajudaram a fazer essa passagem que não foi tranquila, foi cheia de conflito, angústia, mas ajudou bastante. Ajudou na questão de depois fazer psicoterapia breve, psicoterapia de grupos que não me lembro agora...

*A entrevistada responde, a partir da questão feita, que desacertos da prática profissional estão ora localizados na deficiência da formação e, em certo momento, estão em sua trajetória individual. **No entanto, o confronto com a formação parece suscitar uma experiência de desamparo, pois expressa grande dificuldade de relacionar o que pôde ter sido útil para sua atuação profissional, expressando ainda maior intensidade de angústia na tentativa de encontrar até onde chegar com o paciente e em que circunstâncias a formação pôde ajudar:*** “Existem alguns casos, poucos casos, que eu coloco um limite para mim mesma. E atendo até certo limite”. *A questão da formação parece se articular com a trajetória e possibilidades pessoais no exercício da profissão; deste modo, a profissional se configura apoiada em certa referência que parece fazer às recomendações de “boas práticas” recomendadas pela universidade. Faz novamente referência ao espaço de modo confuso como expressão de angústia, como se contornos perdessem seus limites:* “Essa formação a faculdade não dá. Daí você tenta trabalhar noutras linhas. E lá você vê que as coisas são diferentes e você tem que modificar. Por isso que a psicologia social e o existencialismo me ajudaram”. **Onde seria o “lá”? Tais modificações ocorreriam onde? A entrevistada parece bagunçar as referências de espaço, como algumas vezes o faz com o tempo. A entrevista ocorre no ambiente de trabalho, a entrevistada diz que o psicólogo tenta isso, tenta aquilo e parece que não consegue. Ao não conseguir, perde também os limites do espaço como expressão da angústia.**

Como você considera que o conhecimento que adquiriu foi sendo aplicado no seu cotidiano hoje, como a Psicologia Social, o Existencialismo etc.?

Aí vem a questão da formação, da teoria, o que se aprende; o que é ético e não ético, da base da Psicanálise que é o atendimento, da terapia da supervisão, sempre procurei fazer esse tripé. Eu buscava mais na teoria e na supervisão mesmo. Não sei se respondo... É muito interessante, sempre fiz supervisão em grupo, sempre três pessoas e essas pessoas trabalhavam em instituição pública, só que a pessoa que coordenava o grupo nunca trabalhou em instituição pública. A não ser mestre, doutor etc. E a gente discutiu a partir da linha kleiniana, Psicanálise e ficava muito engraçado, porque os três levavam casos do ambulatório ou da unidade básica e aí ele fazia aquele tipo de supervisão que a gente vê um pouco hoje, que era mais clínica que institucional. E quando se levava questão institucional ele até... sei lá. Mas eu acho que naquela época para mim não dava para ser diferente; eu precisava de mais embasamento teórico mesmo. Apesar de alguns momentos eu entrava em conflito e pensava: que tipo de psicologia que estamos aplicando dentro de uma instituição? Mas tinha que ser daquela forma.

A dimensão de conflitos percebidos pela entrevistada em sua prática atual também se confirma em sua trajetória por outras instituições. Os processos de articulação entre a prática que exercia e a manutenção da qualidade do exercício profissional também não passam longe de conflitos: “É muito interessante, sempre fiz supervisão em grupo, sempre três pessoas e essas pessoas trabalhavam em instituição pública, só que a pessoa que coordenava o grupo nunca trabalhou em instituição pública”. *Sendo assim, mesmo na tentativa de manter-se cuidadosa com sua prática, a experiência do supervisor opunha-se ou não atendia às questões que supostamente eram trazidas. Sua inserção nas instituições de saúde por onde passou revelam-se, constantemente, a partir de repetidas contradições que mesmo hoje estão longe de encontrar apoios mais seguros. É importante observar que a questão colocada faz uma mediação entre a formação e a prática e convida a entrevistada a pensar sobre essa relação, de forma mais incisiva e a partir dos elementos que a entrevista forneceu, tais como a “Psicologia Social” e o “Existencialismo”, aos quais faz referência como apoios que lhe possam ter sido úteis. Deste modo, transferencialmente, a angústia expressa um núcleo mais confuso, de tal forma*

que a pergunta deixa de ser respondida; os apoios que foram identificados não são utilizados para pensar a prática. Sem apoio e numa perspectiva de desamparo, a dimensão da formação e prática operam em desalinho de acordo com a expressão dos recursos subjetivos da entrevistada.

Desde que começou seu trabalho neste contexto de DST/Aids, você sentiu em algum momento necessidade de repensar sua formação, de buscar novos conhecimentos ou outros, quais?

Eu tive uma época muito feliz dentro de uma unidade básica de saúde, 1992 mais ou menos, onde se fazia atendimento clínico em psicologia, o foco era o atendimento inicial depois mandava para o ambulatório, e alguns casos não se fazia isso. Quando as pessoas não tinham dinheiro, e alguns não podiam ser mandados porque se não estamos fazendo psicologia social, lá a gente tentava dar conta dessa história e a gente fazia grupos. Eu tentava fazer grupo operativo, às vezes dava, outras não. Daí a diretoria pediu para fazer aquilo da psicologia comunitária que eu achei horrível, eu não gostei. Algumas coisas estavam incomodando. Saí de onde estava com algumas coisas que me incomodavam. Quando eu vim para cá, pensei um lugar legal para você respirar para produzir. Aqui se você tem possibilidade, se deseja, se quer, você pode produzir, e se não produz, são outras questões.

Mas o que você perguntou mesmo?

A intensidade de angústia que a entrevista produzia faz neste momento com que a entrevistada nem responda à questão feita. O conteúdo da pergunta que fala em mudança de caminhos para sua prática profissional fomenta, ainda mais, a perspectiva da interrupção, descontinuidade e dificuldade de junções, já vistas anteriormente. Tais aspectos abordados, mais diretamente, parece que obrigam a entrevistada a uma digressão a partir daquilo que foi proposto na pergunta: necessidade de repensar sua formação e buscar novos investimentos. É possível que sua necessidade de produzir respostas à sua prática profissional que lhe seja mais satisfatória tenha, num primeiro momento, impedido de lidar com a questão. A intensidade de angústia mobilizada pela questão de não conseguir

fazer as ligações que já havia tentado a impede de pensar a proposta da pergunta. Retoma-se a pergunta:

Se você sentiu necessidade em algum momento de repensar sua formação para a prática nas DST/Aids.

Olha eu pensei na questão da formação para aperfeiçoar a questão da sexualidade, por um lado eu acho que aqui é lugar muito atrevido e exigente em todos os aspectos, mexe muito internamente com você. É diferente de outros lugares onde as coisas parecem mais definidas, aqui é uma agitação constante. Por outro lado, sinto-me muito confortável porque se você quer produzir você tem possibilidade disso. O que eu gostaria de fazer é estudar mais sobre a questão da sexualidade, algo mais teórico e mais prático. Algo como prevenção em DST e estudar o que já existe e ver outras coisas que precisam ser reformuladas. Algo como prevenção. Por exemplo, como o ambulatório de transexualidade. Eu tenho curiosidade para trabalhar com terapia, mas não para produzir tecnologias, ser mais calma e fazer como eu gosto, que é na psicoterapia. Eu passei a ver coisas novas aqui, em UBS por mais que a gente fala sobre DST aqui o universo é bem diferente, aqui é totalmente atípico do que acontece lá (UBS). Eu me cobro muito! Principalmente quando você falou que ia fazer essa entrevista e eu comecei baixar pessoas na internet, aí vi que mexeu.

A questão parece ter despertado o conteúdo de que o profissional ficou em dívida com sua própria formação e progressos. Reconhece que no CRT e com a Aids ela tem contato com questões muito intrigantes, a presença do ambulatório TT volta para o curso de sua fala sob a perspectiva de que ela deveria se dedicar mais a alguns temas como sexualidade: “O que eu gostaria de fazer é estudar mais sobre a questão da sexualidade, algo mais teórico e mais prático. Algo como prevenção em DST e estudar o que já existe e ver outras coisas que precisam ser reformuladas”. Refere-se, ainda, a outros temas que poderia estudar, mas pouco respondia à questão feita, passava a refletir sobretudo mobilizada, transferencialmente, pela situação da entrevista: “Eu me cobro muito! Principalmente quando você falou que ia fazer essa entrevista e eu comecei

baixar pessoas na internet, aí vi que mexeu”; ***a dimensão da transferência aparece novamente nesta resposta, tanto com a instituição de Aids, como com a pessoa do entrevistador. A instituição de Aids é atrevida e exigente como diz – será invasiva pelas suas questões? Sexualidade e seus caminhos oferecem já uma questão peculiar que lhe desafia e exige? Assim também, o entrevistador ocupava, transferencialmente, o lugar de quem precipita na entrevistada a necessidade de fazer algo que foi deixado, que não foi possível ou que ficara perdido no trabalho de adaptação de sua prática às possibilidades que estão no âmbito de exigência institucional –*** “Eu me cobro muito! Principalmente quando você falou que ia fazer essa entrevista e eu comecei baixar pessoas na internet⁵⁵, aí vi que mexeu”.

Como assim?

Ah, porque eu há muito tempo não vejo as pessoas do outros trabalhos, fiquei distante de todos. Vim para cá me desliguei de muitos, questão salarial. E na minha vida eu fiquei dedicada a filhos, muito na vida em parte eu fui mãe e precisei optar; ou eu faço esse curso, esse mestrado ou eu vou dar conta de escola, de filhos. No início foi difícil, depois acalmou, agora veio novamente de eu me cobrar, de novo vejo que não teria dinheiro para isso aquilo. Passei a ver na internet o que estão fazendo. E vejo que as pessoas também me procuram, daí também passei a procurar de novo os antigos colegas, professores, supervisores, ex-terapeutas etc. Por mais que a gente fale, a psicologia é tão ética, tão ética que você não forma amigos, tem pessoas que trabalham com você. E você vê essas pessoas só através de e-mails e aí deu vontade de entrar nos grupos de novo... (pausa).

O embate entre os conflitos de adaptação profissional, ora aparecem como um impedimento de sua formação, dos problemas das disciplinas e estágios

⁵⁵ No momento em que a entrevista se iniciou, a entrevistada procurava algo na internet e disse que a situação da entrevista lhe fez ter vontade de buscar pessoas com quem há muito tempo não tinha contato. Explicou-me que eram pessoas com quem teve contato profissional, em supervisão, que trabalharam juntas noutras instituições. Essas pessoas pareciam representar a ela alguma ligação com uma história que ficara interrompida na sua vida profissional; resgatá-las poderia ser uma forma de reparar processos que ficaram interrompidos e que não foram ligados.

*insuficientes, ora pelas limitações impostas pela rotina e propostas do trabalho determinado pelas exigências da instituição, mas **neste momento parecem ter migrado para o interior da vida pessoal em que os impedimentos estão no âmbito das escolhas mais privativas**: “E na minha vida eu fiquei dedicada a filhos, muito na vida em parte eu fui mãe e precisei optar; ou eu faço esse curso, esse mestrado ou eu vou dar conta de escola, de filhos. No início foi difícil, depois acalmou, agora veio novamente de eu me cobrar...”. Há uma espécie de experiência fusional com as diferentes dimensões de sua vida profissional que se torna reeditada pela situação da entrevista. As diferentes experiências da vida profissional que não se articulam, algumas também não se separam, como no caso da vida profissional e das escolhas pessoais: ser mãe e não fazer curso, cuidar de filho e optar por não se dedicar como acha que devia. **Assim, as dimensões da formação e de sua sobrevivência na instituição de saúde – temas abordados pela entrevista – tornam-se um precipitado de um imenso conjunto de descontinuidades e rupturas expressos por significativa intensidade de angústia.***

E que aspectos da psicologia que se tornaram para você algo que sentiu necessidade de questionar, aspectos ou conceitos, para o seu exercício profissional, aqui?

Quando eu fui para a UBS, foi muito difícil como trabalhar em grupos etc... Ultimamente tenho vontade de atualizar algo no meio da Psicanálise. A sociedade em que a gente vive está totalmente caótica, borderline, a minha formação, por mais que seja pequena, as definições são muito rígidas, não sei se não se aplica, mas tudo está diferente, a sociedade está diferente. Preciso ir em busca do que está sendo escrito, desenvolvido neste momento. Isso em um nível mais teórico. Eu acabei me encaixando mais na linha kleiniana e Psicanálise. A sociedade é outra, e aqueles conceitos? Como ficam?

E no mesmo percurso de avaliar sua trajetória, questiona se aquele patrimônio de informações e referências com os quais operou ainda faria sentido. O que terá sentido para sua vida profissional? Não apenas precisaria ampliar seus

conhecimentos, incluir temas como já abordou, sexualidade e outros, mas deveria revisitar o sentido do que aquilo em que se apoiou ainda tem durabilidade no tempo, frente às mudanças de que se refere, e ainda foi necessário para falar de suas possibilidades de investimento e formação numa suposta organização borderline da sociedade que poria em cheque os conceitos com que um dia teve maior contato. **A grupalidade do mundo, a sociedade, como fala, pode estar em colapso, mas falávamos de sua inserção na instituição, no seu mergulho àquilo que está no âmbito de seu repertório de trabalho, e, portanto, é com este elo associativo que se estabelece que o fragmento, o estilhaço de sua autorrepresentação na instituição saúde é encoberto pela noção estilhaçada de que as velhas teorias podem não mais “funcionar”:** “a minha formação, por mais que seja pequena, as definições são muito rígidas, não sei se não se aplica, mas tudo está diferente, a sociedade está diferente. Preciso ir em busca do que está sendo escrito, desenvolvido neste momento. Isso em um nível mais teórico. Eu acabei me encaixando mais na linha kleiniana e Psicanálise. Eu me cobro muito! Principalmente quando você falou que ia fazer essa entrevista e eu comecei baixar pessoas na internet, aí vi que mexeu.

A sociedade em que a gente vive está totalmente caótica, borderline, a minha formação, por mais que seja pequena, as definições são muito rígidas, não sei se não se aplica, mas tudo está diferente, a sociedade está diferente”. **Até o momento, pouco resta de produtivo, preservável ou seguro daquilo com o que trabalha; seu percurso na instituição está marcado por profundas incertezas que recaem sobre sua prática numa perspectiva e numa autorrepresentação de que há importante autonomia e responsabilidade pessoal, como se ela (e parece ser seu modo de perceber) devesse uma explicação ao entrevistador pelos aspectos produzidos na transferência.**

Quais são para você os principais desafios que encontra na atividade de psicóloga hoje mediante aquilo que os pacientes te trazem ou que a instituição te traz?

Desafios? Isso é uma coisa existencial minha! Eu falo tudo o que as coisas aconteceram (aqui eu vou falar) A psicologia apareceu na minha vida por acaso; eu queria trabalhar na área da saúde com população. Passou o serviço social, passou ortóptica, vi que não tinha dinheiro. Prestei o vestibular para Psicologia, entrei e fui me identificando. Tive que trabalhar o tempo todo; minha angústia que tive que ser sempre meia: um pouco estudante, um pouco trabalhava. Chegou uma época que achava que eu era vitoriosa, consegui fazer um monte de coisa. Daí também vi que nem era tão vitoriosa, que nem conseguia fazer tudo bem. Quando chegou lá pela casa dos 20 e 29 anos foi ser mãe, ganhando uma miséria, marido também nem ganhando muito bem... Sempre com relação à profissão tive que fazer escolhas, até determinado tempo, seis anos atrás, dava para fazer supervisão, terapia nunca abri mão. Cursos alguns sim, até fazia, ficava muito a desejar porque eu tinha muitas outras coisas para poder cumprir, então esse tempo me trouxe muita angústia, muita mesmo. Quando eu mudei para cá, pensei que aí eu poderia me readaptar, uma época que meus filhos “saem do ninho” e aí eu vi que novamente estou na encruzilhada, tendo que fazer novas opções. Mas eu investiria seria na questão da formação com conteúdos teóricos, os psicanalistas pós M. Klein, pós Winnicott, isso eu não abriria mão. Tentaria como meio de subsistência profissional fazer algo mais científico dentro do ambiente de trabalho, nem sempre consigo concretizar com alguma coisa interna, mas sinto muita falta...

*Intensifica-se na em sua nova fala/associação o dimensionamento pessoal e subjetivo que ocorre frente à questão colocada. **Pede-se para que pense sobre os desafios que enfrenta mediante os pacientes que atende ou das exigências impostas pela instituição e, no entanto, sua condição pessoal vem à tona e ainda a psicologia torna-se radicalmente negada, como se esta nem devesse ter ocorrido em sua vida, uma provável tentativa de resolução de sua angústia – desiste-se dos reparos que acha que deve fazer em sua vida profissional e anula a própria escolha, daí a psicologia passa a ocupar um estatuto de existência parcial. Como reparar uma carreira e cuidar dela se ela existe e inexistir ao mesmo tempo?:*** “falo tudo o que as coisas aconteceram (aqui eu vou falar) A psicologia apareceu na minha

vida por acaso; eu queria trabalhar na área da saúde com população. Passou o serviço social, passou ortóptica, vi que não tinha dinheiro. Prestei o vestibular para Psicologia, entrei e fui me identificando. Tive que trabalhar o tempo todo; minha angústia que tive que ser sempre meia: um pouco estudante, um pouco trabalhava”. *Diz que agora deveria fazer ainda opções, estudar, se apropriar mais de algumas referências teóricas. Os impedimentos a que se refere de natureza pessoal parecem esgotar na medida em que se utiliza desses momentos do tempo condicional para expressar suas possibilidades ou anseios* “eu **investiria** seria na questão da formação com conteúdos teóricos, os psicanalistas pós M. Klein, pós Winnicott, isso eu não **abriria** mão. **Tentaria** como meio de subsistência profissional fazer algo mais científico dentro do ambiente de trabalho...” *As possibilidades de satisfação profissional parecem ocupar um lugar muito remoto e difuso em sua autorrepresentação da atuação profissional.*

Vamos falar um pouco do Programa. Você considera que as estratégias adotadas pelo programa atende às necessidades dos pacientes?

Olha, eu acho sinceramente, acho que não. Aqui é um lugar atípico, tanto que as pessoas que passam em outros lugares dizem que nunca encontraram um lugar como aqui. Aqui não representa um no panorama nacional. Mas mesmo as propagandas na grande mídia eu acho muitas vezes... eu não sei o que falta, não se consegue dizer o que representa as DST, o HIV, o que significa a questão da prevenção. Como aqui, por mais cuidado que a gente tenha, se não entrarmos nas questões pessoais, na vulnerabilidade de cada um, você não consegue... em nível de grande mídia, piorou. Não que as estratégias estão erradas, é que estão mal divulgadas, mal aplicadas. Com aquele cunho eleitoreiro, político, e aí eu acho que a questão da prevenção passa também pela educação. Numa sociedade onde não se discute diversidade, sexualidade, não discute nada, como você forma as pessoas? Acho que a questão das DST está programada para pegar as pessoas numa determinada faixa etária e mesmo assim não está educando, está apenas informando. Não está modificando o comportamento das pessoas, nem sei se tem que mudar, mas ela não consegue realmente atingir as pessoas, fica apenas como uma propaganda de divulgação. Tanto que as

peessoas que vêm são aquelas que sofreram risco, são poucas pessoas que vieram porque quiseram saber, tiveram curiosidade. As pessoas vêm no desespero, como se fosse um ambulatório para tratar, e não para fazer prevenção, então acho que funcionamos desta forma.

*Ao ser confrontada pelo tema do Programa de DST/Aids, a entrevistada reconhece temas que se relacionam diretamente com este contexto, como o de vulnerabilidade, por exemplo: “Como aqui, por mais cuidado que a gente tenha, se não entrarmos nas questões pessoais, na vulnerabilidade de cada um, você não consegue... em nível de grande mídia, piorou”. No entanto, as ações programáticas são compreendidas pelas suas marcas na mídia e nos processos educativos. **Parece não encontrar um veio em que possa instalar-se como psicóloga nestes processos, pois se por um lado entende que a vulnerabilidade deva ser abordada por ela, ao mesmo tempo sugere que essa questão precisaria ser atendida com cuidado, entrar nas questões pessoais, como afirmou.** Mas anteriormente, como observamos, foi dito que questões mais profundas que exijam maior investimento em vínculo, a entrevistada entende que estão pouco contempladas no horizonte de seu trabalho e de suas possibilidades institucionais. Sendo assim, a exemplo de apenas um tema, a vulnerabilidade, como parte integrante dos conceitos utilizados pelo Programa no campo das DST/Aids, apresenta-se como uma questão de conciliação problemática à sua prática profissional. Refere-se, ainda, em mudança de comportamento a respeito de alguma possibilidade de expectativa frente aos pacientes que correm risco: “Acho que a questão das DST está programada para pegar as pessoas numa determinada faixa etária e mesmo assim não está educando, está apenas informando. Não está modificando o comportamento das pessoas, nem sei se tem que mudar, mas ela não consegue realmente atingir as pessoas”. Trata-se de uma referência que não é explorada na entrevista, mas aparece como uma fala que pode ser de outros profissionais ou ainda daquilo em que pode ter se sentido cobrada como produto de seu trabalho.*

Você sente algum conflito ou contradição entre a sua formação na faculdade e as práticas que você desenvolve atualmente no Programa de DST/Aids, como você acha que essas coisas conversam?

Não é conflito... eu acho como formação, nos atendimentos, no aconselhamento as coisas até acontecem, até de uma forma plena. Agora acontece no aconselhamento, num nível profissional, do que você pode dar fica limitado; você pode muito mais que aquilo, para ser aconselhador você não precisa ser psicólogo. Apesar de que dependendo da tua formação, você tem um olhar diferenciado para a situação. Talvez seja esta a falta que eu sinto; não ser tão aconselhador e em alguns momentos atuar como profissional. Não acho que é só psicologia, serviço social também. Agora como a gente pode conversar, alinhar essas coisas eu não sei, é difícil, é meio complicado.

*Mediante a aproximação entre os dois temas, formação e sua prática frente os aspectos do Programa recai, novamente, no impasse anterior de reconhecer que não obtém respostas de como melhor articular sua formação com sua prática de trabalho atual. Sendo assim, sua perspectiva se encontra na barreira que já pode delinear: “para ser aconselhador você não precisa ser psicólogo.” **Seus impedimentos são bastante profundos, pois a escolha da psicologia é parcialmente negada, poderia ter sido outra e foi por acaso e seu exercício do dia a dia profissional poderia ser exercido por um outro profissional que não seja psicólogo. Trata-se de uma constatação que mesmo sendo pensadas separadamente produz um efeito paralizante em sua capacidade de investimento profissional.***

Então você acha que seu trabalho como psicóloga nem precisaria ter formação como psicólogo?

Não! Temos educador, assistente social. Não descarto que ali a gente vê algumas coisas, avaliar algumas coisas melhor, fazer um encaminhamento dentro da área de psicologia. Mas em nível de formação, formação plena eu me sinto meio vazia.

Cada vez que você percebe isso, que outro profissional poderia estar no seu lugar, isso traz desconforto?

Aqui não traz, mas em UBS trazia muito desconforto. É certo que ali até tinha espaço para psicólogo, porque tinha que organizar, montar, mas para minha formação eu via que não era eu quem deveria fazer organizações. Aqui não me incomoda tanto, mas no ambulatório de transexualidade já me incomodou bastante. Não tenho como buscar instrumentos nesse momento, mas poderia estar fazendo outra coisa. Mas não me incomoda muito não...

Porque será que afirma que não sente desconforto pelo fato de que outro profissional poderia fazer o que faz? Será que isso está referendado pela instituição e a renúncia de sua atividade como psicóloga está garantida pela cultura institucional fundamentada no programa de DST/Aids? A entrevistada demonstra a tentativa de encontrar certa adaptação ao processo de inserção e prática pelo campo institucional, mesmo que reconheça que sua forma de trabalhar dispõe de pouco amparo dado pelo patrimônio de sua formação, parece encontrar certo apaziguamento entre as dificuldades e falhas que observa na formação, por um lado, e a assimilação de determinados conceitos como vulnerabilidade no campo do Programa de DST/Aids, por outro. Mas tal apaziguamento que parece ter encontrado faz com que a reflexão não atinja proporção maior, a ponto de produzir uma crise que orientasse novas buscas ou rupturas. No entanto, a presença de outro ambulatório como o TT, no qual imagina que poderia outro tipo de psicólogo passar a lhe incomodar; sendo assim, a solução psíquica encontrada pela via desse apaziguamento também mostra-se falha e provisória.

O fato de não precisar ser psicólogo já te fez pensar em algum caminho alternativo, de como você faria nessas situações?

Talvez nessas questões da sexualidade, transitar mais com o usuário, abordar as pessoas que estão extremamente angustiadas e não só com a questão da

sexualidade e HIV, mas com outras questões também. Elas sentem aqui como um continente delas e talvez desse para fazer alguma coisa mais breve, mais limitada, trabalhar alguns focos, delimitando algumas coisas, fazer um contrato mesmo com a pessoa, e quando tivesse alguma melhora, dar alta ou encaminhar para outro lugar para trabalhar algo mais de fundo.

Nesses momentos, se você fizesse isso, você acha que estaria usando melhor a sua potência e da sua formação?

Acho! Durante todos esses anos eu acho que a grande lição é ter a clareza de que quando se trabalha com a saúde pública não se dá conta do total, mas algumas coisas mais específicas, que dá para dar conta; delimita foco, faz contrato claro com as pessoas que vai trabalhar aqueles aspectos. Degladiiei muito com relação a isso nesses anos todos, e foi aí que eu consegui me aliviar mais com essas demandas. Como está acontecendo aqui com o ambulatório TT, que tem uma fila enorme. Quando você está numa unidade básica de saúde, você é única. Se formos ver uma parcela da população que vem aqui, tem suas angústias etc. Eu iria um pouco por essa linha; mas comporta num CTA? Eu acho que comporta porque pelo menos você não teria uma reincidência tão grande de pessoas buscando tanto testagem assim. E não é testagem que se quer, vem constantemente buscar testagem pela característica da instituição; ela é continente. Agora o que ela faz com isso é outra história, mas que ela contém ela contém.

*O tema da incompletude no trabalho do psicólogo e de que a instalação profissional se dá em partes, permanece na estrutura geral das respostas dadas. Aqui novamente temos este exemplo; “a grande lição é ter a clareza de que quando se trabalha com a saúde pública não se dá conta do total, mas algumas coisas mais específicas, que dá para dar conta; delimita foco, faz contrato claro com as pessoas que vai trabalhar aqueles aspectos”. Mas o que seria trabalhar com o todo? Como poderia ser feitos recortes, caso fosse, das partes que se poderia trabalhar? A entrevistada reconhece que a sexualidade se mostra um tema possível e que diz respeito ao trabalho do psicólogo. **Entende que***

sexualidade deveria funcionar como um tema fundamental para seu trabalho, mas é novamente interrompida pelo contraponto de seu pensamento de que o setor em que se encontra não legitimaria tal trabalho com o tema identificado, que ultrapassaria os limites de uma proposta programática. Torna-se reeditada, novamente, a perspectiva da descontinuidade de seu trabalho como psicóloga: “Eu iria um pouco por essa linha; mas comporta num CTA? Eu acho que comporta porque pelo menos você não teria uma reincidência tão grande de pessoas buscando tanto testagem assim”.

Algo que gostaria de complementar que pode ter ficado perdido nas perguntas ou na sua fala?

Eu não fui atrás da psicologia, ela se encaixou na minha vida. Eu poderia estar produzindo muito mais, poderia estar fazendo outras coisas. Mas fiz como se apresentaram a mim: você vem de classe pobre, tem que trabalhar para pagar faculdade, chega na casa dos trinta, deseja ter filhos, tem filhos, para mim um dos investimentos melhores da minha vida! A grande revolução começa na família... eu acho que a psicologia me fez sofrer muito, será que estou no caminho certo, fui buscando e quando você veio com esta entrevista e daí eu fui buscar as pessoas perdidas... nossa me deu vontade de me reorganizar me deu um ar gostoso! Pensei que preciso fechar mais minha organização. A vida da gente é isso, precisa-se procurar outras coisas, produzir. É isso!

A entrevista é finalizada pela dimensão transferencial que reaparece como espécie de juiz que relembra a entrevistada dos percursos interrompidos, dos caminhos não feitos e daí das pessoas que um dia fizeram parte de seu convívio profissional e que se perdeu contato: “Eu poderia estar produzindo muito mais, poderia estar fazendo outras coisas”. *Suas escolhas pessoais, ser mãe, por exemplo, é mencionada como uma referência que deve suportar sua perspectiva dos penosos caminhos profissionais:* “será que estou no caminho certo?” **Sendo assim, a dimensão de descontinuidade e rupturas marcam o tom da entrevista do início ao fim, somado aos importantes aspectos**

transferenciais em que a situação da entrevista, seu enquadre e entrevistador deram à entrevistada a possibilidade de operar construções de pensamento e lembranças relativos a seu sentimento de dívida com sua formação, a premência de encontrar caminhos mais acertados e a dúvida da potência de seu trabalho.

Entrevista 2

De que modo você descreve sua atividade cotidiana como psicóloga com os pacientes que você atende?

Hoje realizo atendimento individual, faço psicoterapia individual, com pacientes infectados com hepatite C ou B, e também os coinfectados com hepatite e HIV. Atendo também pacientes do hospital-dia, um atendimento focal, depois falo de cada um, também com aqueles que estão fazendo quimioterapia. O atendimento do hospital-dia é mais um atendimento focal, se já tem uma referência do CRT... recebemos tanto pacientes internos, como pacientes externos. Os externos já têm uma equipe de referência. Mas às vezes precisam de um atendimento mais focal. Aí termino abrangendo as três áreas, HIV com as patologias com que trabalho, não HIV e os que fazem tratamento aqui. Os pacientes daqui são casos mais pontuais; quando estão em tratamento aqui neste setor. Se no local onde o paciente faz acompanhamento do HIV tem psicólogo, procuramos encaminhar para lá, mas se não tiver esse apoio eu faço isso aqui. Mas se o paciente tem sua equipe, mas nunca passou no psicólogo, daí faço o acompanhamento aqui neste setor, se estiver em tratamento no hospital-dia, neste período de tratamento. Às vezes esse atendimento é feito no leito, o paciente está ali, tomando medicação e faço o atendimento. Às vezes o paciente externo não tem acompanhamento no local de onde vem, daí faço esse acompanhamento, levamos todo medicamento numa sala, então faço esses acompanhamentos. Às vezes a quimioterapia é mais longa, alguns são rápidos, outros não. Daí, fico no atendimento durante esse período.

Como em geral se dão esses atendimentos, no início, o paciente pede ou você costuma visitar todos?

Então, Ricardo, isso mudou, eu já trabalhei aqui numa outra época. Isso é bem diferente hoje. Eu já circulei em vários lugares aqui. Na primeira vez em que eu trabalhei, peguei a época em que não tinha essas divisões, a gente era de todo lugar. Eu era do hospital-dia, eu que fiz minha maneira de trabalhar lá. Não tinha hepatites naquela época, e tinha crianças também, eu ia ao leito todos os dias. Eu oferecia meu trabalho; eu me apresentava, dizia que era psicóloga de lá, e que se a pessoa quisesse, eu poderia fazer o acompanhamento então fazia com a criança, adultos, com todos estivessem lá. Então era alguma coisa que eu não parava. Nessa volta minha para cá, isso mudou, teve outro formato: como existe a equipe de referência o paciente continua com a equipe de referência, eu não ofereço mais para as pessoas da quimio; ou vem pela solicitação do médico, que percebe uma necessidade ou pelo paciente que solicita; dessas duas maneiras. Que pode ser um atendimento focal, breve ou um pouco mais longo; e aí no ambulatório de hepatites, é que todo o paciente deveria ter uma avaliação pelo psicólogo antes de fazer tratamento. Tem uns que têm indicação, outros não; para fazer o tratamento então eles devem passar por avaliação; a ideia é que eles estejam mais estáveis para iniciar o tratamento. Porque o tratamento tem uma interferência muito grande no emocional do paciente, e aí é feito um acompanhamento psicoterápico.

*A entrevistada mantém-se num processo de descrição dentro de um modelo que sugere certa busca de equilíbrio na interação com o entrevistador que procurava objetividade em suas descrições, apresenta aspectos, preserva aparente distância entre ela e o paciente, e possivelmente com o entrevistador. Como se algo devesse se manter sóbrio, estável, sob controle. Descreve sua prática fundamentada numa atuação clínica, a partir dos apoios técnicos e metodológicos do campo das psicoterapias, sendo assim, sua identidade como psicólogo está construída na qualidade de psicoterapeuta. **É possível que a dimensão da doença do paciente configure uma inserção mais claramente psicoterápica para sua prática, daí o lugar da doença do paciente pode confirmar o seu lugar na instituição, nesse contexto.***

E aí o tempo desses acompanhamentos é definido por vocês psicólogos, pelo paciente, nunca determinado pela direção?

Não. Pode ser a longo prazo.

Como você faz o paralelo de sua formação, graduação para a maneira de atuar na sua prática hoje?

Eu vejo mais após a graduação, porque eu fiz especialização em psicologia hospitalar. E aí, isso realmente me influenciou bastante, tanto que comecei a trabalhar com pacientes com HIV, desde essa época de minha formação. Então foi por aí... que quis trabalhar com pacientes com doenças, e que tinha toda essas questões que me encaminharam para esse trabalho.

Algo da graduação também te influenciou a ir para essas áreas?

Eu não acho que foi pela formação. Após eu me formar fiz especialização em psicodrama e colegas que tinham feito hospitalar, e comecei a me interessar e quis fazer o curso também. Já tenho 20 anos de formada, mas naquele tempo não tinha muito curso nessa área, hoje vejo que nas faculdades se fala muito disso. Mas vi também psicossomática, que eu gostava muito também e que me chamava atenção, mas esse despertar foi mais depois da formação de graduação. Foram caminhos; uma coisa de que sempre gostei foi da saúde mental, da parte psiquiátrica, de trabalhar com psicóticos, tanto que fiz especialização em saúde mental, e fui para hospitais psiquiátricos, fiz estágios. Acho que universo hospitalar me interessava, até antes da faculdade, eu me encantei com a loucura, então antes da faculdade... fui fazer psicologia por causa disso. Eu gostava dos transtornos mais graves, é uma população que tem muito a questão da discriminação, que eu acho que tem a ver com o nosso universo, a questão da Aids. Tenho colegas que falam que escolhi sempre áreas muito pesadas, elas acham. Trabalhei vários anos em hospitais psiquiátricos, não sei se já comentei com você. Esses dois universos tem a questão da discriminação, das pessoas excluídas socialmente, era algo que vinha para mim

até antes da minha formação, acho que isso me levou para a psicologia. Não sei se respondi...

*A questão da formação fica intocada, na medida em que reconhece que seu direcionamento se deu após sua graduação. Mesmo a pergunta tendo sido feita de forma explícita, a graduação, ao não aparecer como um marco importante, parece ter sido colocada numa condição de referência a ser superada. É provável que tal apoio pode ter funcionado como algo insuficiente, de baixa capacidade de preparação: o psicodrama deu subsídios, e acredita ela que os cursos de psicologia hospitalar também o fazem, bem como a psicossomática: “Eu não acho que foi pela formação, após eu me formar fiz especialização em psicodrama e colegas que tinham feito hospitalar, e comecei a me interessar e quis fazer o curso também. Já tenho 20 anos de formada, mas naquele tempo não tinha muito curso nessa área, hoje vejo que nas faculdades se fala muito disso”. **Outro aspecto importante que nos parece relacionar com a inserção do desse profissional é um manifesto apego pelas patologias graves, como ela mesma chamou. A patologia grave, seja a psicose ou a Aids dá um caráter definidor de sua prática pelo caráter da doença; isso parece lhe dar uma segurança dentro do campo da saúde, sendo assim, a doença é estruturante para seu trabalho.***

Você considera que o conhecimento adquirido por você na formação foi útil e aplicável no seu cotidiano de hoje?

Vejo que a formação foi algo que veio depois também da graduação. Acho que a formação dá uma base, mas acho pouco para a sua construção profissional. Acho que até minha linha teórica, como o psicodrama, eu não via quase nada na faculdade, na minha época era quatros anos de formação, hoje já foi reduzida.

Você consegue trabalhar com essa formação aqui no CRT?

Sim, também porque não é só técnica; tem toda uma visão de mundo de homem, de adoecimento. A gente não pode ser fechado, mas precisa ter uma linha mestra que te orienta. Eu trabalho com isso, com HIV, hepatite e meus atendimentos são dentro

dessa abordagem. Então eu acho que minha formação toda foi muito importante para meu trabalho de hoje, meu curso de psicologia hospitalar também porque a gente evolui em prontuário, a gente tem orientações para isso, sair do setting, de você poder trazer novas formas de atendimento, sair dessa clínica fechada de consultório. Eu acho que a questão da saúde mental tem-se quando se vê os psicóticos e tudo teve uma bagagem importante. Eu não consigo separar, vejo a graduação como um início, se não fossem todas essas formações que fiz, tudo teria sido diferente. E a gente vai escolhendo caminhos. E essa minha linha tem tudo a ver com o meu trabalho de hoje.

*Como na primeira e segunda falas, a entrevistada recoloca a questão da formação num plano distante, de menor importância para aquilo que ela faz e desenvolve em seu trabalho atual, inclusive chama de formação como sendo aquilo que ocorre após a graduação ou pelo menos, com maior ênfase nesse período posterior quando realiza os cursos que menciona. Até o momento, a graduação, como referência de formação, está mantida numa perspectiva mais distante e de menor força no processo de trabalho em que está inserida. **É importante, já de início, notar que a entrevistada atua numa perspectiva de psicoterapeuta tanto individual quanto em grupos e que, portanto, sua identidade como clínica está preservada no âmbito da instituição.***

Hoje você acha que seu trabalho aqui conversa bem com todas essas formações pelas quais optou?

Sim, com tudo. Desde minha abordagem, na maneira de compreender a pessoa, de como me relaciono, minha postura. Apesar de dizerem que psicologia hospitalar pode nem ser uma especialização, mesmo, mas foi muito importante, me deu uma bagagem muito boa, não sei se pelos professores que tive. É uma escola muito boa que tem lá... é diferente de consultório que as pessoas querem levar o mesmo formato para as instituições. E isso me ajudou muito estar dentro de instituições, e o psicodrama trabalha com grupo também. Ah, uma coisa que eu não falei é que a gente lá na hepatite, a gente está fazendo grupo também... Quer que eu fale desse grupo também?

Quer falar? Pode falar!

Então, a ideia é fazer um grupo que a gente pudesse oferecer aos pacientes, que estão em tratamento, um espaço de apoio, de orientação e intervenções pontuais. Não é psicoterápico, é psicoeducativo para as pessoas que estão em tratamento, para que possam trocar com outros essa importância desse apoio, de quem está vivendo a mesma coisa. A formação em Psicodrama me deu uma bagagem boa para questão de como funciona o grupo, como deve ser nossa postura no grupo, como sendo de ser um facilitador ali dentro. Eu não consigo separar minha formação de minha vivência.

Há quanto tempo começou este trabalho de grupo?

Em maio.

É um grupo contínuo?

É um grupo aberto; uma coisa meio complicada grupo aberto, o paciente vem quando quer. Inicialmente a gente está convidando. O médico deve encaminhar o paciente que está em início de tratamento, isso parece que tem um peso grande. A gente manda um convite, por escrito, para o paciente a participar do grupo, um convite formal; lógico que não vai todo mundo. Mas tem ido algumas pessoas. Foi a maneira que a gente tem conseguido para as pessoas participarem. Porque se colocar cartaz muita gente nem lê, ou fica muito distante. Como aproximar de fato? E quem vai pode perceber o que é; muita gente foi e voltou, e na verdade está tudo muito recente.

Como o setor recebeu isso?

Varia, tem pessoas que acham interessante, outros não se interessam muito. Acho isso complicado, não trabalhar numa equipe coesa, e a gente perde muito com isso. Alguns nem sempre encaminham, nem sempre compram a ideia de fato. A gente

pode entrar por esse caminho? Acho que falta isso onde eu trabalho; é cada um muito por si! Se tivesse um grupo fosse fazer um trabalho conjunto... Por exemplo, já se foi falado que necessário o paciente passar na psicologia, mas nem todo médico encaminha. Tem uns que encaminham sempre, tem outros que encaminham quando acham que não conseguem resolver sozinhos e outros que nunca encaminham. Eu já recebi paciente uma vez que estava com uma depressão muito grave, a equipe de enfermagem percebeu, porque são eles que aplicam o medicamento, aí os auxiliares encaminharam. O médico sequer encaminhou quando devia e nem percebeu que o cara estava assim. Ainda bem que alguém da equipe percebeu e encaminhou. Com esse grupo têm aparecido pessoas, pelo convite, que nunca foram encaminhadas, passaram por situações muito difíceis e nem sabiam que tinha psicólogos lá. Isso atrapalha muito o trabalho da gente, a gente poderia atingir um número maior de pessoas e não.

*O percurso da entrevistada identifica questões de desafios para o enfrentamento na vida institucional da ordem do convívio do psicólogo na equipe de trabalho como um todo. O cuidado da entrevistada em organizar seu percurso das respostas parecia ficar mais claro, na medida em que sua questão de maior conflito se dá justamente na posição do psicólogo com relação aos outros profissionais, principalmente os médicos. Por isso que quando apresenta parte de seu trabalho, a exemplo do grupo que recentemente havia proposto, diz: “Acho isso complicado, não trabalhar numa equipe coesa, e a gente perde muito com isso. Alguns nem sempre encaminham, nem sempre compram a ideia de fato. A gente pode entrar por esse caminho? Acho que falta isso onde eu trabalho; é cada um muito por si!”. Sendo assim, expressa seus conflitos no âmbito do trabalho, a partir dos mecanismos, a partir dos quais a equipe se organiza e recebe as propostas, como se houvesse por parte do grupo de colegas um desconfiância da perspectiva aberta pelo psicólogo. Deste modo, o trabalho exposto – a partir da perspectiva da clínica, psicoterapia e grupos psicoeducativos – como chamou, parecem despertar, na visão da entrevistada, uma aceitação parcial, porém não explícita por parte de sua equipe. **Sua fonte de conflitos localiza-se na tentativa frustrada de dimensionar o campo psíquico ou psicossocial como visão sobre o paciente, sendo assim, para ela é clara sua forma de intervenção e a clínica que propõe.***

Desde que começou teu trabalho no universo da Aids, você sentiu necessidade de repensar aspectos de sua formação, de procurar outros caminhos além daqueles que você já tinha trilhado?

Assim, estudar, acho que temos que estudar sempre. Aprender, acho que estamos sempre aprendendo, temos que conhecer mais da doença, reações psicológicas. Então temos que ter também esse olhar. Precisei ter esse tipo de conhecimento. Como te falei; fui seguindo estes caminhos, não acho que o paciente com HIV vai ser diferente dos outros, no sentido de ter um psiquismo específico que eu fui ter que aprender uma coisa diferente para trabalhar. Eu já tinha os instrumentos para atender, fui buscar essas informações, é importante saber dos medicamentos, como o Interferon, da hepatite, que traz uma irritabilidade, não é uma coisa do nada. Se eu não soubesse disso, poderia ter outro olhar para a situação. Tem um momento do tratamento em que o paciente fica mais sensível porque tem uma droga no organismo dele. Esses conhecimentos são necessários; não que a gente tem que conhecer profundamente, mas a gente tem que ter noções. Então acho que esse universo precisei ter um certo conhecimento, sobre o que é essa doença, sobre a discriminação que existe, como é esse ser dentro de um social que não aceita, que tem toda uma história de estigma. Acho que entra mais como conhecimento nesse sentido. Não como um psiquismo que seria diferente.

O campo daquilo que é sua especificidade como psicóloga está assegurado pelos processos de estudos complementares que fez, o complemento que se faz necessário está ligado às patologias físicas e seus efeitos sociais que na qualidade de psicóloga deve se apropriar. As noções que regem a abordagem que faz aos pacientes foram mais construídas pelos cursos complementares a que refere e menos pelas exigências institucionais que incidem sobre sua prática.

Quais têm sido os principais desafios que você tem enfrentado no atendimento ao paciente ou com relação às questões institucionais?

Acho que é sempre o desafio maior é institucional. Lógico que às vezes vem casos mais complicados, que a gente precisa trocar, pacientes que tem HIV, situação de vida muito delicada. Talvez seja o trabalho mesmo de equipe, da gente ter um apoio institucional maior, de a instituição apoiar como de fato poder ajudar mais aquele paciente, escutar mais o profissional. Aqui nesta instituição nem sempre temos uma escuta... Por mais que se fale desta coisa interdisciplinar, vejo cada um por si, tem exceções. Nessa questão do grupo que falei, foi levado para a diretoria, que disse, “ah legal, implante”; mas não tem o compromisso por parte do resto da equipe. Manda-se um e-mail, mas não existe compromisso por parte do outro. Não vejo isso... daí você vê seu trabalho prejudicado porque o colega não contribui com você. Daí o paciente é o maior prejudicado; não sabe que tem direito àquilo, não se apropria daquilo. Ainda existem preconceitos. Outro dia o paciente disse: *porque tenho que fazer? Não sou louco*. Ainda existe esta visão, muito mais com o psiquiatra, mas com o psicólogo também, e não existe este trabalho conjunto que poderia funcionar muito melhor. Então há um descompromisso, a pessoa vem, faz seu pedacinho e vai embora. Eu acho que isso é um desafio muito grande, vejo mais nesse sentido. E ter apoio em casos mais complicado, que a instituição veja o paciente, mas veja também o profissional.

A dimensão do psicológico como uma ordem necessária e importante para o atendimento total do paciente no modelo em que a entrevistada descreveu seu trabalho fica, segundo ela, depauperado na perspectiva que tem de sua equipe de trabalho. Isso faz com que sua atividade de trabalho fique em parte remetida a uma experiência de desilusão frente às potencialidades do trabalho coletivo: “Nessa questão do grupo que falei, foi levado para a diretoria, que disse, ‘a legal, implante’; mas não tem o compromisso por parte do resto da equipe. Manda-se um e-mail, mas não existe compromisso por parte do outro. Não vejo isso... daí você vê seu trabalho prejudicado porque o colega não contribui com você”. Expressa nesses momentos, observação de certo cinismo com relação à sua equipe e que, portanto, o lugar do psicólogo, mesmo na condição de trabalhador em equipe interdisciplinar nem sempre está assegurado; os lugares não são seguros! No entanto, tal desilusão não está apenas no âmbito da equipe, mas também do próprio paciente que não vê sentido em procurar psicólogo: “Ainda existem preconceitos. Outro dia o paciente

disse: *porque tenho que fazer? Não sou louco*. Ainda existe esta visão, muito mais com o psiquiatra, mas com o psicólogo também e não existe este trabalho conjunto que poderia funcionar muito melhor”.

Você acha que as estratégias adotadas pelo Programa atendem as necessidades dos pacientes, na sua opinião?

Acho que completamente não. É difícil, é uma pergunta difícil. A sensação que eu tenho é que apesar de ter algumas diretrizes, as coisas funcionam ao seu modo. Cada lugar faz do seu jeito. Não existe um acompanhamento. Mesmo questões como o aconselhamento (que é uma diretriz) alguns lugares funcionam de um jeito, em outros, de outro jeito. Em alguns lugares é feito por equipe multidisciplinar, outros a triagem é feita só por médicos. Eu acho que é complicado, isso. Não existe, de fato, um padrão; existem essas diferentes estratégias e ainda existem as diferenças que são individuais que cada um faz ao seu modo. Vejo pessoas atuarem de um jeito, outras, de outro. Já vi pessoas que foram para o aconselhamento fazer teste de HIV e a pessoa jogou um monte de informação, não foi nem um pouco acolhedora. Não sei se é o preparado, mas as pessoas são meio jogadas. Você é psicólogo, eu sei, mas é um universo novo, as pessoas podiam ser melhores apresentadas a isso, para que comecem a trabalhar com isso. Aí começam a trabalhar e fazem de seu jeito. Se não cuida dá margem a acontecer qualquer coisa, desde muito boa a muito ruim.

A perspectiva daquilo que sejam as estratégias do Programa não ocupa uma posição central na vida profissional da entrevistada, por isso provavelmente que se expressa como “A sensação que eu tenho é que apesar de ter algumas diretrizes, as coisas funcionam ao seu modo. Cada lugar faz do seu jeito. Não existe um acompanhamento”. Tem críticas sobre a maneira como psicólogo é inserido nas estratégias do Programa, mas todo seu olhar está marcado por uma visão de alguém que observa de fora, para aquilo que são estratégias programáticas. Sua experiência não parece apoiada no patrimônio daquilo que foi identificado como modos assistenciais que particulariza o psicólogo no contexto das DST/Aids. Isto talvez imprima para este profissional uma diferença fundamental de se considerar a

organização e leitura de sua experiência. Há um reconhecimento de que existe nas instituições contradições que refletem no trabalho do psicólogo, sendo assim, sua experiência está organizada a partir da noção que tem sobre a sobrevivência no âmbito da instituição e das relações que esta promove.

Você sente algum conflito ou contradição entre sua formação para as práticas no universo DST/Aids?

Acho que eu não! Porque eu não permito. Sempre tive muito claro (acho pelo menos) do que é meu trabalho como psicóloga, então nunca concordei muito em desenvolver coisas que não fizessem parte desse meu papel. Claro que existem as coisas que são interdisciplinares, você desenvolve coisas em conjunto. Mas digo, desenvolver coisas que não cumprem meu papel, não. Não sei se estou sendo clara... Em relação a outras pessoas vejo isso. Começam a desenvolver coisas que não têm a ver com sua formação de fato e ficam em conflito, e outras por opção mesmo. Acho que as coisas que eu fui desenvolvendo... quando me pediram para fazer coisas que não cabiam a mim eu já recusei coisas... eu tinha um papel de coordenação em outra instituição, e me foi pedido coisas e eu disse não. Mas não me lembro mais o que, não era uma coisa frequente. Saía muito da área e foi respeitado.

Como foi informado pela entrevistada, ela logo que saiu da universidade direcionou a atividade profissional para algumas modalidades de clínica, por meio das quais percebia que poderia trabalhar no campo institucional. Esse direcionamento fez com que suas atividades profissionais estivessem em consonância com aquilo que estabelecia diálogo com sua escolhas de atuação de formações complementares e especializações. A ocupação das áreas como psicóloga se deram como consequência e campo de aplicação dessas formações. Refere-se a um tipo de posição profissional que se construiu, em parte, na edificação de barragens para que não fosse invadida por questões que poderiam por em risco a identidade de sua atividade como psicóloga. O entrelaçamento da entrevistada com o campo institucional parece ter ocorrido sob vigilância para que se mantivesse dentro de uma prática que pudesse responder à construção que fez nos cursos e nos

investimentos que descreveu. Sendo assim, ela identifica perigos no campo institucional para a vida do psicólogo, perigos que sente que tem conseguido livrar-se. Portanto, a vigilância e cuidados marcam sua trajetória, no sentido de manter-se dentro de certa posição na psicologia: “Acho que as coisas que eu fui desenvolvendo... quando me pediram para fazer coisas que não cabiam a mim eu já recusei coisas... eu tinha um papel de coordenação em outra instituição, e me foi pedido coisas e eu disse não”. Na medida em que reconhece certo risco de se fazer coisas que “não lhe cabem”, aponta para um movimento ameaçador na instituição. Talvez algo do trabalho de impedimento da invasão institucional a que se refere a entrevistada produza, na dimensão da transferência e no campo da entrevista, uma posição de igual cuidado que demonstra logo no início. Seria eu o entrevistador um suposto invasor, uma vez que ocupo uma posição institucional de coordenação?

Você acha que isso ocorre de outros profissionais definirem o que o psicólogo deve fazer?

As vezes sim. Até porque o hospital, essas instituições de saúde, os donos são os médicos, funciona ainda assim, não saiu ainda desse formato; o poderio é do médico, depois enfermagem, os outros são ajudantes. Muitos médicos ainda têm essa visão – não são todos. Tanto é que, por exemplo: aqui é uma instituição de tratamento do HIV, o paciente não pode estar aqui somente pelo tratamento psicológico, ele precisa estar em acompanhamento do HIV médico para ter acesso aos outros profissionais. As instituições são voltadas para o tratamento do HIV, tem que estar tratando do HIV, para passar no psicólogo, e outros. Alguns profissionais ainda lidam com esses profissionais como equipe de apoio. Daí eles querem determinar algumas coisa, cabe à postura dos profissionais de aceitarem ou não isso.

A entrevistada revela certa desvantagem na percepção da posição que ocupa o psicólogo, e isso faz com que sua inserção passe a ser revelada como de menor importância. Deixa mais uma vez a ideia de que uma das questões importantes que traz é da própria inserção do psicólogo dentro das equipes de saúde, como este profissional é visto e como seu trabalho é assimilado pelos outros profissionais.

Questão decorrente de trabalhar num território estrangeiro como diz que o “dono do lugar é o médico”; é possível que suas vinculações, em parte, sejam construídas pela condição de estrangeiro, como experiência que está na fundação de suas relações institucionais – a exemplo de seu cuidado na entrevista, o cuidado de se expor pode em parte explicar sua condição de estrangeira no território biomédico.

O que fazem que alguns profissionais são mais firmes outros não?

Acho que tem a ver, Ricardo, com o que você acredita, como você se sente, alguns psicólogos concordam com isso mesmo. Achem que estão ali como ajudantes, de fato. Alguns têm medo. Eu tinha alunos, aprimorandos na outra instituição, e eu via muito que os recém-formados tinham medo dos médicos, de ter acesso de conversar. Como se tivessem numa outra posição mesmo. Então tem uma questão cultural que foi criada; é como a gente se sente perante o outro profissional. É como você vê uma crença, pessoa, além disso, tem medo de perder o emprego, ou se aceita ou se perde o emprego.

Confirma que na sua experiência a condição do profissional de psicologia fica inferiorizada perante a presença médica na instituição de saúde. Constrói sua inserção no local de trabalho pela definição de sua prática, marcada, pelo apoio teórico em que se especializou, por um lado; de outro lado, a instituição de saúde – ainda para ela um território pouco confiável – parece-lhe oferecer perigos a sua sobrevivência. Sendo assim, as questões impostas pela formação saem de seu objeto de conflito, uma vez que os cursos posteriores são mencionados como muito mais fundamentais para organizar sua prática atual. Os aspectos que o Programa dispõe parecem pouco influenciar sua atuação profissional, uma vez que sua forma de inserção está muito aparentada aos modelos clínicos que se pratica em ambiente hospitalar, considerando que sua área de atuação é justamente num setor que é de caráter mais ambulatorial e hospitalar, de fato. No entanto, sua definição utilizada para compreender sua inserção na instituição, como estrangeira, imprime um caráter cuidadoso de sua expressão na entrevista e demarca uma orientação de sua trajetória de modo mais planejado e previsível, provavelmente movido por uma noção de menor exposição a riscos.

Alguma coisa que gostaria de complementar?

Acho que não, acho que falei bastante, só você quiser saber mais alguma coisa...

Entrevista 3

Como você descreve sua atividade cotidiana com os pacientes, como se fosse contar isso para alguém fora do meio.

Bom, eu entendo assim... eu entendo que o centro de testagem e aconselhamento. que a questão do pré-teste e pós-teste é um momento em que as emoções se intensificam muito de qualquer pessoa que chega nos serviço. e é um momento em que cabe atuação do psicólogo, tendo em vista que ele tem recurso para lidar com essa situação. É também um momento de reflexão de comportamento, enfim, de avaliar vulnerabilidades, que podem estar em diferentes contextos etc., tudo isso em conjunto com a pessoa, de ver possibilidades e limitações em relação ao risco que a pessoa poder ter. Em relação ao risco que a pessoa tem, as DSTs, cabe perfeitamente, eu me vejo assim dessa forma. Acho que é isso!

A entrevistada dá início à entrevista com as primeiras impressões frente à sua atuação e atividades. Tal enquadre da pergunta coloca a função do psicólogo em evidência. Talvez esta função possa ter sido objeto de reflexão ou dúvida para que sua referência tenha sido imediata “cabe perfeitamente”, como disse. Apenas pedi para que falasse de sua prática, não houve sugestão sobre a pertinência do psicólogo no contexto da atuação. Parece iniciar um sutil apagamento a respeito da sobrevida do psicólogo na prática em que está; na medida em que este tema aparece logo no pedido de descrição de sua prática, aparece como sinalização positiva, de que cabe perfeitamente; mas o que não cabe? O que pôde ter sido impedido de pensar que fez o, sim, aparecer de imediato? Estão colocadas em cena duas vertentes de ocupação do psicólogo; as emoções que eclodem e a reflexão sobre as vulnerabilidades, no entanto, não se detém em nenhuma delas, o que

poderia fazê-lo para descrever sua prática, como sugerido na pergunta. A entrevista pode ter reeditado um campo transferencial inibidor, defensivo em que apenas os dois temas, emoções e vulnerabilidade aparecem como justificativas e nortes para presença do psicólogo.

E na sua opinião, qual a contribuição da formação da universidade para você exercer as atividades que faz hoje?

Olha, na minha formação já existia, já começava existir a opção para psicólogos na instituição, então eu preferi ir para um hospital, orfanato alguma coisa assim eu não me lembro muito bem mas era uma instituição do que o tratamento, propriamente, clínico que era uma das opções também. Apesar de ter mudado muito desde lá, a gente foi se adaptando às mudanças políticas e sociais e agente vai se revendo também. Ele foi um facilitador sim, né? Eu segui mais ou menos aquilo que eu me propus desde quando saí da universidade. Era minha linha nunca fui de consultório.

A referência da formação é salientada como algo que lhe pôde ajudar, no entanto, a lembrança de um dos estágios que marca sua predileção pela instituição está apagada de sua memória. Um estágio que ocorreu durante sua formação e que, portanto, algo de sua formação passa despercebida, ocupando um lugar distante e pouco potente em suas referências. Um tom constante de esvaziamento parece dominar o campo transferencial que funda a relação de entrevista; as perguntas são respondidas de forma concisa, pouco explicativas e quase sem análises. O que pode estar indizível de uma experiência de vários anos na saúde? O que foi de fato apagado? Onde está o registro dessa experiência?

Você considera que o conhecimento adquirido na tua formação foi ou é aplicado no seu cotidiano? De que maneira você acha que isso ocorreu?

Ah, isso daí deve que se fazer muita complementação da graduação, muita mesmo. Deve que se fazer muito curso para poder acompanhar.

E você fez?

Fiz alguns... Foram muitos cursos feitos naquela faculdade que tem ... gente... não é a PUC, ela abria cursos para quem estava na instituição, mas a hora que lembrar... eu tenha lá em casa daí eu posso te falar.

Ok! E desde que você iniciou (interrompido) –

E os serviços públicos também ofereciam estes treinamentos... a gente também participava dos treinamentos que também são uma formação...

A formação com foco na graduação manifesta-se de menor valor quando declara que fez muita complementação após a graduação, esta, portanto, pouco é referida como apoio à suas práticas atuais. No entanto, seus complementos não são facilmente lembrados e o esquecimento marca a perspectiva da entrevistada como uma espécie de recurso individual para uma experiência complexa e coletiva; a instituição formadora, os cursos complementares, outras instituições que participaram em sua formação; tudo aparentemente está desligado de suas referências: “Foram muitos cursos feitos naquela faculdade que tem ... gente... não é a PUC, ela abria cursos para quem estava na instituição mas a hora que lembrar... eu tenha lá em casa daí eu posso te falar”. Talvez, numa dimensão transferencial, tenha achado que eu quisesse ou precisasse de dados mais objetivos como tais referências que poderia disponibilizar noutra oportunidade.

Desde que você iniciou este trabalho dentro do programa de DST/Aids, você sentiu necessidade de repensar sua formação e buscar novos conhecimentos, como?

Eu me lembro que era outro contexto, eu vinha de psiquiatria e depois de UBS; eu fiquei pouco tempo, a maior parte foi em psiquiatria de ambulatório de saúde mental, era outra demanda, outro contexto já modificava... eu tinha que entender a pessoa inserida nessa situação. Foi todo um processo que se iniciou a partir daí, entender desde a parte da doença, o que ela significava, e isso foi modificando desde que eu entrei. Eu vim para Aids desde 97 e 98 e coisas foram modificando, e quando

modifica, modifica também como lidar com essa demanda, é diferente na época quando ter HIV significava morte por falta de recurso, era uma coisa, receber este diagnóstico mas hoje existe o recurso de medicação que oferece a possibilidade de qualidade de vida e a morte nem está mais presente. É diferente esta assimilação, é diferente lidar nessa situação com a pessoa, todo processo psíquico dela é diferente. E a gente vai também se modificando, conforme as coisas vão mudando...

Do esquecimento ou apagamento de referências, dados da formação, surge nova experiência sensorial: a captura da dimensão temporal em seu processo de inserção na saúde, quando diz que tudo está mudando da psiquiatria para uma Aids em mudança, da doença e da morte para uma ideia em que morte está menos presente: "É diferente esta assimilação é diferente lidar nessa situação com a pessoa, todo processo psíquico dela é diferente. E agente vai também se modificando, conforme as coisas vão mudando"... No entanto, as mudanças de qualquer âmbito ou modo pouco aparecem em termos de seus conteúdos. Mantém-se a perspectiva de um apagamento de conteúdos; seja de sua formação, de como pôde experienciar mudanças, tal como sugere, pouco se sabe como era e como passou a ser.

Você acha que sua prática também mudou um pouco?

É a gente que tem que estar flexível e atenta para acompanhar, de acordo como as coisas vão modificando, não?

Quais aspectos ou conceitos da psicologia que você acha que teve que rever na sua prática?

O que foi forte para mim... olha... eu tive um momento que precisei... é como se eu tivesse que refletir e fazer um processo inverso; em vez de partir da teoria para a prática, eu tinha que partir da minha vivência, ir na teoria e ver o que eu tinha sentido, o que tinha entendido ou não. Então meu processo ele está focado na vivência, na prática, conforme as coisas foram acontecendo. Se você for buscar na teoria, você vai encontrar porque eu não estou falando de outra coisa; estou lidando

com processos psíquicos das pessoas que eu estou atendendo. Eu posso não fazer isso baseado num referencial em que a pessoa que eu estou atendendo ela já identifique – é psicanálise? É existencialismo? Sabe, ela não vai enxergar isso, mas isso não faz com que o processo não deixe de acontecer...

As referências daquilo que pode indicar ou subsidiar a prática, intervenção ou pesquisa em sua inserção na saúde mostram-se ausentes e quase sem função: “Então meu processo ele está focado na vivência, na prática, conforme as coisas foram acontecendo”. Como se a prática ou experiência na saúde ou ainda o campo da saúde assumem uma autonomia ou retroalimentação da construção do trabalho do psicólogo. Ela diz que trabalha o psiquismo e põe em dúvida se seria existencialismo ou psicanálise que poderiam ajudar, mas a questão não está minimamente formulada; tais referências teóricas poderiam aparecer em que circunstâncias em seu desenvolvimento profissional? Sendo assim, sua inserção na prática parece fundamentada pelas funções institucionais que estão no âmbito do SUS, do Programa de DST/Aids e está aparentemente nulo um possível patrimônio construído pela formação.

Então você acha que preservou bastante daquilo que viu na formação etc.?

Acredito que sim!

Quais são os principais desafios que você acha que enfrenta no atendimento aos pacientes que normalmente atende?

Desafios?... Desafios é a gente ter... o que me ocorre é que hoje em dia a prioridade é reduzir o diagnóstico tardio do HIV. Isso aumentou no número de pessoas para fazer TR (Teste rápido), e a pessoa tem a possibilidade de fazer muito teste. O objetivo é evitar o diagnóstico tardio. Isso aumentou a demanda e nem sempre houve aumento do número de profissionais que acompanhou, nem a estrutura do serviço. E agente tem um ritmo que se altera e a gente sabe qual é a proposta, ver a vulnerabilidade, ver com ela as possibilidades de diminuição de risco... fica conforme a disponibilidade que a gente vai ter. O meu papel está aí, na hora de avaliar a

vulnerabilidade de conversar sobre a diminuição de risco. E a partir do momento em que eu tenho que atender uma demanda muito grande esta aí para ser atendida, isso pode não feito. Fica só no diagnóstico, que é priorizar o diagnóstico precoce; tá negativo, tá positivo? Tá positivo, vai iniciar o tratamento? Vai falar para os companheiros que façam o teste também? Nem sempre está incluindo a questão da prevenção, e nem sempre o tempo em que encontro pode ser suficiente, porque é uma dinâmica, um emaranhado de questões que precisam ser explicitadas para serem trabalhadas também, isso é complexo também!!!

A questão formulada sobre a reflexão acerca de possíveis desafios a serem enfrentados na sua prática causa a princípio, estranheza na entrevistada, a ponto de expressar quase dúvida sobre a pergunta. Talvez de fato há na pergunta o pressuposto de que possam existir qualquer mote de indignação com a inserção profissional do psicólogo. No entanto, a forma em que está circunscrita nem permite tais reflexões; não há mais queixa frente apagamento ou quaisquer referências na pesquisa de construção do sujeito psíquico com o qual poderia trabalhar. É possível que este ponto nem se apresente mais como um fator de incômodo: “Desafios?... Desafios é a gente ter... o que me ocorre é que hoje em dia a prioridade é reduzir o diagnóstico tardio do HIV. Isso aumentou no número de pessoas para fazer TR (Teste rápido), e a pessoa tem a possibilidade de fazer muito teste.” O que há de desafio, este é interno da própria “meta” do Programa, portanto, os artefatos criados para o funcionamento das metas programáticas, neste caso, parecem ter se tornados as únicas referências do trabalho do psicólogo.

Você acha que na sua prática não consegue avançar isso, para completar esse lado mais complexo que está apontando?

Não! Então, eu vejo que em muitos usuários isso acontece em algum grau. Se vem cinco ou vinte, a gente atende, se vem trinta, a gente também atende. É uma pressão! É para atender, para atender e com qualidade! Muitas vezes se tem muita demanda num tempo curto, não dá para entrar nessas questões, fica resumido no diagnóstico precoce que é o que está interessando também, a prioridade é essa!

*Como observamos, a referência mais presente para o trabalho é a ferramenta programática do atendimento da testagem, consideração dos aspectos da vulnerabilidade, como exemplo. No entanto, a menção ao tempo curto ocorre para apontar uma espécie de crítica que faz no tocante às dificuldades encontradas para um atendimento de melhor qualidade. O tempo, se maior, poderia permitir um atendimento melhor mesmo dentro das estratégias programáticas. Demonstra um conflito em sua prática quando explicita que sente cobrada que deve fazer um atendimento de qualidade num tempo mínimo com muita gente. **Tal exigência sentida passa a ameaçar a possibilidade de abordar aqueles aspectos ligados à subjetividade do usuário:** “Muitas vezes se tem muita demanda num tempo curto, não dá para entrar nessas questões, fica resumido no diagnóstico precoce que é o que está interessando também, a prioridade é essa!”. Desse modo, mesmo que “condenada” a redimensionar seu papel a uma comunicadora de diagnóstico, a entrevistada não se estende nesse tema para demonstrar certa resignação frente a uma questão como essa.*

Como você se sente quando não consegue atender uma situação mais complexa?

Acho que é uma questão institucional, que precisa ser conversada, revisada; é uma questão ampla e também política eu não vou resolver sozinha. Eu vejo dessa forma. Eu também tenho que reconhecer meus limites; quais são as possibilidades de minhas intervenções e também os limites.

*As chamadas situações mais complexas, como se refere, parecem dizer respeito a questões psíquicas mais intensas daquelas pessoas que chegam para realizar a testagem, nesse momento será necessário “reconhecer limites” como diz e daí aparecem os impedimentos. É verdade que não os descreve, mas quais seriam exatamente tais limites? Ela disse “meus limites”, e não os institucionais; seriam coincidentes? **Aquilo que fora sentido como um limite de atender ou abordar no campo institucional – pelas condições do programáticas – pode ter se tornado um limite para a atuação que incide na singularidade do profissional que atende, uma espécie de fusão do sujeito institucionalizado e a instituição.***

Você considera que as estratégias adotadas pelo Programa atende as necessidades dos pacientes? De que modo você acha que isso acontece?

Se atende? Olha, eu enxergo... vamos considerar acho que existe por parte da demanda fazer o teste para saber o resultado e não fazer o teste num primeiro momento para conversar. Se for por aí, a necessidade de fazer o teste, e se a necessidade de demanda é essa que parece que é, então tá! Agora, se eu considerar num sentido que eu considero o que seja importante, que a pessoa não vem preparada para isso, que a gente pode conversar sobre o significado para ela não usar preservativo, o que o leva não usar. Para que a pessoa possa, pelo menos, pensar um pouco, a vivência do sexo. Se eu entendo que isso é necessário; tá ficando cada vez mais difícil isso acontecer. A gente consegue fazer quando dá, se não... E se a tendência aumentar a demanda e o número de profissionais não se ajustar, será apenas comunicar diagnóstico, penso que vai apenas piorar.

*Em alguns momentos a entrevistada revela conflito entre as possibilidades de abordar temas ligados à sexualidade do usuário, na ocasião da testagem do HIV, com a impossibilidade desse encontro ocorrer. Aquilo que havia de possibilidade de abordagem dos aspectos subjetivos do usuário, a entrevistada sente que diminui pela emergência de aumentar os números dos testes realizados. **Reconhece que haverá uma piora e que poderá ser, de fato, mera comunicadora de um diagnóstico, mas mesmo assim sua inserção neste processo fica intocada por ela. Como se algo dela havia aceitado tal condição ou se adaptado a um certo modo de pertencimento na instituição.***

Você sente que existe algum conflito entre sua formação e suas práticas aqui dentro?

Eu nem penso nisso! Eu nem atribuo a questão de faculdade. A faculdade não é tudo! Ela te dá um norte, é um início. O importante é o que vem depois, as especializações, a pessoa tem que continuar em pesquisa, eu não tenho essa

exigência do que passou pela faculdade, não fico pensando nisso. Eu não sinto conflito não!

Esta última resposta à pergunta feita produz algo que confirma o tom de toda entrevista “Eu nem penso nisso! Eu nem atribuo a questão de faculdade. A faculdade não é tudo!” A entrevista está atravessada por algo que parece ter adquirido um estatuto de impensável, mesmo após ter apontado que as possibilidades de abordar algo da subjetividade do usuário escapava de seu horizonte de possibilidades interventivas, a entrevistada não inclui tais aspectos como um conflito entre sua formação e sua prática no interior do Programa, na Saúde. É provável que sua adaptação e sobrevivência no ambiente da Saúde Pública, neste contexto, tenha produzido um apagamento de perceber como conflito as contradições que ela mesma aponta entre suas possibilidades de atuação. A formação fica fora da cena de suas lembranças, essa deve ter sido uma providência necessária adotada por seu sistema de defesa para que uma formulação de conflito entre Formação e Prática não ocorra. Apaga-se um dos polos e a inserção no SUS retroalimenta sua prática, mas ela fica impossibilitada de ser pensada.

Entrevista 4

Gostaria que você descrevesse sua prática como psicóloga com os pacientes.

Você diz no sentido das atividades?

Sim... das atividades no envolvimento das suas estratégias...

Então... deixa eu pensar um pouco... eu acho que é assim: se o interesse da pessoa é conhecer a minha prática, aquilo que eu faço, eu diria que estou a serviço desta instituição, uma instituição pública que em geral não tem um direcionamento muito objetivo sobre a finalidade do profissional psicólogo. Eu entendo que tem algumas funções que o psicólogo pode executar, e é isso que me orienta. A gente sabe que a pessoa na assistência a pessoa que vive com HIV, uma das possibilidades, já descrevendo minha prática, é acolher a pessoa que está em sofrimento psíquico,

angustiada com o diagnóstico e é transferida para o atendimento, e a gente procura entender junto com a pessoa o impacto que esta informação causa para ela. A gente identifica que tem uma estranheza nessa condição de ser portadora do HIV. Desde o começo a gente percebe que tem uma turbulência psíquica, digamos assim, e no decorrer dos atendimentos que a gente oferece o serviço. Meu foco é reconhecer os recursos psíquicos que a pessoa tem para lidar com o sofrimento que ela apresenta. Se é de ordem do impacto da imagem: “o que eu fiz”? O que está ligado ao estigma da pessoa se sentir culpada, daquilo que está afetando, lidar com cobranças que ela está fazendo, se ela é muito intransigente com ela mesma, se ela tem recursos próprios de flexibilizar um julgamento muito severo com ela mesma, isso se ela for muito severa ela não consegue pedir ajuda daí aquilo que é oferecido do ponto de vista da psicoterapia será pouco proveitoso.

A gente percebe que tem uma resistência que estará presente, então é olhar desses dois lados, como a pessoa se estrutura, e lidar com aquilo que surge ligado ao HIV e se a gente identifica que ela tem um sofrimento grande porque não se permite não procurar ajuda, pode ser que ela não tem uma base social de apoio e vai precisar muito do serviço, vai ater um apego diferente ao serviço; vai precisar muito do serviço. Entendo que minha prática vai estar voltada para olhar para isso: quais os recursos que a pessoa tem e como ela vai se relacionar com a instituição, e com o trabalho do psicólogo focando no atendimento individual. E aqui também é oferecido grupo que eu não participo, mas o paciente pode usar.

Nessa primeira resposta para descrição de seu trabalho, a entrevistada se mostra amadurecida na forma de enfrentar as várias questões que descreve. Apresenta alguns conteúdos de destaque: a destinação do psicólogo no contexto em que está, um pouco de seu enquadre e parte de alguns temas que direcionam sua atenção, sua escuta do material dos pacientes. A entrevistada aparenta bastante tranquilidade para falar daquilo que acredita ser seu papel frente aos pacientes da instituição, bem como das questões que, segundo ela, caracterizam as principais marcas das pessoas que recebem o diagnóstico de HIV. Apresenta que sua atenção centra-se na singularidade das relações e na individualidade que marcam a presença do HIV na vida de cada paciente, ao relacionar alguns temas do paciente, tais como culpa, estigmatização e seus recursos para tais enfrentamento. Indica que

estes orientam sua prática marcada, fundamentalmente, por um acolhimento que tria o paciente para os processos psicoterápicos. Sua fala é bastante estruturada na medida em que descreve sua prática de trabalho, durante quase toda entrevista.

Então é com esse olhar que você recebe o paciente pela primeira vez. Como ele sobrevive psiquicamente com o impacto com o HIV?

Sim, para ver o que ele precisa mesmo é um apoio mesmo, localizar o tipo de ajuda que a pessoa precisa. Às vezes a pessoa procura atendimento por alguma demanda do HIV, não saber revelar o diagnóstico para parceiro etc. Digo que a gente procura fazer uma leitura daquilo que está ligado a um sofrimento que não é bem um sofrimento que faz com que a pessoa não procure o médico, não procura o enfermeiro, mas procura o psicólogo.

*Mantém-se no mesmo tom tranquilo na interação com a questão da entrevista e com o entrevistador e segue explicando o formato de diagnóstico de cada situação de faz parte de sua abordagem aos pacientes. Mostra alguns temas que julga importantes para os quais devam estar voltada sua atenção, como revelação de diagnóstico a terceiros, impacto com o diagnóstico, o fato de que a pessoa esteja estigmatizada: “Meu foco é reconhecer os recursos psíquicos que a pessoa tem para lidar com o sofrimento que ela apresenta. Se é de ordem do impacto da imagem: ‘o que eu fiz’? O que está ligado ao estigma da pessoa se sentir culpada, daquilo que está afetando, lidar com cobranças que ela está fazendo, se ela é muito intransigente”. Ao mesmo tempo, deixa claro que seu modo de trabalho está definido por parâmetros do enquadre clínico. Inicia-se nesta fala algo que aparecerá durante a entrevista de modo mais intenso em alguns momentos: **a entrevistada passa a organizar seu pensamento a partir de ideias negativas ou bastante uso de “não”. São construções que poderiam ser realizadas de muitos modos, mas elas se formam de forma negativa; “está ligado a um sofrimento que não é bem um sofrimento que faz com que a pessoa não procure o médico, não procura o enfermeiro, mas procura o psicólogo”.***

Qual a contribuição da sua formação para a atuação nos atendimentos que você faz aqui?

Considero que é uma base... que você identifica alguns temas que são relevantes que faz você se nortear para procurar outros conhecimentos, aquilo que se aprende na universidade não é suficiente para subsidiar um atendimento no nível daquilo que a gente faz aqui. No ambulatório, você não tem dar uma resposta de uma mudança radical para personalidade da pessoa, ou uma pessoa que tem um nível de desorganização mental de tal forma que ela precisa ser contida ou medicada. A gente não lida com essas realidades aqui diretamente, mas está implícito tais situações, como exceção.

O que me motivou pensar num atendimento de psicologia, pensamento em saúde pública que eu já pensava em saúde pública, e não como consultório. Daí eu pensava já na formação a instituição que atravessaria a intervenção do psicólogo, então foi uma coisa que me orientou. Mas eu precisava de outros elementos também; seja no sentido de dar mais subsídios, conhecimentos saber fazer diagnóstico diferencial, saber intervir em situação de crise porque era alguma coisa que eu pensava mais nas situações-limite. Não sei se foi coincidência – eu estudei na Universidade X – numa época em que se privilegiava mais com o olhar da Psicanálise; você não tem uma resposta a priori, você não olha para mudanças específicas de comportamento ou colocar muito no ambiente as questões do comportamento. Então privilegiava mesmo o sujeito do conhecimento, do autoconhecimento, da Psicanálise. Para pensar numa intervenção que ajude o sujeito se conhecer, eu sabia que não seria uma Psicanálise tradicional voltada diretamente para as interpretações das manifestações do inconsciente, mas é também, mas que parte da busca do paciente tem a ver com isso; nesse sentido, a formação deu uma base. Eu jamais escolheria esses estudos do comportamento que sei que colaboram... eu trabalhei em caps e depois trabalhei em comunidade terapêutica, e o que percebi que a pessoa que tem um potencial para elaborar e você apenas intermedeia, mas quando alguém tem um déficit e você tem que ensinar passo a passo, daí esse outro modelo serve.

*A formação inicia-se referenciada ou identifica, no primeiro momento, como perspectiva da falha e da incompletude, mesmo não sendo as patologias mentais graves com que trabalha, como aponta. As questões que identifica como fundamentais a serem abordadas por seu trabalho como psicóloga parecem, por si, justificarem a forma de inserção que descreve como sua abordagem ou clínica: “você não tem uma resposta a priori, você não olha para mudanças específicas de comportamento ou colocar muito no ambiente as questões do comportamento. Então privilegiava mesmo o sujeito do conhecimento, do autoconhecimento, da Psicanálise.” É nesta perspectiva que parece pensar o seu objeto de trabalho com os pacientes, pois não se tratam de pessoas com graves demências ou outros. Assim, o início do diagnóstico, as formas por meio das quais vai lidar com o tratamento; suas culpas, revelações de seus diagnósticos a outras pessoas – parecem compor um universo de temas que se encaixam num modelo de clínica, mesmo sendo questões que estão no contexto do HIV e da instituição. **A fala da entrevistada, apesar de expor o caráter de ser bem estruturada e mostrar certo nível de organização, continua expressar-se por meio de negativos: “No ambulatório, você não tem dar uma resposta de uma mudança radical, para personalidade da pessoa...”** Torna-se bastante frequente a utilização do negativo, pela partícula negativa “não”. Ainda na mesma resposta: “A gente não lida com essas realidades aqui diretamente mas está implícito tais situações, como exceção”. **O emprego de construções negativas torna-se cada vez mais frequente durante a entrevista e passa a conviver com a organização de sua fala e exposição sobre seu trabalho de forma clara e bem estruturada: “numa época em que se privilegiava mais com o olhar da Psicanálise; você não tem uma resposta a priori, você não olha para mudanças específicas de comportamento ou colocar muito...”**. Seria possível que as construções negativas correspondessem à tentativa de tornar protegido o acesso a um conjunto de experiência, cuja consciência poderia abalar a organização da entrevistada frente ao seu trabalho e a forma de como enfrentá-lo?*

Você acha que o conhecimento adquirido na sua formação foi aplicável no seu trabalho cotidiano?

Eu gostei muito, muito do curso que fiz. Eu já tinha filhos na época, foi uma escolha e tomada de decisão e tinha já diretriz daquilo do que queria fazer. Mas a gente sabe que a formação não acaba nunca a formação e vai sendo cada vez diferente, ocupa um lugar diferente, uma coisa leva a outra, é uma coisa que é legal... a gente vai descobrindo coisas novas, se encantando com coisas novas, então isso desde sempre para mim. Não é só um acúmulo de conhecimentos teóricos. Sempre foi pensando que a prática vai exigindo você ir atrás de outros conhecimentos, e para mim é sempre um processo que não tem fim, mas a gente tem quer ter respostas naquilo que a gente busca. Se tem algum problema que não consigo me entender naquilo que eu estou fazendo, isso dispara uma busca. Aí vou ler um monte de coisas, ver opiniões, autores, para ver aquilo que está fora de mim. Nem sempre consigo formular muito bem onde está a dificuldade de me entender. Daí o treino que eu vou constatar aquilo que me inquieta e se está me dando resposta, será com os pacientes que eu atendo primeiramente. Se eu percebo que está surtindo resultado para pessoa, se me satisfaz como resultado se é coerente. E aqui do ponto de vista do CRT, se isso também se revela como algo que tem uma reposta institucional; não sei explicar direito isso que estou falando, mas entendo muito bem o que é que significa que a pessoa se dá bem com o resultado; por exemplo, uma pessoa que nunca vai aderir ao tratamento, mas ela vem adere ao cuidado, mantém o vínculo. A gente tenta de várias maneiras e a gente chega num ponto que é possível é uma resposta, não que me satisfaça; e, por exemplo, num ponto que não se vai mais além. E aí acho que é um desafio para mim e para a equipe.

O papel que a entrevistada reconhece para si, no processo de atendimento dos pacientes, parece oscilar entre aquilo que se aparenta como uma demanda do programa e suas exigências, como “dar respostas”, mas respostas ligadas a epidemia, como aderir aos tratamentos, etc.; e, de outro lado, procura se manter num registro de escuta clínica em que apreende o emergente de cada paciente, sem que haja, necessariamente, um direcionamento qualquer que tivesse sido subsidiado pelos conteúdos e objetivos do Programa. Sendo assim, parece que a oscilação que existe entre a permanência, entre ser uma clínica que atende o emergente do sujeito e alguém que observa as questões que são necessidades programáticas para o

*campo social, fica contida numa prática clínica, propriamente, sem que isso produza algo como ruptura com a formação: “Eu gostei muito, muito do curso que fiz. Eu já tinha filhos na época, foi uma escolha e tomada de decisão e tinha já diretriz daquilo do que queria fazer. Mas a gente sabe que a formação não acaba nunca a formação e vai sendo cada vez diferente, ocupa um lugar diferente, uma coisa leva a outra, é uma coisa que é legal... a gente vai descobrindo coisas”. Ou seja, o enquadre da clínica parece ser neste caso aquele que abriga e contém este duplo – uma clínica que sobrevive a uma exigência do conteúdo da clínica. Há um duplo que sinaliza resultados a serem avaliados: a relação clínica com o paciente e suas questões institucionais – “Se eu percebo que está surtindo resultado para pessoa, se me satisfaz como resultado, se é coerente. E aqui, do ponto de vista do CRT, se isso também se revela como algo que tem uma reposta institucional; não sei explicar direito isso que estou falando, mas entendo muito bem o que é que significa que a pessoa se dá bem com o resultado; por exemplo, uma pessoa que nunca vai aderir ao tratamento mas ela vem adere ao cuidado, mantém o vínculo”. **Há uma tentativa de tentar apaziguar “certa contradição” entre o paciente estar vinculado com o psicólogo e ao mesmo tempo não seguir tratamento, mas ao mesmo tempo há necessidade de encontrar razoáveis resultados para ambos “sucessos”: a clínica e o processo de tratamento do HIV/Aids propriamente. Parece que esta pressão institucional é sentida pela entrevistada que, no entanto, procura se satisfazer com aquilo que apenas um dos lados possa “ter sido satisfatório”. E ainda permanece sua organização pelos negativos: “A gente tenta de várias maneiras e a gente chega num ponto que é possível é uma resposta, não que me satisfaça; e, por exemplo, num ponto que não se vai mais além. E aí acho que é um desafio para mim e para a equipe”.***

E aí falando mais de instituição, desde que começou seu trabalho aqui, você chegou a sentir necessidade de repensar sua formação, buscar novos conhecimentos. Como ficou sua inserção como psicóloga?

Então, sim! Porque eu nunca... risos você vai rir... eu nunca tinha conhecido alguém que tinha HIV. Fiz um concurso, respondi coisas a partir de imaginar pessoas que tivesse Aids, aí comecei a trabalhar e comecei a perceber que as

peessoas vinham com a sensação de morte eminente, pessoas que estavam bem . Eu nunca tinha tido a ideia que tinha muitas maneiras de interpretar a questão da morte, perda e luto, luto de si mesmo do outro... Era uma referência que eu não tinha, de pensar que as pessoas que colocam essas questões, colocavam porque não é mais assim também...

Você começou em que ano aqui?

Em 1991. Então as pessoas associavam o diagnóstico a uma morte horrorosa, que deformava, e depois mata... eu não entendia onde começava um temor da perda de si, do corpo, da imagem da aparência, como medo do sofrimento da dor, daquilo que era do estigma o que era... sabe, não conseguia separar as coisas e ficava muito angustiada. Daí a gente conseguiu aqui uma supervisora que trabalhava no laboratório de luto, a Maria Julia Kovacs, que explicava para gente “isso é assim” etc. Fez a gente perceber... claro que num primeiro momento a gente buscava respostas que trouxessem alívio, mesmo que depois a gente questione, coisas que a gente aprende num momento que está muito angustiado e daí a gente passou por outras exigências. Naquele momento a gente precisava. Outra coisa que a gente precisou foi instrumentalização para trabalhar as questões institucionais, teve uma época que o pessoal da enfermagem exteriorizava muito sofrimento por tocar no paciente tocar neles, isso era muito perturbador. Havia muita rotatividade de profissionais e a gente se perguntava por que essas pessoas não ficavam... porque era uma realidade, então tem essas questões.

A entrevistada menciona diferentes momentos da epidemia pela qual passou e os desafios que entende que viveu de um modo geral. Refere-se à angústia vivida no campo institucional pelo fenômeno da Aids, uma angústia que dizia respeito a vários profissionais e que, certamente, era esperado que os psicólogos ajudassem no encontro de alívio para suportar uma doença grave em que as pessoas viviam experiências bastante radicais, como a questão do adoecimento com morte. Para profissionais como esta entrevistada, que está há bastante tempo e viveu vários momentos da epidemia, é possível que a expectativa tenha sido bastante intensa sobre aquilo que seria o resultado de seu trabalho e suas respostas às questões.

Este talvez tenha sido um aspecto que lhe trouxe um lugar bastante seguro no processo do trabalho do qual fez parte; o adoecimento físico do paciente. O adoecimento do paciente, o estado grave da doença e dos rumos ameaçadores da epidemia articulavam importante vinculação do psicólogo nesse processo, portanto, a doença trazia um sentido fundamental para o trabalho do psicólogo dentro do contexto que descreve esta entrevistada: “as pessoas associavam o diagnóstico a uma morte horrorosa, que deformava, e depois mata... eu não entendia onde começava um temor da perda de si, do corpo, da imagem da aparência, como medo do sofrimento da dor, daquilo que era do estigma o que era... sabe, não conseguia separar as coisas e ficava muito angustiada”. *Esta vinculação do trabalho do psicólogo com a doença e ainda uma doença fisicamente grave e socialmente estigmatizante trazia um sentido de urgência nas práticas propostas por psicólogos. A doença e suas perspectivas dotavam de sentido a permanência e a sobrevivência dos psicólogos no convívio do trabalho da instituição.*

Que aspectos ou conceitos da psicologia você precisou rever para o exercício do seu trabalho?

Eu tive uma experiência anterior num trabalho ligado a pessoas com sofrimento mental mais grave, que eram pessoas que saíam de internações, trabalhei em caps, em comunidades terapêuticas, então eram áreas temáticas. Também colocavam questões que extrapolam aquilo em que a gente foi formado do ponto de vista teórico. O que eu percebi desde lá é que têm coisas que são importantes, a formação individual, a preparação individual como terapia, análise pessoal – são estruturas importantes para subsidiar o que for feito. Por mais que as coisas são tematizadas, estruturalmente não são diferentes do ponto de vista de como você vai abordar como finalizar, do ponto de vista técnico, entretanto, como maior conquista como equipe que eu senti, porque não é todo mundo que se envolve, tivemos que aprender a construir, no processo de trabalho, que não perca a identidade na qual fomos formados, aquilo que continua sendo revisitado, reavaliado, reformado agente sempre vai reconstruindo...

A associação feita para relacionar – o que teve que rever para o seu trabalho no contexto em que está – fez com que aproximasse a ideia de buscas que deveu empreender com o risco de perda de sua identidade profissional. Sugere que seu trabalho em equipe colabora para que não perca sua identidade, sendo assim, mesmo dentro do processo como um profissional que exerce clínica, mostra sua preocupação com sua identidade.

Você sentiu ameaçada de perder sua identidade como psicóloga aqui?

Acho que sim! Em que sentido? No sentido em que a gente procura olhar a pessoa como um sujeito que têm habilidades, potencial, e aí o risco é transformar a pessoa num sintoma, num diagnóstico. É verdade que as coisas têm uma intensidade muito grande e então como você adapta isso de uma forma onde tem sofrimento. Às vezes você está comemorando uma grande vitória você também sai de si... Imagina alguém que está pilotando um Boeing e perde a capacidade de olhar objetivamente; ainda bem que têm outros que apoiam. Acho que também aqui, pensar na gente como profissional, como parte de uma equipe; eu não consigo separar, uma coisa está ligada a outra desde que você saiba que tem continência por parte de pessoas que dão atenção a essas questões que eu posso ficar muito angustiada e ficar cega.

O ponto fundamental que parece ligar o vínculo da profissional na dimensão institucional, neste caso, exerce a ameaça à identidade profissional: a doença, o adoecimento, a dimensão da epidemia e gravidade física do paciente vinculam o profissional, mas funcionam como um excesso que ameaça paralisar: “No sentido em que a gente procura olhar a pessoa como um sujeito que têm habilidades, potencial, e aí o risco é transformar a pessoa num sintoma, num diagnóstico. É verdade que as coisas têm uma intensidade muito grande e então como você adapta isso de uma forma onde tem sofrimento.” A doença física que liga à sua inserção profissional é também, em seu excesso, o risco perder seu objeto de intervenção e análise. Mas a entrevistada parece, sob vigilância constante, ter conseguido organizar-se em meio a um equilíbrio de forças.

Quais foram ou são os principais desafios que você enfrenta nas questões trazidas pelos pacientes?

Eu acho que tem que fazer o exercício de não ficar capturada pela sensação de impotência que sempre está batendo à porta. De fato existe muita demanda para aproveitar todo potencial que o paciente traz, porque nesse momento de turbulência pode ser um potencial muito grande de transformação para a pessoa. Muita gente até fala isso; “nossa se não fosse esse momento de crise eu não descobriria tanta coisa”. São momentos anteriores a essas constatações que a gente fica um pouco na pecha da impotência, que eu acho super grave. Acho grave achar que não tenha, acho grave ficar capturado por ela. E para que isso não aconteça, acho que a gente faz uso daquilo tudo que você levantou; quais são os recursos que a gente lança mão individualmente, que nunca é individualmente, sempre aquilo que você recorta do grupo, seu ambiente de família etc. É estar sempre atento para isso, nem para aumentar demais que pode ser uma resposta para angústia, nem diminuir demais que também é outro tipo de resposta para a mesma angústia. Procurar sempre encontrar uma referência que você pode olhar para o resultado e falar “que bom, mas falta isso”, “que bom agora vou fazer aquilo”; e procurar resultado também! Eu entendo que sempre é possível, no contato com o paciente, dar um tempo e olhar para a pessoa para que a pessoa se olhe, se mostre, se enxergue...

O contexto daquilo que é grave e do que parece urgente manifesta-se e confirma a fala anterior que funciona como um paradoxo; ao mesmo tempo em que vincula a psicóloga/entrevistada em suas formas de intervenções, também produz, como ela diz, um campo de sensação de impotência. Da impotência frente ao paciente em crise? Frente à condição de desespero com relação ao seu diagnóstico de HIV e o desconhecido que lhe aguarda? Impotência por não dar “melhores” respostas àquilo que lhe sente exigido pela necessidade de respostas à epidemia e questões referentes a enfrentamentos como adesão e outros que são respostas a serem dadas ao Programa que numa certa medida recai para uma questão da subjetividade? O horror de cada paciente é bastante desafiador para o psicólogo, no entanto, está bastante afeito a atividade clínica. Contudo, escolher caminhos que melhor dialoguem com as necessidades de respostas de questões que possuem

traços ou marcas da subjetividade nem sempre são hábitos técnicos da formação dos psicólogos...

Você considera que as estratégias adotadas pelo Programa atende as necessidades dos pacientes?

Então, eu acho complicado... não tem uma resposta única, tem muitos problemas para diversas questões. Em diversas áreas, diversos problemas. Já que nós somos incluídos dentro do Programa como uma base de ação do próprio Programa, acho que tem questões relacionadas com o serviço. Quero dizer que a gente está sob demanda que diz respeito ao bem-estar do paciente, ele vem procura o atendimento, que procura resposta para diversas questões que ele vive na vida dele, do ponto de vista psicológico, então tem diversas questões que a gente tenta colocar no âmbito da psicologia ou da saúde mental, mas não é suficiente porque tem processo de trabalho que dificulta isso. Por exemplo, essa própria fala que acabo de ter, tentar olhar para a psicologia é impossível; parte da complexidade é nesse sentido; do ponto de vista do Programa, as necessidades são colocadas de forma geral, universal, multiprofissional, transprofissional, programática, transprogramática... A gente tem ficar muito atento para não fazer uma confusão; quando você está atendendo uma pessoa, olhando para uma pessoa, esse sujeito que conta, essa bagagem de vida de demandas que conta, e não uma imposição programática.

Certo aprofundamento no tema das questões referentes ao Programa e suas relações com a prática que descreve aponta para área de maior risco ou conflito; quando diz que “do ponto de vista do Programa as necessidades são colocadas de forma geral, universal, multiprofissional, transprofissional, programática, transprogramática... A gente tem ficar muito atento para não fazer uma confusão; quando você está atendendo uma pessoa, olhando para uma pessoa...” Como psicóloga ou como clínica no momento em que escuta o paciente, parece nos contar que sua escuta “sofre” dupla ou mais ameaças de capturas; escuta-se aquilo que remonta às condições subjetivas do sujeito e, ao mesmo tempo, a escuta ficaria atravessada pelas “imposições programáticas”, como se referiu. Trava-se uma luta

*no processo de escuta? Nesse sentido, a ameaça percebida não ficaria somente no âmbito de se realizar ações ou práticas desconhecidas, mas esta parece agora tornar-se interna e abrigada no aparelho psíquico do profissional. Uma vez que sua escuta é parte integrante de sua personalidade, teria como referente ou interpretante os ideais programáticos? **Novamente surgem as estruturas negativas:** “A gente tem ficar muito atento para não fazer uma confusão; quando você está atendendo uma pessoa, olhando para uma pessoa, esse sujeito que conta, essa bagagem de vida de demandas que conta; e não uma imposição programática”. **Sob o risco de se fazer uma mistura entre aquilo que pertence à subjetividade do paciente e aquilo que está no campo do Programa, há risco de confusão, talvez há uma luta travada para que a confusão não se instale ou que parte esteja instalada e sua explicitação pode tornar as coisas ainda piores.***

Você acha que o Programa acaba sugerindo uma certa imposição?

Sim, e pode ficar confuso se não ficar atendo, daquilo que falei antes. Quando falei da impotência entra também nisso – uma pessoa que tem HIV, está debilitada, e não tem onde morar – estou acompanhando uma pessoa que está numa situação assim, fazendo psicoterapia. Eu não posso fingir que não tem essa questão, mas não posso reduzir a pessoa a essa questão. Do ponto de vista do Programa, se eu não atentar para o fato de que esta pessoa tem um tipo de vulnerabilidade que pode deixar de fazer tratamento, é como se eu não tivesse atendendo uma orientação programática. Não é que tem uma pessoa sem abrigo, ao relento, abandonada, que pode estar péssima porque está se sentindo excluída socialmente etc. É assim: “tome cuidado que se ele não for atendido, se você não der atenção a essas necessidades sociais – que é claro que a gente enxerga – se não der uma resposta a pessoa pode não tomar remédios desenvolver resistências etc... Mas, por outro lado, eu reconheço que o Programa precisa mesmo de dar respostas, sociais, a gente tem privilégio em alguns momentos, por exemplo, da saúde mental, é sempre oferecido a possibilidade de repensar nossas práticas, olhar para as lacunas em nossa formação. Não dá para pensar que só existe uma imposição do ponto de vista

de cobrança, acho que é desafio mesmo – que a gente consiga pensar, considerar e ter respostas...

*Os temas programáticos ressurgem na medida em que insistimos na questão de sua influência e aparece a dimensão social ou pelo menos como se compreende a questão social no possível trabalho do psicólogo. Tal questão aparece como a dimensão do desamparo social, da miséria. Como no caso que a entrevista exemplifica de paciente que atende: “uma pessoa que tem HIV, está debilitada e não tem onde morar – estou acompanhando uma pessoa que está numa situação assim, fazendo psicoterapia. Eu não posso fingir que não tem essa questão, mas não posso reduzir a pessoa a essa questão”. **Precipita-se, nessa fala, uma questão bastante discutida, que é como os psicólogos trabalham ou assumem a dimensão social, aqui se vê que ela está como uma espécie de fatos da miséria e pobreza; é deste social empírico que parece integrar-se como dimensão social no trabalho dos psicólogos e aqui ele aparece como um certo elemento perturbador que exige um posicionamento da direção a ser tomada.** Sendo assim, parece ser sentido pela entrevistada como um “convite” a deixar sua escuta e partir para novas práticas. Há manifestação de cuidado em não identificar nas práticas institucionais e no Programa as origens ou responsabilidades de questões como essas: “Mas, por outro lado, eu reconheço que o Programa precisa mesmo de dar respostas, sociais, a gente tem privilégio em alguns momentos, por exemplo, da saúde mental, é sempre oferecido a possibilidade de repensar nossas práticas, olhar para as lacunas em nossa formação”. O Programa ocupa um lugar de sentido duplo na fala da entrevistada; é sentida uma ameaça de que certas noções devam ser contempladas pelo seu trabalho, como estar atenta às questões sociais, operar sobre a noção de vulnerabilidade, mas ao mesmo tempo o Programa fica preservado, pois ele faz o que se deve e, portanto, não há culpados diretos. Dessa forma, as bases que operam de forma contraditória estão abrigadas no modo como a entrevistada se vincula ao seu trabalho na instituição.*

Você sente algum conflito ou contradição entre a sua formação e as práticas dentro do Programa?

Não sinto! (risos) Acho que deveria sentir, ser mais crítica, mais exigente... (risos). Porque aquilo que te falei, aqui é um universo, há muita exigência profissional, a gente tem até uma exposição pessoal desnecessária, acho que deveria ser evitada por conta de muitas intercorrências. Por exemplo, hoje numa situação em que tinha um grupo de profissionais numa sala finalizando um trabalho e finalizando comentários super cabíveis com a porta aberta porque a gente estava saindo e uma paciente entrou e começou a gritar: “Vocês não se preocupam com os pacientes?”. E brigava mesmo, aí me senti super constrangida, porque tinha vontade de dizer que a gente entende sim, calma que vou aí conversar com você... Eu senti que todos tinham a mesma disponibilidade pessoal com relação ao paciente, mas, ao mesmo tempo, um constrangimento de estar sendo expostos para outros pacientes como se a gente fosse cega, tivesse fazendo hora... Então tem essas coisas... nem acredito que não faça parte mais do CRT. A gente tem que olhar que tem uma fisionomia de que concorda com ela, mas nem tanto também.

*Após os apontamentos feitos pela entrevistada de riscos de ameaça de seu trabalho, sobre os quais é necessário ficar atento, ela declara não sentir contradições entre sua formação e suas práticas institucionais. O abrigo das exigências que estão veiculadas pelo Programa no campo institucional parecem produzir um necessário apagamento ou impedimento de se reconhecer o encontro entre a formação, suas práticas e as exigências programáticas numa zona de tensão e contradições. A percepção da contradição torna-se atenuada pela rotina descrita na vida institucional; o conflito descrito com certo paciente que sentiu pouco atendido torna-se um precipitado urgente, tal como uma espécie de lembrança encobridora descrita por S. Freud. A lembrança de relatar o caso da paciente que havia ficado descontente e protestava com os profissionais ocorre no momento em que se falava de conflitos que poderiam estar na base do trabalho cotidiano da entrevistada. **É importante notar que no início de sua resposta a entrevistada afirma que não sente contradição (apresentando mais uma vez o não) e, em seguida, diz que deveria sentir. Passa a descrever o episódio da paciente que briga ao ver os profissionais saírem, momento em que descreve como um acontecimento de contradição e conflito:** “finalizando comentários super cabíveis com a porta aberta porque a gente estava saindo e uma paciente entrou e começou*

a gritar: ‘Vocês não se preocupam com os pacientes?’. E brigava mesmo...”. ***E a porta estava aberta que se abre para um conflito, das coisas que não cabem que não fazem sentido... a paciente protesta, seu protesto parece revelar o protesto da entrevistada que não sai, como diz com relação à contradição e conflito “ eu deveria sentir”. Não sente? Ou não pode sentir porque tudo em que se organizou pode ficar em risco? Há uma lacuna entre aquilo que foi perguntado e aquilo que fora respondido; pergunta-se sobre conflito frente ao Programa e suas práticas e surge uma paciente protestando. Uma paciente que revela o descontentamento, que briga; a porta está aberta: há uma revelação! Mais que uma descrição, torna-se uma representação do risco de revelação daquilo que pode estar sob controle do “não”, dos tantos “nãos” usados, do que não deve do que não pode, mas do que em parte já está posto e acessível! Há risco de confusão no campo institucional, há sofrimento que não pode mais aparecer... a paciente grita, a entrevistada, não. O outro, o paciente, lhe revela o que não é feito na instituição e como isso repercute...***

Então você não percebe a contradição entre as questões do Programa?

Acho que tem contradição nesse sentido: Às vezes você é exposto individualmente, no mesmo espaço que você oferece uma assistência melhor, existem esses conflitos, existem essas brechas, parece que não combina. Pode ser uma brecha que não abala a estrutura, mas pode ser algo que vira uma confusão...

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso interesse em estudar as relações estabelecidas pelos psicólogos com as instituições que sustentam ou embasam sua prática no campo da assistência – a Formação e o Programa de DST/Aids – de pessoas vivendo com HIV e DST, como colocamos na introdução, vem de nossa experiência de 14 anos no CRT – Centro de Referência em DST/Aids – Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo. Esta pesquisa torna claros alguns eixos para a compreensão de nosso trabalho neste contexto institucional.

Um primeiro eixo fundamental e que ao mesmo tempo parte de nosso posicionamento teórico é o de reconhecer o trabalho do psicólogo e este profissional como herdeiro e transmissor, como sujeito do grupo que pertence a vários grupos simultaneamente: a Formação, o ambiente institucional do Programa de DST/Aids e as suas experiências práticas e desafios que estão estabelecidos em seu dia a dia profissional, construídos a partir de um precipitado e exposto de forma consciente e inconsciente, conforme pudemos reconhecer a partir das entrevistas realizadas.

Num primeiro momento, compreendemos a formação do ideário individualizante da psicologia para entender o sujeito psíquico da clínica no Brasil como uma construção ideológica de influência liberal, na franca defesa e especulação da autonomia do sujeito individual e como, a partir dessa condição, organizaram-se as iniciativas formadoras de psicologia. Desse modo, a construção e posicionamento teórico sobre os processos de subjetivação que atravessaram os cursos de formação em psicologia no Brasil foram, predominantemente, marcados pelo ideário intimista, intraindividual, num efeito no qual se manteve a dimensão social, cultural e política exógenas à construção da subjetividade e, portanto, da noção construída sobre o sujeito “psi”.

A construção das pesquisas e bases formadoras da psicologia no Brasil seguiu direções técnicas, aplicativas e pragmáticas que facilitaram a construção de um sujeito psicológico destituído das implicações e produções que a organização coletiva pode realizar. Trata-se aqui de marcas históricas que balizaram a formação do ideário individualizante na psicologia brasileira influenciada ideologicamente por polos, tais como a industrialização e posteriormente a militarização do país. A frente clínica com características no sujeito individualizado permanecerá nas tendências

não apenas das grades curriculares de psicologia, mas no reconhecimento do sujeito “psi” como referência predominante pelos psicólogos.

Tais tendências do trabalho do psicólogo no Brasil também marcaram sua entrada e instalação mais maciça no âmbito dos serviços públicos de saúde e no SUS, propriamente. Apesar de haver algumas tentativas de se repensar as práticas em psicologia e do reconhecimento da necessidade de existirem formas e estratégias que pudessem melhor atingir a população brasileira, os dilemas e desafios encontrados para a inclusão de alguma dimensão social sempre foi marcante, pois a noção de social, como denunciada por vários autores, sempre foi imprecisa entre os psicólogos. Fato esse que sempre ratificava a clínica como uma referência mais segura, como um apoio que prometia cumprir o ideário de instalação do espaço da alteridade e da singularidade.

A questão social ou cultural no interior do trabalho dos psicólogos reaparece em alguns momentos em nossa pesquisa, quando falamos da entrada do psicólogo no SUS ou mesmo quando apresentamos as recomendações feitas para o trabalho do psicólogo no Programa de DST/Aids. Isso porque muitas questões que estão estendidas ou pensadas como objeto de trabalho do psicólogo ficam apenas intuídas que são do domínio e da pertinência da psicologia. No entanto, a tradição da formação dos psicólogos, como dissemos, desenvolveu-se no sentido de construir um ideário de sujeito individualizado em que o social e cultural careceram de definições mais claras além dos objetos mais clássicos da sociologia ou antropologia. Nesse sentido, vimos que alguns autores apontaram que o trabalho do psicólogo no SUS depara-se com desafios em função das expectativas construídas em torno da necessidade dos trabalhos interdisciplinares, criativos e que contemplem a dimensão social, por exemplo.

As análises feitas sobre a inserção dos psicólogos no SUS caminharam, a partir da maioria dos autores pesquisados, sob uma espécie de elenco de recomendações de como o psicólogo deve eticamente melhor conduzir seus trabalhos, sobretudo de forma a contemplar os postulados e princípios que organizam o SUS. No entanto, não encontramos, na literatura, trabalhos que fossem na direção de pesquisar como os psicólogos articulam a herança legada pela formação em psicologia; as atribuições, exigências e expectativas de seu trabalho

no ambiente do Sistema Único de Saúde e especificamente no campo das DST/Aids.

Sendo assim, consideramos fundamental entrevistar os profissionais, de tal forma que pudéssemos articular o trabalho que exercem, os modelos e seus apoios à condição de sujeito da herança institucional e coletiva; portanto, o psicólogo como sujeito do inconsciente enquanto sujeito do grupo pertencente a vários grupos simultâneos que poderíamos identificar como “uma comunidade da formação dos psicólogos” e “a comunidade dos psicólogos no ambiente SUS DST/Aids” e a situação de entrevista, como uma experiência singular frente à situação da entrevista.

Trata-se aqui do ponto fundamental de nossa pesquisa e de nossos achados: as abordagens feitas aos profissionais psicólogos da instituição, considerando nosso posicionamento teórico já apresentado; compreendermos o entrevistado como sujeito do grupo, um emergente do fenômeno grupal cujo funcionamento psíquico frente aos temas da entrevista, Formação e o Programa de DST/Aids caracterizam-se por articulações constituídas a partir de várias formações psíquicas que assinalamos, segundo Kaës, por *Alianças Inconscientes*.

As entrevistas trouxeram a contribuição mais nuclear e inédita para a construção desta pesquisa na medida em que o campo que ela construiu nos permitiu o reconhecimento de uma série de temas presentes e contidos no processo de trânsito e de passagens realizadas pelos psicólogos no exercício de seu trabalho. De modo geral, pudemos reconhecer vários pontos que havíamos investigado sobre a formação e sobre seus recursos frente ao trabalho em DST/Aids, no SUS; no entanto, tais descobertas se deram de outro modo.

O material revelado como aspectos da formação dentro do Programa de DST/Aids surgiram como experiências organizadas por formações psíquicas do profissional, enquanto sujeito de grupo. Desse modo, compreendemos o profissional não apenas como um executor de seu trabalho, mas como sujeito que se apropria e desenvolve os elementos que compõem sua prática em meio aos processos psíquicos grupais e institucionais. Portanto, o elenco de suas possibilidades de registros, mudanças e transformações ocorrem numa dimensão que não está apenas diretamente suscetível às recomendações de supostas “boas práticas”; seu trabalho expressa uma dimensão de herança psíquica no sentido dado por Kaës em

que o psicólogo entrevistado é compreendido como porta palavra do grupo e, portanto, representante, depositário e elo da transmissão. No entanto, é nos processos de transmissão e assimilação das tantas heranças de seus pertencimentos grupais que ocorrem importantes achados e questões que podemos observar.

Nossos quatro entrevistados estão posicionados em locais distintos da instituição, com experiências de tempo de trabalho, tempo na instituição e com o tema da abordagem e assistência ao paciente, de formas distintas. Dentre eles, a questão da formação enquanto referência de apoio para sua prática foi expressa de diferentes maneiras, certamente apoiadas pelos contornos de cada experiência pessoal e esta inserida na dimensão coletiva que já descrevemos.

As associações feitas pelos entrevistados, em torno da questão da formação, apresentaram as condições de referência como apoio às práticas do psicólogo e como se relacionam com as exigências postas no âmbito institucional. Como discutido na análise das entrevistas, observa-se que a formação e, sobretudo, a formação universitária da graduação, assume ao longo no tempo do trabalho do profissional uma referência de dupla possibilidade: ou a formação tenderá esvanecer-se como um apoio seguro para as práticas do psicólogo, até ser razoavelmente apagada e “substituída”, ou a formação será percebida e experienciada como objeto de cuidado a ser preservado e para garantir a preservação de sua “integridade”, por correr riscos de ser invadida.

Naquelas respostas em que a formação parece ter perdido potência para organizar as práticas do psicólogo, observa-se a permanência do referencial da tradição da clínica como algo que fora abandonado, mas que contém uma espécie de melhor padrão de qualidade na abordagem ao usuário. Tem-se aí os efeitos da predominância da cultura universitária e curricular sobre o profissional. Mas não houve conciliação possível; clínica e as exigências institucionais marcadas pelas estratégias do Programa compuseram o profissional numa espécie de reinvenção de sua noção de cuidado.

No caso, por exemplo, da Entrevista 1, quando indagou-se sobre a formação, seus apoios para a sua prática atual, observamos um processo que se desencadeia no profissional em que vários conflitos começam a surgir e este ultrapassam o âmbito do tema explícito. A entrevistada fala da sua formação e depara-se no

momento com a lembrança de que há muito tempo não via pessoas que fizeram parte de sua formação.

A entrevista, ao criar um campo que permite à entrevistada pensar livremente sobre sua prática profissional, pareceu mergulhar numa sequência de expressão de conflitos; daquilo que pode realizar em sua prática, o que acha que não pode, mas observa e por fim resvala à sua vida pessoal como outro elemento de seus conflitos que estão em suas atividades. No entanto, a psicóloga tem trabalhado há vários anos dentro do Programa de DST/Aids e suas estratégias. O que teria feito para sobreviver? Digamos que como sujeito da herança institucional ela passa a pertencer a uma espécie de comunidade adaptada às condições que tais conflitos permitem.

Para compreendermos tais fenômenos, recorremos ao conceito de Alianças Inconscientes, proposto por R. Kaës quando descreve que se tratam de acordos, pactos inconscientes construídos pelos sujeitos do grupo e entre vários sujeitos. Há processos, estruturas e funções, segundo Kaës, a serem preservados, dos quais os sujeitos tiram seus benefícios. Por isso, mesmo ao lembrar que haveria uma série de cursos, teorias e outras formas de apoios que poderiam auxiliá-la, fica também mais ou menos justificado não se tomar medidas, pois sua inserção via estratégias do Programa, ao impor um trabalho pontual de sua prática, não requereria quaisquer outros investimentos. Assim, um conflito precipitado pelo campo da entrevista logo deverá reequilibrar-se com as organizações compensatórias em seu sistema adaptativo.

Num primeiro momento, tudo fica percebido como uma clínica limitada cujo objeto a ser cuidado fica numa dimensão de seus temas de pertinência: a testagem, riscos ao HIV, a vulnerabilidade dos usuários etc. Em outra entrevista entende-se que o cenário psíquico do paciente está contido nos temas ligados à situação da testagem, sua sexualidade e, portanto, a permanência do psicólogo estaria, só por isso, justificada. No entanto, o mesmo sofrimento psíquico não permanece como objeto de investigação ou captura metodológica ou teórica. Prevalece nesses casos uma espécie de predomínio ou sobreposição dos objetivos e estratégias definidos no ambiente do Programa de DST/Aids. Neste caso, a entrevista diz que as questões psíquicas estão ali e ela, psicóloga, do outro lado. Mas entre eles ficariam a necessidade programática de se fazer testes, aumentar os números. Mais uma vez,

tudo parece pactuado para que as exigências do Programa ou pelo menos como elas são percebidas se delineiam frente à Formação que neste caso ficara perdida num horizonte distante, mas nem mais sentida como perda. O pacto de negação contido nas *Alianças Inconscientes* parece ter mantido o psicólogo como um *profissional de saúde* em sua totalidade inespecífica, mas o cumprimento da tarefa recompensa o sujeito, agora, beneficiário no Programa.

Sem que tenha havido uma equivalência de síntese entre os dois polos, formação e programa, o profissional apazigua tal conflito com sua inserção definitiva às exigências do Programa quando ocorre uma espécie de coincidência de objetos – o Programa e prática do psicólogo fundem-se a uma mesma questão. Eis aqui um dos riscos do trabalho do psicólogo no contexto que examinamos: o âmbito das políticas públicas que definem diretrizes, transformam-se em únicos organizadores das práticas dos psicólogos. Torna-se em situações como essas justificado o desapego pelas teorias e métodos do profissional e tudo pode ocorrer por apropriações parciais, portanto, de forma ideológica. A questão é que a ideologização do trabalho danificará potencial criativo do trabalho, uma vez que a criação exige renúncia de objetos imediatos, num primeiro momento, para em seguida haver realização de passagens que intermediam, entre outros objetos e experiências, a construção de algo novo. Quando as intermediações ficam ameaçadas, não há passagens e as condutas e soluções tenderão às estereotipias.

Outro eixo de respostas e associações que encontramos nas entrevistas versam sobre a existência de apoio quando se refere à formação, neste caso trata-se daqueles profissionais que estão inscritos numa prática mais aparentada com a clínica e seus enquadres. Observamos que se tem como garantia de inserção do profissional, nestes casos, o predomínio da doença física e seus agravos como uma marca que garante certo atenuante para o trabalho do psicólogo, no que tange suas marcas identitárias, função e demandas a que lhe são atribuídas. Estamos em meio a uma estrutura de pessoas vivendo com HIV/Aids e isso seria, a princípio, completamente justificável, no entanto, nos profissionais que estão mais afastados do universo de pessoas doentes ou gravemente doentes, sua inserção institucional se dá menos pela clínica e quanto menos clínica parece ser a inserção, mais distante da formação como referência parece acontecer, a partir de seus relatos associativos na entrevista. Mas os profissionais que mantêm um trabalho mais

próximo da clínica expressaram a construção de um trabalho com relação ao qual é necessário manter-se alerta. Havia uma percepção de que seu trabalho deveria ser sempre protegido, pois há algo que pode invadir, como, por exemplo, as estratégias que são demarcadas pelo Programa. As expressões desse modo alerta apareceram, ora pela maneira de contar sua clínica de modo preocupadamente organizado, mas com muita desconfiança da instituição, ora por evitar entrar em contato com contradições; evita-se entrar em contado com os aspectos contraditórios na vida institucional, e, por isso, encontra formas de novos apaziguamentos frente às contradições que são suscitadas ao enquadre definido pelo campo da entrevista.

Nesses últimos casos descritos, a formação ocupa um lugar de maior garantia, na medida em que o trabalho se organiza por uma vertente de semelhança com a tradição clínica e psicoterápica. Tais vertentes parecem garantir a referência da formação como apoio. Isso significa que essa característica dos cursos de psicologia se mantiveram desde os primeiros cursos, como já dito em nossas análises ao longo desta pesquisa. No entanto, ao assumirem o ambiente do SUS como área de desenvolvimento de seu trabalho, o psicólogo experimenta uma série de contradições, especificamente no campo das DST/Aids, em que a dimensão da epidemia estendeu-se a eixos do comportamento, sexualidade, famílias, conjugalidades, uso de álcool e outras drogas etc.

As estratégias que são propostas “convidam” o psicólogo, sobretudo em algumas áreas de inserção, a assumirem ou pensarem e atuarem a partir de dimensões sociais, políticas cuja tradição clínica é marcada pela formação, pouco pôde timbrar como paradigma para a profissão. Sendo assim, os profissionais ficam fragilizados por não conseguirem articular os modelos de subjetividade a essas “novas” exigências e tenderão a produzir um trabalho que ora, teme a invasão pelas tecnologias do Programa e se inclinam a construir um enquadre de trabalho com preocupações de não perder aquilo que lhes é específico. Em outros casos, como vimos, poderão abandonar a formação e apresentar áreas confusionais na prática do trabalho, ou ainda, a formação nem mais ser percebida como objeto de perda – o SUS e suas estratégias supriram aquilo que se renunciou.

Entendemos com esta pesquisa que o debate está aberto e necessário que ele exista entre as áreas formadoras em psicologia e a realidade social, neste caso, o ambiente do SUS. Não se trata, ao nosso ver, de compreender no plano das

submissões institucionais que sempre é um risco, ou seja, uma instituição trabalhar em função das necessidades da outra, sem diálogo.

Muitos autores falam da importância de se contar com profissionais mais bem preparados para enfrentar o ambiente do SUS, por outro lado, uma série de questões destinadas aos psicólogos que teriam de ser revisitadas no que tange sua legitimidade enquanto fenômeno psíquico. Isso porque esses distanciamentos conduziram aos psicólogos questões que estão formuladas para fora, muitas vezes, do universo do psíquico. Tais fenômenos aparecem e reaparecem em muitas atividades da vida profissional, inclusive nos modelos interdisciplinares de trabalho que podem se tornar para o psicólogo mais um convite à renúncia daquilo que lhe pode ser peculiar.

Tocamos, portanto, em questões muito caras à psicologia, sua formação, seus métodos e práticas e, principalmente, o psicólogo como sujeito psíquico da herança das instituições, pois é nele em que opera as possibilidades. Concordamos com Bernardes (2004), autor que utilizamos para discutir a formação, que um dos eixos possíveis seria um redimensionamento radical dos cursos de psicologia no Brasil. No entanto, entendemos também que é fundamental que a formação sustente a dimensão do profissional como pesquisador como uma de suas mais fundamentais marcas. Isso porque a inserção de novos conteúdos parecem corroborar para uma antiga fragilidade, a da profusão de paradigmas.

Referências Bibliográficas

- Ayres, J.R.C.M., Sujeito, Intersubjetividade e Práticas de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 6(1): 63-72
- Barus-Michel, Jaqueline (2004). *O sujeito social*. Belo Horizonte: Editora PUC Minas.
- Bastos, A. V. & Achcar, R. (1994). Dinâmica Profissional e formação do psicólogo: uma perspectiva de integração. In: *Psicólogo Brasileiro, práticas emergentes e desafios para a formação*. (pp. 245-272). São Paulo: Casa do Psicólogo, CFP.
- Benghozi, P. *Malhagem, Filiação e Afiliação: Psicanálise dos Vínculos: casal, família, grupo, instituição e campo social*. São Paulo: Vetor Editora, 2010.
- Bernardes, Jefferson de Souza (2004). *O Debate Atual Sobre a Formação em Psicologia no Brasil – permanências rupturas e cooptações nas políticas*, tese de doutorado. PUC São Paulo.
- Bertolli Filho, C. *História da Saúde Pública no Brasil (1996)*. São Paulo. Editora Ática.
- Bleger, José. *Psico-higiene e psicologia institucional* (1984). Porto Alegre, Artes Médicas.
- _____, (1998). *Temas de Psicologia - entrevista e Grupos*. São Paulo: Martins Fontes.
- _____, (1984). *Psicologia da Conduta*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Birman, Joel. A Physis da saúde coletiva (2005) . *Physis* vol 15 supp1.0, Rio de Janeiro
- Birman, J. *Freud e a Interpretação Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumara, 1991, 248p. (A Constituição da Psicanálise ; 2)
- Braga Campos e Garrido (2007). O Psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem procura In: Spink, M. J. *A Psicologia em diálogo com o SUS*, São Paulo, casa do psicólogo.
- Brasil (2004). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES 0062/2004 de 19/02/2004. Diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em Psicologia, Disponível em: http://www.abepsi.org.br/abepsi/linha_do_tempo/memoria/docs/fr_2004_2.htm (Acessado em 19/4/2011)
- Brasileiro, T.S.A & Souza, M.P.R. Psicologia, diretrizes curriculares e processos educativos na Amazônia: um estudo da formação de psicólogos. In: *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, SP. 14(1), Jan/Jun de 2010:105-120.

- Chauí, Marilena. Brasil (2000) – *Mito Fundador e Sociedade Autoritária*. São Paulo: CUT Brasil & Editora fundação Perseu Abramo.
- Centofanti, R (1982). Radecki e a Psicologia no Brasil. *Conselho Federal de Psicologia. Psicologia: Ciência e Profissão*. 3(1): 3-50.
- Celes, Luiz Augusto M (1988). Psicanálise e Psicologia In: Figueira, Servulo Augusto (organizador). *Efeito Psi – a influência da Psicanálise* – Rio de Janeiro: Campus.
- Coimbra, C. M. B (1999). Práticas “psi” no Brasil do “milagre”: algumas de suas produções. In: Jacó-Vilela, A. M. Jabur F. & Rodrigues, H. B. C. (orgs). *Clio-Psiché: Histórias da Psicologia no Brasil*. (pp 75-91). Revista. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE.
- Costa, J F. (1992). *A inocência e o Vício – estudos sobre o homoerotismo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Conselho Federal de Psicologia. Referencias Técnicas para a Prática do Psicólogo (a) no Programa de DST e Aids, Brasília, dezembro 2008.
- Faleiros, Diva Maria. A Saúde Pública e a Psicanálise: Produção de Conhecimento do Brasil acerca da Aids. São Paulo: Dissertação de Mestrado, FSP da Universidade de São Paulo, 2001
- Fernandes, M.I.A. (2005). *Negatividade e Vínculo: a mestiçagem como ideologia* – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- _____, M.I.A, Algumas reflexões sobre a negatividade na construção dos laços sociais. In: *Vínculo*, 1 (1), São Paulo, dez, 2004
- _____, M.I.A, *De Como Emerge a Questão do Narcisismo e da Alteridade no Grupo Operativo*. São Paulo, 1989 [Tese de Doutorado – Instituto de Psicologia da USP].
- _____, M.I.A., *Saúde Mental: a clausura de um conceito*. REVISTA USP, São Paulo, n.43, 90-99, set/nov 1999.
- _____, M.I.A., *Uma Nova Ordem: narcisismo expandido e interioridade confiscada*. In: FERNANDES, M.I.A; SCARCELLI, I.R.; COSTA, E.S. (Orgs.) *Fim de Século: ainda manicômios?* São Paulo, IPUSP, 1999. p.39-46.
- Ferreira Neto, João Leite (2004). *A Formação do Psicólogo, Clínica, Social e Mercado*. São Paulo: Escuta, Belo Horizonte: Fumec/FCH.
- Figueiredo, L C. M (1995). *Revisitando as Psicologias: Da Epistemologia à Ética e discursos psicológicos*. São Paulo EDUC; Petrópolis: Vozes.
- _____(1992). Reflexões acerca das Matrizes do Pensamento Psicológico. *Palestra proferida para os alunos da disciplina de Psicologia Geral I da Faculdade de Psicologia da PUCSP*.

- _____ (2009) *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de Psicanálise contemporânea* – São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (1913-1914/1995). Totem e Tabu. In: *Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira*. Rio de Janeiro: Imago.
- _____ (1921/1995). Psicologia de grupo e análise do ego. In: S. Freud. *Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud: Ed standart brasileira*. Rio de Janeiro: Imago.
- _____ (1930/1995). O mal estar na civilização. In S Freud, *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Ed Standart brasileira*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kaës, . (1991) Realidade Psíquica e sofrimento nas instituições In: *A Instituição e as Instituições – estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- _____ (1997). *O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- _____ (2005). *Os espaços psíquicos comuns e partilhados: transmissão e negatividade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- _____ (2011). *Um singular plural*. São Paulo: Loyola.
- Laplanche, J. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992. 552p.
- Lisboa, S. S; Barbosa Altemir (2009), J. G. Formação de Psicologia no Brasil: Um perfil dos cursos de Graduação. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29 (4), 718-737.
- Jacó-Vilela, A. M (2001). Formação do Psicólogo: Um pouco de história. *Interações: Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 8(4) supl. Jul/dez: 79-91
- Menegon, Vera Sonia M. & Coelho (2007). Psicologia e sua inserção no sistema público de saúde: um painel longitudinal de temas foco publicados em periódicos brasileiros In: Spink, Mary Jane. *A psicologia em Diálogo com o SUS*, são Paulo, Casa do Psicólogo.
- Dimenstein, M; Macedo J.P. Desafios para o fortalecimento da Psicologia no SUS: a produção referente à formação e inserção profissional (2007). In: Spink, M J. *A psicologia em diálogo com o SUS – prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dimenstein, Magda. O Psicólogo e o Compromisso social no contexto da Saúde Coletiva (2001). *Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 6, n2, p. 57-63, jul/dez.
- Matta e Camargo Jr. O processo saúde-doença como foco da psicologia: as tradições teóricas (2007). In: Spink, M. J. *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* – São Paulo Casa do Psicólogo.

- Mancebo, D. Formação do Psicólogo (1997): Uma breve análise dos modelos de intervenção. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*. CFP, 1 (17): 20-28.
- Minayo, M.C.S (org) Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 25aed:2007
- _____, M.C.S., Estrutura e Sujeito, Determinismo e Protagonismo Histórico: uma Reflexão sobre a Práxis da Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva* 6(1): 7-19.
- Gil, Antonio Carlos. (1985). O Psicólogo e sua Ideologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v 5 n 1, Brasília.
- Psicólogo Brasileiro: Práticas emergentes e desafios para a formação – coordenação geral Rosemary Achcar – São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994, 2ª edição, 1994.
- Paim, Jairnilson Silva. (2009). *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Pulin, T; Luzio Cristina A (2009). A Psicologia na Saúde Pública: desafios para a atuação e formação profissional. *Revista de Psicologia da UNESP*, 8(2).
- Ricoeur, P. (1977). Interrogações *In: Da Interpretação: Ensaio sobre Freud*. Rio de Janeiro: Imago editora.
- Reis, J R Tozoni. Psicoterapia da rede Pública de Saúde. Temas psicol. v.2 n.2 Ribeirão Preto ago. 1994
- Sarriera, Jorge C & et.al. Paradigmas em Psicologia: Compreensões acerca da Saúde e dos Estudos Epidemiológicos. *Psicologia & Sociedade*; 15 (2): 88-100; jul/dez. 2003.
- Scarcelli, Ianni R & Junqueira V (2011). O SUS como desafio para a formação em psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31 (2), 340-357.
- Spink, Mary Jane P. *A Psicologia em diálogo com o SUS: Prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- Spink, M.J.P. Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos. Petrópolis-RJ: Vozes, 2003.

Anexos

ANEXO I

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Você está sendo convidado a participar e contribuir pela sua experiência profissional, como psicólogo, com a minha pesquisa de doutorado. Esta pesquisa investigará os recursos que nós psicólogos dispomos para trabalhamos na instituição com pacientes HIV/Aids em meio a diferentes exigências e influências institucionais. Consideraremos nesta pesquisa, a formação dos psicólogos e seu encontro com as demandas do campo HIV/Aids, juntamente com o Programa DST/Aids e os desafios que nos impõe. Por isso, nesta entrevista você será convidado a falar de sua prática profissional, de seus recursos profissionais, de seus êxitos e dificuldades. Seu nome e identificação serão mantidos em absoluto sigilo, sendo que sua fala será propositadamente referida em forma de pseudônimo ou sigla. Sinta-se à vontade para não responder quaisquer perguntas que forem feitas, caso lhe traga desconforto ou mesmo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão convidados a fazer parte desta pesquisa Alguns psicólogos que trabalham na assistência desta instituição. Após a transcrição desta entrevista comprometo-me em enviá-la e, caso queira, discutir quaisquer ponto que julgar necessário, estarei à disposição.

ANEXO II

Roteiro de Entrevista

As questões que seguem tem como finalidade investigar o campo de atuação do psicólogo; a partir da maneira como este profissional expressa sua experiência em suas práticas na instituição, a partir de nossa hipótese de que atividade assistencial do psicólogo ocorre em meio a uma zona de tensão, aparentemente invisível. Tal área de tensão caracterizamos pelo conflito entre o patrimônio da formação do profissional a partir da universidade, e de outro lado a cultura do Programa de DST/AIDS preconizado pelo MS que apresenta algumas estratégias “clássicas” oriundas de aspectos observados pelas diversas “clínicas” praticadas neste campo institucional numa dimensão epidemiológica. Trata-se aqui de um roteiro que sofreu variações para cada entrevistado em função daquilo que era apresentado como o emergente de entrevista.

- 1) Como você descreve a sua atividade cotidiana como psicólogo nos atendimentos aos pacientes?
- 2) Na sua opinião, qual é a contribuição da sua formação pela universidade para a sua atuação em seus atendimentos até hoje?
- 3) Você considera que o conhecimento adquirido na sua formação seja aplicável no seu trabalho cotidiano? De que maneira isso ocorre? Você pode citar exemplos?
- 4) Desde que você iniciou o seu trabalho no Programa de DST/AIDS, você sentiu necessidade de repensar sua formação e buscar novos conhecimentos? Quais?
- 5) Quais aspectos ou conceitos da Psicologia que se tornaram objeto de revisão ou questionamento para o exercício do seu trabalho?
- 6) Quais são os principais desafios que você encontra na sua atividade de psicólogo mediante às questões trazidas pelos pacientes ou instituição?
- 7) Você considera que as estratégias adotadas pelo Programa atendem as necessidades dos pacientes? De que modo isso acontece?
- 8) Você sente algum conflito/contradição entre a sua formação acadêmica e a suas práticas atuais dentro do Programa de DST/AIDS?

- 9) Caso perceba conflitos ou contradições entre sua formação e a forma como trabalha (ou como julga que deva trabalhar), que caminhos alternativos você tem encontrado para conciliações?

ANEXO III

Entrevista - E1

2) Como você descreve tua atividade cotidiana com os pacientes, como se Você fosse contar a alguém que nada sobre isso?

Atualmente? Aqui dentro do CRT, Vejo assim. Acho que é um trabalho importante, eu vejo assim, é um atendimento importante, acho que a formação dá um embasamento para compreender algumas questões de forma melhor, inclusive sobre sexualidade, prevenção, de se colocar do lugar do outro. Neste aspecto favorece, mas na medida em que a gente foca só na questão do aconselhamento, acho que há uma perda, no nível da formação, você deixa de usar algumas coisas que aprendeu e que num consultório ou então noutro local você transita e utiliza. Como poderia deixar mais claro? É que você usa seu papel da formação mas usa isso de forma meio precária, dá para utilizar... mas acho que teu papel fica empobrecido.

Como se quisesse fazer algo que não consegue?

Sim! Em nível do aconselhamento eu não sei se daria para expandir um pouco mais além daquilo que eu já faço. Mas por exemplo na questão que apareceu do ambulatório de transexualidade; eu deveria ter uma disponibilidade que nem é interna, mas teórica para eu poder agilizar e utilizar mais a profissão, para mim faltou recursos físicos e financeiros para investir nessa área. Eu sou uma pessoa que não gosto de fazer nada pela metade. Tudo que fiz até hoje, 2007, 2006, foi embasado em conhecimento, terapia e supervisões. E nesse momento para mim, com relação ao ambulatório TT não pude fazer esse investimento. E com relação à instituição ela exige muito de você e talvez eu achasse que não podia dosar minha vida particular e o ambulatório TT Seria uma forma de realizar a profissão por inteiro mesmo seria todo um processo. Você poderia fazer diagnóstico, você poderia fazer acompanhamento, terapia. O campo é amplo e eu me senti limitada. Eu sou prática e não sou teórica, para eu juntar essas duas coisas na

minha vida pessoal seria difícil. Eu sou prática. Eu teria que ter tempo, eu não conseguia

Vc diz com relação a não trabalhar no ambulatório de TT? Mas em com relação ao trabalho que você exerce em CTA, Você ainda acha que não realiza o que poderia realizar?

Acho que sim... Como que eu posso colocar isso? Acho que a nossa formação de psicólogo permite perceber uma série de coisas; mas acho que a proposta de CTA limita, tanto na questão de números de pacientes e a própria proposta mesmo. Você tem contato num tempo muito curto, breve tempo, então isso limita um pouco. Não que não tenhamos espaço para fazer outras coisas. Mas eu tive dificuldades de juntar essas coisas, e também precisamos saber nossos limites, claros; aqui não é lugar para fazer terapia, para fazer diagnóstico, teria que ser uma proposta para sensibilizar as pacientes, até para mandar para outros lugares. Aqui a pauleira é muito grande e nem sempre você consegue parar e pensar, o que eu posso? Algumas coisas você consegue. Já se vai imbuído de coisas, como “não posso estreitar vínculos”, “o meu limite é esse”.

Você pensa nisso quando está atendendo?

Sim, penso.

E aí você vê que não tem uma contratransferência, aí você fica doido, o que faço com isso? Vou devolver jogar fora, volte para tua casa? Não é assim.. Existem alguns casos, poucos casos, que eu coloco um limite para mim mesma. E atendo até certo limite; até aqui vou e depois vejo se ele consegue ir para outro lugar. Mas isso incomoda, principalmente quando você pega aqueles usuários com alguns delírios, vem constantemente fazer testagens, coloca o foco da dificuldade na questão da testagem do HIV quando tem um núcleo desestruturado. E penso, o que eu posso fazer com ele aqui? Aí você vê que tem um universo maior de desestruturação é muito maior e você tem um limite para trabalhar.

Você está dizendo que sai com uma sensação de trabalho incompleto, é isso você está dizendo?

Tenho essa sensação e por outro lado não sei se é aqui que temos que oferecer isso a ele.

Na tua opinião qual a contribuição da tua formação da universidade para vocês fazer os atendimentos que faz hoje?

Olha, como posso colocar? Fiz até terceiro e quarto ano em Mogi das Cruzes, depois que fiz o restante na PUC. Acho que lá em Mogi a gente vivia as questões de grupo que era muito legal, a gente tinha uma cadeira de psicologia social quem dava era o Siampa, isso contribuiu muito para minha formação. A questão também do existencialismo, era diferente de Psicanálise que a gente odiava a figura do professor. Nesse sentido, acho a universidade ajudou bastante, pelo existencialismo, psicologia social, eu fazia também um trabalho junto ao bancários. Então me ajudou muito. E a opção pelo serviço público, é essa; uma psicologia institucional, que fiz, institucional mesmo, voltada para a população, para as grandes massas, cheguei a trabalhar em consultório, até gosto, mas o que me dá prazer mesmo é a psicologia institucional. Então, neste sentido a faculdade colaborou muito, a gente trabalhava muito em grupo, a gente falava muito sobre psicologia social. Aí quando fui para PUC já era uma outra história. Aí tentei focar mais pela psicanálise, o existencialismo ficou um pouco de lado, mas acho que ajudou. Mas você não aprende trabalhar instituição dentro da faculdade, você tem as cadeiras, as disciplinas...

Mas disso que você está falando, do referencial teórico, como você acha que isso te deu amparo para a maneira como você trabalha?

Eu acho que na questão de você dar um horizonte para trabalhar mais com a população, com número maior de pessoas, grupal, não individualizado, se você vai trabalhar numa instituição isso é crítico. Você vai e tenta trabalhar como se estivesse num consultório fechado, então a faculdade te leva a trabalhar individualmente, se tem poucas cadeiras para grupos, você tem psicodrama e só. Essa formação a faculdade não dá. Daí você tenta trabalhar noutras linhas. E lá você que as coisas são diferentes e você tem que modificar. Por isso que a

psicologia social e o existencialismo me ajudaram, a fazer essa passagem que não foi tranquilo, foi cheia de conflito, angústia mas ajudou bastante. Ajudou na questão de depois fazer psicoterapia breve, psicoterapia de grupos que não me lembro agora...

Como você considera que o conhecimento que adquiriu foi sendo aplicado no teu cotidiano hoje, como psicologia Social, Existencialismo etc.?

Aí vem a questão da formação, da teoria o que se aprende; o que é ético não ético, da base da Psicanálise que é o atendimento, da terapia da supervisão, sempre procurei fazer esse tripé. Eu buscava mais na teoria e na supervisão mesmo. Não sei se respondo... É muito interessante, sempre fiz supervisão em grupo sempre três pessoas, mas e essas pessoas trabalhavam em instituição pública, só que a pessoa que coordenava o grupo nunca trabalhou em instituição pública. A não ser mestre, doutor, etc. E a gente discutiu a partir da linha kleiniana, psicanálise e ficava muito engraçado, porque os três levavam casos do ambulatório ou da unidade básica e aí ele fazia aquele tipo de supervisão que a gente vê um pouco hoje, que era mais clínica que institucional. E quando se levava questão institucional ele até... sei lá. Mas eu acho que naquela época para mim não dava para ser diferente; eu precisava de mais embasamento teórico mesmo. Apesar de alguns momentos eu entrava em conflito e pensava: que tipo de psicologia que estamos aplicando dentro de uma instituição? Mas tinha que ser daquela forma.

Desde que começou o teu trabalho neste contexto de DST/Aids, você sentiu em algum momento necessidade de repensar tua formação, de buscar novos conhecimentos ou outros, quais?

Eu tive uma época muito feliz dentro de uma unidade básica de saúde, 1992 mais ou menos, onde se fazia atendimento clínico em psicologia, o foco era o atendimento inicial depois mandava para o ambulatório, e alguns casos não se fazia isso. Quando as pessoas não tinham dinheiro, e alguns não podiam ser mandadas porque se não estamos fazendo psicologia social, lá a gente tentava

dar conta dessa história e a gente fazia grupos. Eu tentava fazer grupo operativo, as vezes dava outras não. Daí a diretoria pediu para fazer aquilo da psicologia comunitária que eu achei horrível, eu não gostei. Algumas coisas estavam incomodando. Saí de São Bernardo com algumas coisas que me incomodavam. Quando eu vim para cá, pensei um lugar legal para você respirar para produzir. Aqui se você tem possibilidade se deseja, se quer, você pode produzir e se não produz são outras questões.

Mas o que você perguntou mesmo?

Se você sentiu necessidade em algum momento de repensar sua formação para a prática das DST/Aids.

Olha eu pensei na questão da formação para aperfeiçoar na questão da sexualidade, por um lado eu acho que aqui é lugar muito atrevido e exigente em todos os aspectos, mexe muito internamente com você. É diferente de outros lugares onde as coisas parecem mais definidas, aqui é uma agitação constante. Por outro lado sinto-me muito confortável porque se você quer produzir você tem possibilidade disso. O que eu gostaria de fazer é estudar mais sobre a questão da sexualidade, algo mais teórico e mais prático. Lgo como prevenção em DST e estudar o que já existe e ver outras coisas que precisam ser reformuladas. Algo como prevenção. Por exemplo, como o ambulatório de transexualidade. Eu tenho curiosidade para trabalhar com terapia mas não para produzir tecnologias, ser mais calma e fazer como eu gosto que é na psicoterapia. Eu passei a ver coisas novas aqui, em UBS por mais que a gente fala sobre DST aqui o universo é bem diferente, aqui é totalmente atípico do que acontece lá (UBS). Eu me cobro muito! Principalmente quando você falou que ia fazer essa entrevista e eu comecei baixar pessoas na internet, aí vi que mexeu.

Como assim?

Ah porque eu há muito tempo não vejo as pessoas do outros trabalhos, fiquei distante de todos. Vim para cá me desliguei de muitos, questão salarial. E na minha vida eu fiquei dedicada a filhos, muito na vida em parte eu fui mãe e precisei optar; ou eu faço esse curso, esse mestrado ou eu vou dar conta de escola, de filhos. No início foi difícil, depois acalmou, agora veio novamente de

eu me cobrar, de novo vejo que não teria dinheiro para isso aquilo. Passei a ver na internet o que estão fazendo. E vejo que as pessoas também me procuram, daí também passei a procurar de novo os antigos colegas, professores, supervisores, ex terapeutas etc. Por mais que a gente fala a psicologia é tão ética, tão ética que você não forma amigos, tem pessoas que trabalham com você. E você vê essas pessoas só através de e-mails e aí deu vontade de entrar nos grupos de novo... (pausa).

E que aspectos da psicologia que se tornaram para você algo que sentiu necessidade de questionar, aspectos ou conceitos, para o teu exercício profissional, aqui?

Quando eu fui para a UBS, foi muito difícil como trabalhar em grupos etc... Ultimamente tenho vontade de atualizar algo no meio da Psicanálise. A sociedade em que a gente vive está totalmente caótica, borderline, a minha formação, por mais que seja pequena, as definições são muito rígidas, não sei se não se aplica mas tudo está diferente, a sociedade está diferente. Preciso ir em busca do que está sendo escrito, desenvolvido neste momento. Isso em um nível mais teórico. Eu acabei me encaixando mais na linha kleiniana e psicanálise. A sociedade é outra, e aqueles conceitos? Como ficam?

Quais são para você os principais desafios que você encontra na atividade de psicóloga hoje mediante ao que os pacientes te trazem ou que a instituição te traz?

Desafios? Isso é uma coisa existencial minha! Eu falo tudo o que as coisas aconteceram (aqui eu vou falar) A psicologia apareceu na minha vida por acaso; eu queria trabalhar na área da saúde com população. Passou o serviço social, passou ortóptica, vi que não tinha dinheiro. Prestei o vestibular para Psicologia, entrei e fui me identificando. Tive que trabalhar o tempo todo; minha angústia que tive que ser sempre meia: um pouco estudante um pouco trabalhava. Chegou uma época que achava que eu era vitoriosa, consegui fazer um monte de coisa. Daí também vi que nem era tão vitoriosa que nem conseguia fazer tudo bem.

Quando chegou lá pela casa dos 20 e 29 anos foi ser mãe, ganhando uma miséria, marido também nem ganhando muito bem... Sempre com relação à profissão tive que fazer escolhas, até determinado tempo, seis anos atrás, dava para fazer supervisão, terapia nunca abri mão. Cursos alguns sim, até fazia, ficava muito a desejar porque eu tinha muitas outras coisas para poder cumprir, então esse tempo me trouxe muita angústia, muita mesmo. Quando eu mudei para cá, pensei que aí eu poderia me readaptar, uma época que meus filhos “saem do ninho” e aí eu vi que novamente estou na encruzilhada, tendo que fazer novas opções. Mas eu investiria seria na questão da formação com conteúdos teóricos, os psicanalistas pós M. Klein, pós Winnicott, isso eu não abriria mão. Tentaria como meio de subsistência profissional fazer algo mais científico dentro do ambiente de trabalho, nem sempre consigo concretizar com alguma coisa interna mas sinto muita falta..

Vamos falar um pouco do Programa. Você considera que as estratégias adotadas pelo programa atende as necessidades dos pacientes?

Olha, eu acho sinceramente, acho que não. Aqui é um lugar atípico, tanto que as pessoas que passam em outros lugares dizem que nunca encontraram uma lugar como aqui. Aqui não representa um no panorama nacional. Destoa para melhor. Mas mesmo as propagandas na grande mídia eu acho muitas vezes... eu não sei o que falta não se consegue dizer o que representa as DST, o HIV, o que significa a questão da prevenção. Como aqui, por mais cuidado que a gente tenha, se não entrarmos nas questões pessoais, na vulnerabilidade de cada um, você não consegue... em nível de grande mídia piorou. Não que as estratégias estão erradas, é que estão mal divulgadas, mal aplicadas. Com aquele cunho eleitoral, político, e aí eu acho que a questão da prevenção passa também pela educação. Numa sociedade onde não se discute diversidade, sexualidade, não discute nada, como você forma as pessoas? Acho que a questão das DST está programada para pegar as pessoas numa determinada faixa etária e mesmo assim não está educando, está apenas informando. Não está modificando o comportamento das pessoas, nem sei se tem que mudar, mas ela não consegue realmente atingir as pessoas, fica apenas como uma propaganda de divulgação.

Tanto que as pessoas que vem são aquelas que sofreram risco, são poucas pessoas que vieram porque quiseram saber, tiveram curiosidade. As pessoas vem no desespero, como se fosse um ambulatório para tratar e não para fazer prevenção, então acho que funcionamos desta forma.

Você sente algum conflito ou contradição entre a tua formação na faculdade e as práticas que você desenvolve atualmente no Programa de DST/Aids, como você acha que essas coisas conversam?

Não é conflito... eu acho como formação, nos atendimentos, no aconselhamento as coisas até acontecem, até de uma forma plena. Agora acontece no aconselhamento, num nível profissional, do que você pode dar fica limitado; você pode muito mais que aquilo, para ser aconselhador você não precisa de ser psicólogo. Apesar de que dependendo da tua formação você tem um olhar diferenciado para a situação. Talvez seja esta a falta que eu sinto; não ser tão aconselhador e em alguns momentos atuar como profissional. Não acho que é só psicologia, serviço social também. Agora como a gente pode conversar, alinhar essas coisas eu não sei, é difícil, é meio complicado.

Então você acha que teu trabalho como psicóloga nem precisaria ter formação como psicólogo?

Não! Temos educador, assistente social. Não descarto que ali a gente vê algumas coisas, avaliar algumas coisas melhor, fazer um encaminhamento dentro da área de psicologia. Mas em nível de formação, formação plena eu me sinto meio vazia.

Cada vez que você percebe isso, que outro profissional poderia estar no teu lugar isso traz desconforto?

Aqui não traz, mas em UBS trazia muito desconforto. É certo que ali até tinha espaço para psicólogo, porque tinha que organizar, montar mas para minha formação eu via que não era eu quem deveria fazer organizações. Aqui não me

incomoda tanto, mas no ambulatório de transexualidade já me incomodou bastante. Não tenho como buscar instrumentos nesse momento mas poderia estar fazendo outra coisa. Mas não me incomoda muito não...

O fato de não precisar ser psicólogo já te fez pensar em algum caminho alternativo, de como você faria nessas situações?

Talvez nessas questões da sexualidade, transitar mais com o usuário, abordar as pessoas que estão extremamente angustiadas e não só com a questão da sexualidade e HIV mas com outras questões também. Elas sentem aqui como um continente delas e talvez desse para fazer alguma coisa mais breve, mais limitada, trabalhar alguns focos, delimitando algumas coisas, fazer um contrato mesmo com a pessoa e quando tivesse alguma melhora, dar alta ou encaminhar para outro lugar para trabalhar algo mais de fundo.

Nesses momentos se você fizesse isso, você acha que estaria usando melhor a sua potência e da tua formação.

Acho! Durante todos esses anos eu acho que a grande lição é ter a clareza que quando se trabalha com a saúde pública não se dá conta do total, mas algumas coisas mais específicas, que dá para dar conta; delimita foco, faz contrato claro com as pessoas que vai trabalhar aqueles aspectos. Degladiiei muito com relação a isso nesses anos todos, e foi aí que eu consegui me aliviar mais com essas demandas. Como está acontecendo aqui com o ambulatório TT que tem uma fila enorme. Quando você está numa unidade básica de saúde você é única. Se formos ver uma parcela da população que vem aqui tem suas angustias etc. Eu iria um pouco por essa linha mas comporta num CTA? Eu acho que comporta porque pelo menos você não teria uma reincidência tão grande de pessoas buscando tanto testagem assim. E não é testagem que se quer, vem constantemente buscar testagem pela característica da instituição; ela é continente. Agora o que ela faz com isso é outra história mas que ela contém ela contém.

Algo que gostaria de complementar que pode ter ficado perdido nas perguntas ou na tua fala?

Eu não fui atrás da psicologia ela se encaixou na minha vida. Eu poderia estar produzindo muito mais, poderia estar fazendo outras coisas. Mas fiz como se apresentaram a mim: você vem de classe pobre, tem que trabalhar para pagar faculdade, chega na casa dos trinta deseja ter filhos, tem filhos, para mim um dos investimentos melhores da minha vida! A grande revolução começa na família... eu acho que a psicologia, me fez sofrer muito, será que estou no caminho certo, fui buscando e quando você veio com esta entrevista e daí eu fui buscar as pessoas perdidas... nossa me deu vontade de me reorganizar me deu um ar gostoso! Pensei que preciso fechar mais minha organização. A vida da gente é isso precisa-se procurar outras coisas, produzir. É isso!

Entrevista E2

Como você descreve sua atividade cotidiana como psicóloga com os pacientes que você atende?

Hoje realizo atendimento individual, faço psicoterapia individual, com pacientes infectados com hepatite C ou B, e também os coinfectados com hepatite e HIV. Atendo também pacientes do hospital dia, um atendimento focal, depois falo de cada um, também com aqueles que estão fazendo quimioterapia. O atendimento do hospital dia é mais um atendimento focal, se já tem uma referência do CRT... recebemos tanto pacientes internos, como pacientes externos. Os externos já tem uma equipe de referência. Mas as vezes precisam de um atendimento mais focal. Aí termino abrangendo as 3 áreas, HIV com hepatites, não HIV, e os que fazem tratamento no hospital-dia. Os do hospital dia são casos mais pontuais; quando estão em tratamento no hospital dia. Se no local onde o paciente faz acompanhamento do HIV tem psicólogo, procuramos encaminhar para lá mas se não tiver esse apoio eu faço isso aqui. Mas se o paciente tem sua equipe mas nunca passou no psicólogo daí faço o acompanhamento no hospital-dia, se estiver em tratamento no hospital-dia, neste período de tratamento. As vezes esse atendimento

é feito no leito, o paciente está ali, tomando medicação e faço o atendimento. As vezes o paciente externo não tem acompanhamento no local de onde vem, daí faço esse acompanhamento, levamos todo medicamento numa sala, então faço esses acompanhamentos. As vezes a quimioterapia é mais longa, alguns são rápidos outros não. Daí fico no atendimento durante esse período.

Como em geral se dão esses atendimentos, no início, o paciente pede ou você costuma visitar todos?

Então, Ricardo, isso mudou, eu já trabalhei aqui numa outra época. Isso é bem diferente hoje. Eu já circulei em vários lugares aqui. Na primeira vez em que eu trabalhei, peguei a época em que não tinha essas divisões, a gente era de todo lugar. Eu era do hospital dia, eu que fiz minha maneira de trabalhar lá. Não tinha hepatites naquela época, e tinha crianças também eu ia no leito todos os dias. Eu oferecia meu trabalho; eu me apresentava, dizia que era psicóloga de lá, e que se a pessoa quisesse, eu poderia fazer o acompanhamento então fazia com a criança, adultos, com todos estivessem lá. Então era alguma coisa que eu não parava. Nessa volta minha para cá, isso mudou, teve outro formato: como existe a equipe de referência o paciente continua com a equipe de referência, eu não oferece mais para as pessoas da quimio; ou vem pela solicitação do médico, que percebe uma necessidade ou pelo paciente que solicita; dessas duas maneiras. Que pode ser um atendimento focal, breve ou um pouco mais longo; e aí no ambulatório de hepatites, é que todo o paciente deveria ter uma avaliação pelo psicólogo antes de fazer tratamento. Tem uns que tem indicação, outros não para fazer o tratamento então eles devem passar por avaliação; a idéia que eles estejam mais estáveis para iniciar o tratamento. Porque o tratamento tem uma interferência muito grande no emocional do paciente, e aí é feito um acompanhamento psicoterápico.

A entrevistada mantém-se num processo de descrição dentro de um modelo que sugere certa busca de equilíbrio na interação com o entrevistador que procurava objetividade em suas descrições, apresenta aspectos que preservam aparente distância entre ela e o paciente e possivelmente com o entrevistador. Como se algo devesse se manter sóbrio, estável sob controle. Descreve sua prática fundamentada numa

*atuação clínica, a partir dos apoios técnicos e metodológicos do campo das psicoterapias, sendo assim, sua identidade como psicólogo está construída na qualidade de psicoterapeuta. **É possível que a dimensão da doença do paciente configure uma inserção mais claramente psicoterápica para sua prática, daí o lugar da doença do paciente pode confirmar o seu lugar na instituição, nesse contexto.***

E aí o tempo desses acompanhamentos é definido por vocês psicólogos, pelo paciente, nunca determinado pela direção?

Não. Pode ser a longo prazo.

Como você faz o paralelo de sua formação, graduação para a maneira de atuar na sua prática hoje?

Eu vejo mais após a graduação, porque eu fiz especialização em psicologia hospitalar. E aí, isso realmente me influenciou bastante, tanto que comecei a trabalhar com pacientes com HIV, desde essa época de minha formação. Então foi por aí... que quis trabalhar com pacientes com doenças, e que tinha toda essas questões que me encaminhou para esse trabalho.

Algo da graduação também te influenciou para você ir para essas áreas?

Eu não acho que foi pela formação, após eu me formar fiz especialização em psicodrama e colegas que tinham feito hospitalar e comecei a me interessar e quis fazer o curso também. Já tenho 20 anos de formada, mas naquele tempo não tinha muito curso nessa área, hoje vejo que nas faculdades se fala muito disso. Mas vi também psicossomática que eu gostava muito também e que me chamava atenção, mas esse despertar foi mais depois da formação de graduação. Foram caminhos; uma coisa que sempre gostei foi, da saúde mental, da parte psiquiátrica, de trabalhar com psicóticos, tanto que fiz especialização em saúde mental, e fui para hospitais psiquiátricos, fiz estágios. Acho que universo hospitalar me interessava, até antes da faculdade, eu me encantei com a loucura, então antes da faculdade... fui fazer psicologia por causa disso. Eu gostava dos transtornos mais graves, é uma

população que tem muito a questão da discriminação, que eu acho que tem a ver com o nosso universo, a questão da Aids. Tenho colegas que falam que escolhi sempre áreas muito pesadas, elas acham. Trabalhei vários anos em hospitais psiquiátricos, não sei se já comentei com você. Esses dois universos tem a questão da discriminação, das pessoas excluídas socialmente, era algo que vinha para mim até antes da minha formação, acho que isso me levou para a psicologia. Não sei se respondi...

*A questão da formação fica intocada, na medida em que reconhece que seu direcionamento se deu após sua graduação. Mesmo a pergunta tendo sido feita de forma explícita, a graduação ao não aparecer como um marco importante, parece ter sido colocada numa condição de referência a ser superada. É provável que tal apoio pode ter funcionado como algo insuficiente, de baixa capacidade de preparação: o psicodrama deu subsídios, e acredita ela que os cursos de psicologia hospitalar também o fazem, bem como a psicossomática; “Eu não acho que foi pela formação, após eu me formar fiz especialização em psicodrama e colegas que tinham feito hospitalar e comecei a me interessar e quis fazer o curso também. Já tenho 20 anos de formada, mas naquele tempo não tinha muito curso nessa área, hoje vejo que nas faculdades se fala muito disso”. **Um outro aspecto importante que nos parece relacionar com a inserção do desse profissional é um manifesto apego pelas patologias graves, como ela mesma chamou. A patologia grave, seja a psicose ou Aids. Ela dá um caráter definidor de sua prática pelo caráter da doença; isso parece lhe dar uma segurança dentro do campo da saúde, sendo assim, a doença é estruturante para seu trabalho.***

Você considera que o conhecimento que você adquiriu na formação foi útil e aplicável no teu cotidiano de hoje?

Vejo que a formação foi algo que veio depois também da graduação. Acho que a formação dá uma base mas acho pouco para a sua construção profissional. Acho que até minha linha teórica, como o psicodrama, eu não via quase nada na faculdade, na minha época era quatros anos de formação, hoje já foi reduzida.

Você consegue trabalhar com essa formação aqui no CRT?

Sim, também porque não é só técnica; tem toda uma visão de mundo de homem, de adoecimento. A gente não pode ser fechado, mas precisa ter uma linha mestra que te orienta. Eu trabalho com isso, com HIV, hepatite e meus atendimentos são dentro dessa abordagem. Então eu acho que minha formação toda foi muito importante para meu trabalho de hoje, meu curso de psicologia hospitalar também porque a gente evolui em prontuário, a gente tem orientações para isso, sair do setting, de você poder trazer novas formas de atendimento, sair dessa clínica fechada de consultório. Eu acho que a questão da saúde mental; tem-se quando se vê os psicóticos e tudo teve uma bagagem importante. Eu não consigo separar, vejo a graduação como um início, se não fossem todas essas formações que fiz, tudo teria sido diferente. E a gente vai escolhendo caminhos. E essa minha linha tem tudo a ver com o meu trabalho de hoje.

*Como na primeira e segunda fala, a entrevistada recoloca a questão da formação num plano distante, de menor importância para aquilo que ela faz e desenvolve em seu trabalho atual, inclusive chama de formação como sendo aquilo que ocorre após a graduação ou pelo menos, com maior ênfase nesse período posterior quando realiza os cursos que menciona. Até o momento, a graduação, como referência de formação, está mantida numa perspectiva mais distante e de menor força no processo de trabalho em que está inserida. **É importante, já de início, notar que a entrevistada atua numa perspectiva de psicoterapeuta tanto individual quanto em grupos e que, portanto, sua identidade como clínica está preservada no âmbito da instituição.***

Hoje você acha que teu trabalho aqui conversa bem com todas essas formações pelas quais optou?

Sim, com tudo. Desde minha abordagem, na maneira de compreender a pessoa, de como me relaciono, minha postura. Apesar de dizerem que psicologia hospitalar pode nem ser uma especialização, mesmo, mas foi muito importante, me deu uma bagagem muito boa, não sei se pelos professores que tive. É uma escola muito boa

que tem lá ... é diferente de consultório que as pessoas querem levar o mesmo formato para as instituições. E isso me ajudou muito estar dentro de instituições e o psicodrama, trabalha com grupo também. Ah, uma coisa que eu não falei que a gente lá na hepatite a gente está fazendo grupo também... Quer que eu fale desse grupo também?

Quer falar? Pode falar!

Então, a idéia é fazer um grupo que a gente pudesse oferecer aos pacientes, que estão em tratamento, um espaço de apoio, de orientação e intervenções pontuais. Não é psicoterápico é psicoeducativo para as pessoas que estão em tratamento, para que possam trocar com outros essa importância desse apoio, de quem está vivendo a mesma coisa. A formação em Psicodrama me deu uma bagagem boa para questão de como funciona o grupo, como deve ser nossa postura no grupo, como sendo de ser um facilitador ali dentro. Eu não consigo separar minha formação de minha vivência.

Há quanto tempo começou este trabalho de grupo?

Em maio

É um grupo contínuo?

É um grupo aberto; uma coisa meio complicada grupo aberto, o paciente vem quando quer. Inicialmente a gente está convidando. O médico deve encaminhar o paciente que está início de tratamento, isso parece que tem um peso grande. A gente manda um convite, por escrito, para o paciente a participar do grupo, um convite formal; lógico que não vai todo mundo. Mas tem ido algumas pessoas. Foi a maneira que a gente tem conseguido para as pessoas participarem. Porque se colocar cartaz muita gente nem lê, ou fica muito distante. Como aproximar de fato? E quem vai pode perceber o que é; muita gente foi e voltou e na verdade está tudo muito recente.

Como o setor recebeu isso?

Varia, tem pessoas que acham interessante, outros não se interessam muito. Acho isso complicado, não trabalhar numa equipe coesa, e a gente perde muito com isso. Alguns nem sempre encaminham, nem sempre compram a idéia de fato. A gente pode entrar por esse caminho? Acho que falta isso onde eu trabalho; é cada um muito por si! Se tivesse um grupo fosse fazer um trabalho conjunto... Por exemplo, já se foi falado que necessário o paciente passar na psicologia, mas nem todo médico encaminha. Tem uns que encaminham sempre, tem outros que encaminham quando acham que não conseguem resolver sozinhos e outros que nunca encaminham. Eu já recebi paciente uma vez que estava com uma depressão muito grave, a equipe de enfermagem percebeu, porque são eles que aplicam o medicamento, aí os auxiliares encaminharam. O médico se quer encaminhou quando devia e nem percebeu o cara estava assim. Ainda bem que alguém da equipe percebeu e encaminhou. Com esse grupo tem aparecido pessoas, pelo convite, que nunca foram encaminhados, passaram por situações muito difíceis e nem sabiam que tinham psicólogos lá. Isso atrapalha muito o trabalho da gente, a gente poderia atingir um número maior de pessoas e não.

O percurso da entrevistada identifica questões de desafios para o enfrentamento na vida institucional da ordem do convívio do psicólogo na equipe de trabalho como um todo. O cuidado da entrevistada em organizar seu percurso das respostas parecia ficar mais claro, na medida em que sua questão de maior conflito se dá justamente na posição do psicólogo com relação aos outros profissionais, principalmente os médicos. Por isso que quando apresenta parte de seu trabalho a exemplo do grupo que recentemente havia proposto diz: “Acho isso complicado, não trabalhar numa equipe coesa, e a gente perde muito com isso. Alguns nem sempre encaminham, nem sempre compram a idéia de fato. A gente pode entrar por esse caminho? Acho que falta isso onde eu trabalho; é cada um muito por si!”. Sendo assim, expressa seus conflitos no âmbito do trabalho a partir dos mecanismos, a partir dos quais a equipe se organiza e recebe as propostas, como se houvesse por parte do grupo de colegas um desconfiança da perspectiva aberta pelo psicólogo. Deste modo, o trabalho exposto - a partir da perspectiva da clínica, psicoterapia e grupos psicoeducativos - como chamou, parecem despertar, na visão da entrevistada, uma

aceitação parcial, porém não explícita por parte de sua equipe. Sua fonte de conflitos localiza-se na tentativa frustrada de dimensionar o campo psíquico ou psicossocial como visão sobre o paciente, sendo assim, para ela é clara sua forma de intervenção e a clínica que propõe.

Desde que começou teu trabalho no universo da Aids, você sentiu necessidade repensar aspectos de sua formação, de procurar outros caminhos além daqueles que você já tinha trilhado?

Assim, estudar acho que temos que estudar sempre. Aprender, acho que estamos sempre aprendendo, temos que conhecer mais da doença, reações psicológicas. Então temos que ter também esse olhar. Precisei ter esse tipo de conhecimento. Como te falei; fui seguindo estes caminhos, não acho que o paciente com HIV vai ser diferente dos outros, no sentido de ter um psiquismo específico que eu fui ter que aprender uma coisa diferente para trabalhar. Eu já tinha os instrumentos para atender, fui buscar essas informações, é importante saber dos medicamentos, como o interferon, da hepatite, que traz uma irritabilidade, não é uma coisa do nada. Se eu não soubesse disso, poderia ter um outro olhar para a situação. Tem um momento do tratamento que o paciente fica mais sensível por que tem uma droga no organismo dele. Esses conhecimentos são necessários; não que a gente tem que conhecer profundamente, mas a gente tem que ter noções. Então acho que esse universo precisei ter um certo conhecimento, sobre o que é essa doença, sobre a discriminação que existe, como é esse ser dentro de um social que não aceita, que tem toda uma história de estigma. Acho que entra mais como conhecimento nesse sentido. Não como um psiquismo que seria diferente.

O campo daquilo que é sua especificidade como psicóloga está assegurado pelos processos de estudos complementares que fez, o complemento que se faz necessário está ligado às patologias físicas e seus efeitos sociais que na qualidade de psicóloga deve se apropriar. As noções que regem a abordagem que faz aos pacientes foram mais construídas pelas cursos complementares que refere e menos pelas exigências institucionais que incidem sobre sua prática.

Quais tem sido os principais desafios que você tem enfrentado ou no atendimento ao paciente ou às questões institucionais?

Acho que é sempre o desafio maior é institucional. Lógico que as vezes vem casos mais complicados, que a gente precisa trocar, pacientes que tem HIV, situação de vida muito delicada. Talvez seja o trabalho mesmo de equipe, da gente ter um apoio institucional maior, da instituição apoiar como de fato poder ajudar mais aquele paciente, escutar mais o profissional. Aqui nesta instituição nem sempre temos uma escuta... Por mais que se fale desta coisa interdisciplinar, vejo cada um por si, tem exceções. Nessa questão do grupo que falei, foi levado para a diretoria, que disse, “ah legal, implante”; mas não tem o compromisso pó parte do resto da equipe. Manda-se um e-mail, mas não existe compromisso por parte do outro. Não vejo isso... daí você vê seu trabalho prejudicado porque o colega não contribui com você. Daí o paciente é o maior prejudicado; não sabe que tem direito àquilo, não se apropria daquilo. Ainda existem preconceitos. Outro dia o paciente disse: *porque tenho que fazer? Não sou louco*. Ainda existe esta visão, muito mais com o psiquiatra, mas com o psicólogo também e não existe este trabalho conjunto que poderia funcionar muito melhor. Então há um descompromisso, a pessoa vem faz seu pedacinho e vai embora. Eu acho que isso é um desafio muito grande, vejo mais nesse sentido. E ter apoio em casos mais complicado, que a instituição veja o paciente mas veja também o profissional.

A dimensão do psicológico como uma ordem necessária e importante para o atendimento total do paciente no modelo em que a entrevistada descreveu seu trabalho, fica segundo ela, depauperado na perspectiva que tem de sua equipe de trabalho. Isso faz com que sua atividade de trabalho fique em parte remetida a uma experiência de desilusão frente às potencialidades do trabalho coletivo; “. Nessa questão do grupo que falei, foi levado para a diretoria, que disse, “a legal, implante”; mas não tem o compromisso pó parte do resto da equipe. Manda-se um e-mail, mas não existe compromisso por parte do outro. Não vejo isso... daí você vê seu trabalho prejudicado porque o colega não contribui com você” *Expressa nesses momentos observação de certo cinismo com relação à sua equipe e que portanto o lugar do psicólogo, mesmo na condição de trabalhador em equipe interdisciplinar nem*

sempre está assegurado; os lugares não são seguros! No entanto tal desilusão não está apenas no âmbito da equipe mas também do próprio paciente que não vê sentido em procurar psicólogo: “Ainda existem preconceitos. Outro dia o paciente disse: porque tenho que fazer? Não sou louco. Ainda existe esta visão, muito mais com o psiquiatra, mas com o psicólogo também e não existe este trabalho conjunto que poderia funcionar muito melhor”.

Você acha que as estratégias adotadas pelo Programa atendem as necessidades dos pacientes, na tua opinião?

Acho que completamente não. É difícil, é uma pergunta difícil. A sensação que eu tenho é que apesar de ter algumas diretrizes, as coisas funcionam ao seu modo. Cada lugar faz do seu jeito. Não existe um acompanhamento. Mesmo questões como o aconselhamento (que é uma diretriz) alguns lugares funcionam de um jeito em outros de outro jeito. Em alguns lugares é feito por equipe multidisciplinar, outros a triagem é feita só por médicos. Eu acho que é complicado, isso. Não existe, de fato, um padrão; existem essas diferentes estratégias e ainda existem as diferenças que são individuais que cada um faz ao seu modo. Vejo pessoas atuarem de um jeito outras de outro. Já vi pessoas que foram para o aconselhamento fazer teste de HIV e a pessoa jogou um monte de informação, não foi nem um pouco acolhedora. Não sei se é o preparado, mas as pessoas são meio jogadas. Você é psicólogo, eu sei, mas é um universo novo, as pessoas podiam ser melhores apresentadas a isso, para que comecem a trabalhar com isso. Aí começam a trabalhar e fazem de seu jeito. Se não cuida da margem a acontecer qualquer coisa, desde muito boa a muito ruim.

A perspectiva daquilo que sejam as estratégias do Programa não ocupa uma posição central na vida profissional da entrevistada, por isso provavelmente que se expressa como “A sensação que eu tenho é que apesar de ter algumas diretrizes, as coisas funcionam ao seu modo. Cada lugar faz do seu jeito. Não existe um acompanhamento”. Tem críticas sobre a maneira como psicólogo é inserido nas estratégias do Programa mas todo seu olhar está marcado por uma visão de alguém que observa de fora, para aquilo que são estratégias programáticas. Sua experiência

não parece apoiada no patrimônio daquilo que foi identificado como modos assistenciais que particulariza o psicólogo no contexto das DST/Aids. Isto talvez imprima para este profissional uma diferença fundamental de se considerar a organização e leitura de sua experiência. Há um reconhecimento de que existe nas instituições contradições que refletem no trabalho do psicólogo, sendo assim sua experiência está organizada a partir da noção que tem sobre a sobrevivência no âmbito da instituição e das relações que esta promove.

Você sente algum conflito ou contradição entre sua formação para as práticas no universo DST/Aids?

Acho que eu não! Porque eu não permito. Sempre tive muito claro (acho pelo menos) do que é meu trabalho como psicóloga então nunca concordei muito desenvolver coisas que não fizessem parte desse meu papel. Claro que existem as coisas que são interdisciplinares, você desenvolve coisas em conjunto. Mas digo, desenvolver coisas que não cumprem meu papel, não. Não sei se estou sendo clara... Em relação a outras pessoas vejo isso. Começam desenvolver coisas que não tem a ver com sua formação de fato e ficam em conflito, e outras por opção mesmo. Acho que as coisas que eu fui desenvolvendo... quando me pediram para fazer coisas que não cabiam a mim eu já recusei coisas.. eu tinha um papel de coordenação em outra instituição, e me foi pedido coisas e eu disse não. Mas não me lembro mais o que, não era uma coisa freqüente. Saía muito da área e foi respeitado.

Como foi informado pela entrevistada, ela logo que saiu da universidade direcionou a atividade profissional para algumas modalidades de clínica, através das quais percebia que poderia trabalhar no campo institucional. Esse direcionamento fez como que suas atividades profissionais estivessem em consonância com aquilo que estabelecia diálogo com sua escolhas de atuação de formações complementares e especializações. A ocupação das áreas como psicóloga se deram como consequência e campo de aplicação dessas formações. Refere um tipo de posição profissional que se construiu, em parte, na edificação de barragens para que não fosse invadida por questões que poderiam por em risco a identidade de sua

atividade como psicóloga. O entrelaçamento da entrevistada com o campo institucional parece ter ocorrido sob vigilância para que se mantivesse dentro de uma prática que pudesse responder à construção que fez nos cursos e nos investimentos que descreveu. Sendo assim, ela identifica perigos no campo institucional para a vida do psicólogo, perigos que sente que tem conseguido livrar-se. Portanto a vigilância e cuidados marcam sua trajetória, no sentido de manter-se dentro de certa posição na psicologia; “Acho que as coisas que eu fui desenvolvendo... quando me pediram para fazer coisas que não cabiam a mim eu já recusei coisas.. eu tinha um papel de coordenação em outra instituição, e me foi pedido coisas e eu disse não”. Na medida em que reconhece certo risco de se fazer coisas que “não cabem”, aponta para um movimento ameaçador na instituição. Talvez algo do trabalho de impedimento da invasão institucional a que se refere a entrevistada produza, na dimensão da transferência e no campo da entrevista uma posição de igual cuidado que demonstra logo no início. Seria eu o entrevistador um suposto invasor, uma vez que ocupo uma posição institucional de coordenação?

Você acha que isso ocorre de outros profissionais definirem o que o psicólogo deve fazer?

As vezes sim. Até porque o hospital, essas instituições de saúde, os donos são os médicos, funciona ainda assim, não saiu ainda desse formato; o poderio é do médico, depois enfermagem, os outros são ajudantes. Muitos médicos ainda tem essa visão – não são todos. Tanto é que, por exemplo: aqui é uma instituição de tratamento do HIV, o paciente não pode estar aqui somente pelo tratamento psicológico, ele precisa estar em acompanhamento do HIV médico para ter acesso aos outros profissionais. As instituições são voltadas para o tratamento do HIV, tem que estar tratando do HIV, para passar no psicólogo, e outros. Alguns profissionais ainda lidam com esses profissionais como equipe de apoio. Daí eles querem determinar algumas coisa, cabe à postura dos profissionais de aceitarem ou não isso.

A entrevistada revela certa desvantagem na percepção da posição que ocupa o psicólogo e isso faz com que, sua inserção passe a ser revelada como de menor

importância. Deixa mais uma vez a idéia de que uma das questões importantes que traz é da própria inserção do psicólogo dentro das equipes de saúde, como este profissional é visto e como seu trabalho é assimilado pelos outros profissionais. Questão decorrente de trabalhar num território estrangeiro como diz que o “dono do lugar é o médico”; é possível que suas vinculações, em parte, sejam construídas pela condição de estrangeiro, como experiência que está na fundação de suas relações institucionais – a exemplo de seu cuidado na entrevista, o cuidado de se expor pode em parte explicar sua condição de estrangeira no território biomédico.

O que fazem que alguns profissionais são mais firmes outros não?

Acho que tem a ver, Ricardo, com o que você acredita, como você se sente, alguns psicólogos concordam com isso mesmo. Aham que estão ali como ajudantes, de fato. Alguns tem medo. Eu tinha alunos, aprimorandos na outra instituição, e eu via muito que os recém formados tinham medo dos médicos, de ter acesso de conversar. Como se tivessem numa outra posição mesmo. Então tem uma questão cultural que foi criada; é como a gente se sente perante o outro profissional. É como você vê uma crença, pessoa, além disso tem medo de perder o emprego, ou se aceita ou se perde o emprego.

Confirma que na sua experiência a condição do profissional de psicologia fica inferiorizada perante a presença médica na instituição de saúde. Constrói sua inserção no local de trabalho pela definição de sua prática, marcada, pelo apoio teórico em que se especializou, por um lado, de outro lado a instituição de saúde – ainda para ela um território pouco confiável - parece-lhe oferecer perigos a sua sobrevivência. Sendo assim, as questões impostas pela formação saem de seu objeto de conflito, uma vez que os cursos posteriores são mencionados como muito mais fundamentais para organizar sua prática atual. Os aspectos que o Programa dispõe, parecem pouco influenciar sua atuação profissional, uma vez que sua forma de inserção está muito aparentada aos modelos clínicos que se pratica em ambiente hospitalar, considerando que sua área de atuação é justamente num setor que é de caráter mais ambulatorial e hospitalar, de fato. No entanto, sua definição utilizada para compreender sua inserção na instituição, como estrangeira, imprime um caráter

cuidadoso de sua expressão na entrevista e demarca uma orientação de sua trajetória de modo mais planejado e previsível, provavelmente movido por uma noção de menor exposição a riscos.

Alguma coisa que gostaria de complementar?

Acho que não, acho que falei bastante, só você quiser saber mais alguma coisa...

Entrevista 3

Como você descreve tua atividade cotidiana com os pacientes, como se fosse contar isso para alguém fora do meio.

Bom, eu entendo assim... eu entendo que o centro de testagem e aconselhamento que a questão do pré teste e pós teste; é um momento em que as emoções se intensificam muito de qualquer pessoa que chega nos serviço e é um momento em que cabe a atuação do psicólogo, tendo em vista que ele tem recurso para lidar com essa situação. É também um momento de reflexão e comportamento, enfim, de avaliar vulnerabilidades, que podem estar em diferentes contextos, etc. tudo isso em conjunto com a pessoa, de ver possibilidades e limitações em relação ao risco que a pessoa poder ter. Em relação ao risco que a pessoa tem, as DST, cabe perfeitamente, eu me vejo assim dessa forma. Acho que é isso!

E na tua opinião qual a contribuição da formação da universidade para você exercer as atividades que faz hoje?

Olha na minha formação já existia, já começava existir a opção para psicólogos na instituição, então eu preferi ir para um hospital, orfanato alguma coisa assim eu não me lembro muito bem mas era uma instituição do que o tratamento propriamente clínico que era uma das opções também. Apesar de ter mudado muito desde lá, a gente foi se adaptando às mudanças políticas e sociais e agente vai se revendo

também. Ele foi um facilitador sim, né? Eu segui mais ou menos aquilo que eu me propus desde quando saí da universidade. Era minha linha nunca fui de consultório.

Vc considera que o conhecimento adquirido na tua formação foi ou é aplicado no seu cotidiano? De que maneira você acha que isso ocorreu?

Ah, isso daí deve que se fazer muita complementação da graduação, muita mesmo. Deve que se fazer muito curso para poder acompanhar.

E vc fez?

Fiz alguns... Foram muitos cursos feitos naquela faculdade que tem ... gente... não é a PUC , ela abria cursos para quem estava na instituição mas a hora que lembrar... eu tenha lá em casa daí eu posso te falar.

Ok! E desde que você iniciou (interropido) –

E os serviços públicos também ofereciam estes treinamentos... a gente também participava dos treinamentos que também são uma formação...

Desde que você iniciou este trabalho dentro do programa de DST/Aids, você sentiu necessidade de repensar sua formação e buscar novos conhecimentos, como?

Eu me lembro que era outro contexto, eu vinha de psiquiatria e depois de UBS; eu fiquei pouco tempo, a maior parte foi em psiquiatria de ambulatório de saúde mental, era outra demanda, outro contexto já modificava... eu tinha que entender a pessoa inserida nessa situação. Foi todo um processo que se iniciou a partir daí, entender desde da parte da doença, o que ela significava, e isso foi modificando desde que eu entrei. Eu vim para Aids desde 97 e 98 e coisas foram modificando e quando modifica, modifica também como lidar com essa demanda, é diferente na época quando ter HIV significava morte por falta de recurso, era uma coisa, receber este diagnóstico mas hoje existe o recurso e medicação oferece a possibilidade de qualidade de vida e a morte nem está mais presente. É diferente esta assimilação é

diferente lidar nessa situação coma pessoa, todo processo psíquico dela é diferente. E agente vai também se modificando, conforme as coisas vão mudando...

Você acha que sua prática também mudou um poço teu trabalho, tua prática?

É a gente que tem que estar flexível e atenta para acompanhar, de acordo como as coisas vão modificando, não?....

Quais aspectos ou conceitos da psicologia que vc acha que teve que rever na sua prática?

O que foi forte para mim... olha... eu tive um momento que precisei... é como se eu tivesse que refletir e fazer um processo inverso; ao invés de partir da teoria para a prática, eu tinha que partir da minha vivência ir na teoria e ver o que eu tinha que eu tinha sentido o que tinha entendido ou não. Então meu processo ele está focado na vivência, na prática, conforme as coisas foram acontecendo. Se você for buscar na teoria você vai encontrar porque eu não estou falando de outra coisa; estou lidando com processos psíquicos da pessoas que eu estou atendendo. Eu posso não fazer isso baseado num referencial em que a pessoa que eu estou atendendo ela já identifique – é psicanálise? É existencialismo? Sabe, ela não vai enxergar isso, mas isso não faz o que o processo não deixe de acontecer...

Então você acha que preservou bastante daquilo que viu na formação etc?

Acredito que sim!

Quais são os principais desafios que você acha que enfrenta no atendimento aos pacientes que normalmente atende?

Desafios?... Desafios é a gente ter... o que me ocorre é que hoje em dia a prioridade é reduzir o diagnóstico tardio do HIV. Isso aumentou no número de pessoas para fazer TR (Teste rápido), e a pessoa tem a possibilidade de fazer muito teste. O objetivo é evitar o diagnóstico tardio. Isso aumentou a demanda e nem sempre houve aumento do número de profissionais acompanhou, nem a estrutura do

serviço. E agente tem um ritmo que se altera e a gente sabe qual é a proposta, ver a vulnerabilidade, ver com ela as possibilidades de diminuição de risco... fica conforme a disponibilidade que a gente vai ter. O meu papel está aí, na hora de avaliar a vulnerabilidade de conversar sobre a diminuição de risco. E partir do momento em que eu tenho que atender uma demanda muito grande esta aí para ser atendida, isso pode não feito. Fica só no diagnóstico, que é priorizar o diagnóstico precoce; ta negativo, ta positivo? Ta positivo, vai iniciar o tratamento? Vai falar para os companheiros que façam o teste também? Nem sempre está incluindo a questão da prevenção, e nem sempre o tempo em que encontro pode ser suficiente, porque é uma dinâmica, um emaranhado de questões que precisam ser explicitadas para serem trabalhadas também, isso é complexo também!!!

Você acha que na sua prática não consegue avançar isso, para completar esse lado mais complexo que está apontando?

Não! Então, eu vejo que em muitos usuários isso acontece em algum grau. Se vem cinco ou vinte a gente atende, se vem trinta a gente também atende. É uma pressão! É para atender, para atender e com qualidade! Muitas vezes se tem muita demanda num tempo curto, não dá para entrar nessas questões, fica resumido no diagnóstico precoce que é o que está interessando também, a prioridade é essa!

Como você se sente que não consegue atender uma situação mais complexa?

Acho que é uma questão institucional, que precisa ser conversada, revisada; é uma questão ampla e também política eu não vou resolver sozinha. Eu vejo dessa forma. Eu também tenho que reconhecer meus limites; quais são as possibilidades de minhas intervenções e também os limites.

Você considera que as estratégias adotadas pelos Programa atende as necessidades dos pacientes? De que modo você acha que isso acontece?

Se atende? Olha, eu enxergo... vamos considerar acho que existe por parte da demanda fazer o teste para saber o resultado o e não fazer o teste num primeiro

momento para conversar. Se for por aí, a necessidade de fazer o teste, e se a necessidade de demanda é essa que parece que é, então ta! Agora se eu considerar num sentido que eu considero o que seja importante, que a pessoa não vem preparado para isso, que a gente pode conversar sobre o significado para ela não usar preservativo, o que leva não usar. Para que a pessoa possa pelo menos pensar um pouco, a vivência do sexo. Se eu entendo que isso é necessário; ficando cada vez mais difícil isso acontecer. A gente consegue fazer quando dá , se não... E se a tendência aumentar a demanda e o número de profissionais não se ajustar, será apenas comunicar diagnóstico, penso que vai apenas piorar.

Você sente que existe algum conflito entre sua formação e suas práticas aqui dentro?

Eu nem penso nisso! Eu nem atribuo a questão de faculdade. A faculdade não é tudo! Ela te dá um norte, é um início. O importante é o que vem depois, as especializações, a pessoa tem que continuar em pesquisa, eu não tenho essa exigência do que passou pela faculdade, não fico pensando nisso. Eu não sinto conflito não!

Entrevista 4

Como você descreve sua prática como psicóloga com os pacientes?

Você diz no sentido das atividades?

Sim... das atividades no envolvimento das suas estratégias...

Então... deixa eu pensar um pouco... eu acho que é assim Se o interesse da pessoa é conhecer a minha prática, aquilo que eu faço, eu diria que estou a serviço desta instituição, uma instituição pública que em geral não tem um direcionamento muito objetivo da sobre a finalidade do profissional psicólogo. Eu entendo que tem algumas funções que o psicólogo pode executar e é isso que me orienta. A gente sabe que a pessoa na assistência a pessoa que vive com HIV, uma das possibilidades, já descrevendo minha prática, é acolher a pessoa que está em

sofrimento psíquico, angustiada com o diagnóstico e é transferida para o atendimento e a gente procura entender junto com a pessoa o impacto que esta informação causa para ela. A gente identifica que tem uma estranheza nessa condição de ser portadora do HIV. Desde o começo a gente percebe que tem uma turbulência psíquica, digamos assim, e no decorrer dos atendimentos que a gente oferece o serviço. Meu foco é reconhecer os recursos psíquicos que a pessoa tem para lidar com o sofrimento que ela apresenta. Se é de ordem do impacto da imagem; o que eu fiz? O que está ligado ao estigma da pessoa se sentir culpada, daquilo que está afetando, lidar com cobranças que ela está fazendo, se ela é muito intransigente com ela mesmo, se ela tem recursos próprios de flexibilizar um julgamento muito severo com ela mesma, isso se ela for muito severa ela não consegue pedir ajuda daí aquilo que é oferecido do ponto de vista da psicoterapia será pouco proveitoso.

A gente percebe que tem uma resistência que estará presente, então é olhar desses dois lados, como a pessoa se estrutura, e lidar com aquilo que surge ligado ao HIV e se a gente identifica que ela tem um sofrimento grande porque não se permite não procurar ajuda, pode ser que ela não tem uma base social de apoio e vai precisar muito do serviço, vai ter um apego diferente ao serviço; vai precisar muito do serviço. Entendo que minha prática vai estar voltada para olhar para isso: quais os recursos que a pessoa tem e como ela vai se relacionar com a instituição, e com o trabalho do psicólogo focando no atendimento individual. E aqui também é oferecido grupo que eu não participo mas o paciente pode usar.

Então é com esse olhar que você recebe o paciente pela primeira vez. Como ele sobrevive psiquicamente com o impacto com o HIV?

Sim, para ver o ele precisa mesmo é um apoio mesmo, localizar o tipo de ajuda que a pessoa precisa. As vezes a pessoa procura atendimento por alguma demanda do HIV, não saber revelar do diagnóstico para parceiro etc. Digo que a gente procura fazer uma leitura daquilo que está ligado a um sofrimento que não é bem um sofrimento que faz com que a pessoa não procure o médico, não procura o enfermeiro mas procura o psicólogo.

Qual a contribuição da tua formação para a tua atuação nos atendimentos que você faz aqui?

Considero que é uma base... que você identifica alguns temas que são relevantes que faz você se nortear para procurar outros conhecimentos, aquilo que se aprende na universidade não é suficiente para subsidiar um atendimento no nível daquilo que a gente faz aqui no ambulatório em que você não tem dar uma resposta de uma mudança radical para personalidade da pessoa, ou uma pessoa que tem um nível de desorganização mental de tal forma que ela precisa ser contida ou medicada. A gente não lida com essas realidades aqui diretamente mas está implícito tais situações, como exceção.

O que me motivou pensar num atendimento de psicologia, pensamento em saúde pública que eu já pensava em saúde pública e não como consultório. Daí eu pensava já na formação a instituição que atravessaria a intervenção do psicólogo, então foi uma coisa que me orientou. Mas eu precisava de outros elementos também; seja no sentido de dar mais subsídios, conhecimentos saber fazer diagnóstico diferencial, saber intervir em situação de crise porque era alguma coisa que eu pensava mais nas situações-limite. Não sei se foi coincidência – eu estudei da São Marcos – numa época em que se privilegiava mais com o olhar da Psicanálise; você não tem uma resposta a priori, você não olha para mudanças específicas de comportamento ou colocar muito no ambiente as questões do comportamento. Então privilegiava mesmo o sujeito do conhecimento, do auto conhecimento, da psicanálise. Para pensar numa intervenção que ajude o sujeito se conhecer eu sabia que não seria uma Psicanálise tradicional voltada diretamente para as interpretações das manifestações do inconsciente mas é também mas que parte da busca do paciente tem a ver com isso, nesse sentido a formação deu uma base. Eu jamais escolheria esses estudos do comportamento que sei que colaboram... eu trabalhei em caps e depois trabalhei em comunidade terapêutica e o que percebi que a pessoa que tem um potencial para elaborar e você apenas intermedia mas quando alguém tem um déficit e você tem que ensinar passo a passo, daí esse outro modelo serve.

Você acha que o conhecimento adquirido na sua formação foi aplicável no teu trabalho cotidiano?

Eu gostei muito muito do curso que fiz. Eu já tinha filhos na época, foi uma escolha e tomada de decisão e tinha já diretriz daquilo do que queria fazer. Mas a gente sabe que a formação não acaba nunca a formação e vai sendo cada vez diferente, ocupa um lugar diferente, uma coisa leva a outra, é uma coisa que é legal... a gente vai descobrindo coisas novas se encantando com coisas novas, então isso desde sempre para mim. Não é só um acúmulo de conhecimentos teóricos Sempre foi pensando que a prática vai exigindo você ir atrás de outros conhecimentos e para mim é sempre um processo que não tem fim mas a gente tem quer ter respostas naquilo que a gente busca. Se tem algum problema que não consigo me entender naquilo que eu estou fazendo, isso dispara uma busca. Aí vou ler um monte de coisas, ver opiniões, autores, para ver aquilo que está fora de mim. Nem sempre consigo formular muito bem onde está a dificuldade de me entender. Daí o treino que eu vou constatar aquilo que me inquieta e se está me dando resposta, será com os pacientes que eu atendo primeiramente. Se eu percebo que está surtindo resultado para pessoa, se me satisfaz como resultado, se é coerente. E aqui do ponto de vista do CRT, se isso também se revela como algo que tem uma reposta institucional; não sei explicar direito isso que estou falando mas entendo muito bem o que é que significa que a pessoa se dá bem com o resultado; por exemplo uma pessoa que nunca vai aderir ao tratamento mas ela vem adere ao cuidado, mantém o vínculo. A gente tenta de várias maneiras e a gente chega num ponto que é possível é uma resposta, não que me satisfaça; e por exemplo num ponto que não se vai mais além. E aí acho que é um desafio para mim e para a equipe.

E aí falando mais de instituição, desde que começou teu trabalho aqui, você chegou a sentir necessidade de repensar tua formação, buscar novos conhecimentos. Como ficou tua inserção como psicóloga?

Então, sim! Porque eu nunca ... risos você vai rir... eu nunca tinha conhecido alguém que tinha HIV. Fiz um concurso respondi coisas a partir de imaginar pessoas

que tivesse Aids, aí comecei a trabalhar e comecei a perceber que as pessoas vinham com a sensação de morte eminente pessoas que estavam bem . Eu nunca tinha tido a idéia que tinha muitas maneiras de interpretar a questão da morte, perda e luto, luto de si mesmo do outro.... Era uma referência que eu não tinha, de pensar que as pessoas que colocam essas questões, colocavam porque não é mais assim também...

Você começou em que ano aqui?

Em 1991. Então as pessoas associavam o diagnóstico a uma morte horrorosa, que deformava, e depois mata... eu não entendia onde começava um temor da perda de si, do corpo, da imagem da aparência, como medo do sofrimento da dor, daquilo que era do estigma o que era... sabe não conseguia separar as coisas e ficava muito angustiada. Daí a gente conseguiu aqui uma supervisora que trabalhava no laboratório de luto a Maria Julia Kovacs que explicava para gente “isso é assim” etc. Fez a gente perceber... claro que num primeiro momento a gente buscava repostas que trouxesse alívio, mesmo que depois a gente questione, coisas que a gente aprende num momento que está muito angustiado e daí a gente passou por outras exigências. Naquele momento a gente precisava. Outra coisa que a gente precisou foi instrumentalização para trabalhar as questões institucionais, teve uma época que o pessoal da enfermagem exteriorizava muito sofrimento por tocar no paciente tocar neles, isso era muito perturbador. Havia muita rotatividade de profissionais e a gente se perguntava porque essas pessoas não ficavam.... porque era uma realidade, então tem essas questões.

Que aspectos ou conceitos da psicologia você precisou rever para o exercício do teu trabalho?

Eu tive uma experiencia anterior num trabalho ligado a pessoas com sofrimento mental mais grave que eram pessoas que saiam de internações, trabalhei em caps, em comunidade terapêuticas, então eram áreas temáticas. Também colocavam questões que extrapolam aquilo em que a gente foi formado do ponto de vista teórico. O que eu percebi desde lá, tem coisas que são importantes, a formação individual,a preparação individual como terapia, análise pessoal – são

estruturas importantes para subsidiar o que for feito. Por mais que as coisas são tematizadas, estruturalmente não são diferentes do ponto de vista de como você vai abordar como finalizar, do ponto de vista técnico, entretanto como maior conquista como equipe que eu senti, porque não é todo mundo que se envolve, tivemos que aprender a construir, no processo de trabalho, que não perca a identidade na qual fomos formados, aquilo que continua sendo revisitado, reavaliado, reformado agente sempre vai reconstruindo...

Você sentiu ameaçada de perder tua identidade como psicóloga aqui?

Acho que sim! Em que sentido? No Sentido em que a gente procura olhar a pessoa como um sujeito que tem habilidades, potencial e aí o risco é transformar a pessoa num sintoma, num diagnóstico. É verdade que as coisas tem uma intensidade muito grande e então como você adapta isso de uma forma onde tem sofrimento. As vezes você está comemorando uma grande vitória você também sai de si... Imagina alguém que está pilotando um Boeing e perde a capacidade de olhar objetivamente; ainda bem que tem outros que apóiam. Acho que também aqui, pensar na gente como profissional, como parte de uma equipe; eu não consigo separar, uma coisa está ligada a outra desde que você saiba que tem continência por parte de pessoas que dão atenção a essas questões que eu posso ficar muito angustiada e ficar cega.

Quais foram ou são os principais desafios que você enfrenta nas questões trazidas pelos pacientes?

Eu acho que tem que fazer o exercício de não ficar capturada pela sensação de impotência que sempre está batendo na porta. De fato existe muita demanda para aproveitar todo potencial que o paciente traz, porque nesse momento de turbulência pode ser um potencial muito grande de transformação para a pessoa. Muita gente até fala isso; “nossa se não fosse esse momento de crise eu não descobriria tanta coisa”. São momentos anteriores a essas constatações que a gente fica um pouco na pecha na impotência que eu acho super grave. Acho grave achar que não tenha, acho grave ficar capturado por ela. E para que isso não aconteça, acho que a gente faz uso daquilo que tudo que você levantou; quais são os recursos que a gente lança mão individualmente, que nunca é individualmente,

sempre aquilo que você recorta do grupo, seu ambiente de família, etc. É estar sempre atento para isso, nem para aumentar demais que pode ser uma resposta para angústia, nem diminuir demais que também é outro tipo de resposta para a mesma angústia. Procurar sempre encontrar uma referência que você pode olhar para o resultado e falar “que bom mas falta isso”, “que bom agora vou fazer aquilo”; e procurar resultado também! Eu entendo que sempre é possível, no contato com o paciente, dar um tempo e olhar para a pessoa para que a pessoa se olhe, se mostre, se enxergue...

Você considera que as estratégias adotadas pelo Programa atende as necessidades pelos pacientes?

Então, eu acho complicado... não tem uma resposta única, tem muitos problemas para diversas questões. Em diversas áreas, diversos problemas. Já que nós somos incluídos dentro do Programa como uma base de ação do próprio Programa, acho que tem questões relacionadas com o serviço. Quero dizer que a gente está sob demanda que diz respeito ao bem estar do paciente, ele vem procura o atendimento, que procura resposta para diversas questões que ele vive na vida dele, do ponto de vista psicológico, então tem diversas questões que a gente tenta colocar no âmbito da psicologia ou da saúde mental mas não é suficiente porque tem processo de trabalho que dificulta isso. Por exemplo, essa própria fala que acabo de ter, tentar olhar para a psicologia é impossível, parte da complexidade é nesse sentido; do ponto de vista do Programa as necessidades são colocadas de forma geral, universal, multiprofissional, transprofissional, Programática, transprogramática... A gente que ficar muito atento para não fazer uma confusão; quando vocxê está atendendo uma pessoa, olhando para uma pessoa, esse sujeito que conta, essa bagagem de vida de demandas que conta; e não uma imposição programática.

Você acha que o Programa acaba sugerindo uma certa imposição?

Sim, e pode ficar confuso se não ficar atendo, daquilo que falei antes. Quando falei da impotência entra também nisso – uma pessoa que tem HIV, está debilitada e

não tem onde morar – estou acompanhando uma pessoa que está numa situação assim, fazendo em psicoterapia. Eu não posso fingir que não tem essa questão mas não posso reduzir a pessoa a essa questão. Do ponto de vista do Programa se eu não atentar para o fato de que esta pessoa tem um tipo de vulnerabilidade que pode deixar de fazer tratamento, é como se eu não tivesse atendendo uma orientação programática. Não é que tem uma pessoa sem abrigo, ao relento, abandonada, que pode estar péssima porque está se sentindo excluída socialmente etc. É assim: “tome cuidado que se ele não for atendido se você não der atenção a essas necessidades sociais – que é claro que a gente enxerga – se não der uma resposta a pessoa pode não tomar remédios desenvolver resistências etc... Mas por outro lado eu reconheço que o Programa precisa mesmo de dar respostas, sociais, a gente tem privilégio em alguns momentos, por exemplo da saúde mental, é sempre oferecido a possibilidade de repensar nossas práticas, olhar para as lacunas em nossa formação. Não dá para pensar que só existe uma imposição do ponto de vista de cobrança, acho que é desafio mesmo – que a gente consiga pensar, considerar e ter respostas...

Você sente algum conflito ou contradição entre a sua formação e as práticas dentro do Programa?

Não sinto! (risos) Acho que deveria sentir, ser mais crítica, mais exigente... (risos). Porque aquilo que te falei, aqui é um universo, há muita exigência profissional, a gente tem até uma exposição pessoal desnecessária acho que deveria ser evitada por conta de muitas intercorrências. Por exemplo hoje numa situação em que tinha um grupo de profissionais numa sala finalizando um trabalho e finalizando comentários super cabíveis com a porta aberta porque a gente estava saindo e uma paciente entrou e começou a gritar: “Vocês não se preocupam com os pacientes?”. E brigava mesmo, aí me senti super constrangida, porque tinha vontade de dizer que a gente entende sim, calma que vou aí conversar com você... Eu senti que todos tinha a mesma disponibilidade pessoal com relação ao paciente mas ao mesmo tempo um constrangimento de estar sendo expostos para outros pacientes como se a gente fosse cego, tivesse fazendo hora.... Então tem essas coisas... nem

acredito que não faça parte mais do CRT. A gente tem que olhar que tem uma fisionomia de que concorda com ela mas nem tanto também.

Então você não percebe a contradição entre as questões do Programa?

Acho que tem contradição nesse sentido: As vezes você é exposto individualmente, no mesmo espaço que você oferece uma assistência melhor, existem esses conflitos, existem essas brechas, parece que não combina . Pode ser uma brecha que não abala a estrutura mas pode ser algo que vira uma confusão...

ANEXO IV

CRT - Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids – Coordenação do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo

DST/AIDS-SP

O Centro de Referência e Treinamento-DST/AIDS-SP (CRT-DST/AIDS) é uma unidade de referência normativa, de avaliação e de coordenação do Programa Estadual para Prevenção, Controle, Diagnóstico e Tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no Estado de São Paulo. Além de coordenar o Programa Estadual de DST/AIDS-SP, o CRT-DST/AIDS tem por finalidade: elaborar e implantar normas relativas às DST/AIDS, no âmbito do SUS/SP; elaborar propostas de prevenção; prestar assistência médico-hospitalar, ambulatorial e domiciliar a pacientes com DST/AIDS; propor e executar ações de vigilância epidemiológica e controle das DST/AIDS; desenvolver programas de formação, treinamento e aperfeiçoamento, como também desenvolver e apoiar pesquisa científica em seu campo de atuação e promover o intercâmbio técnico-científico com outras instituições nacionais e internacionais.

Localizado no bairro Vila Mariana, São Paulo, o Centro de Referência e Treinamento-DST/AIDS, complexo ambulatorial e hospitalar de 6.189.91 metros quadrados, é composto pelas seguintes áreas: Vigilância Epidemiológica (núcleo de vigilância e controle de DST/aids, controle de infecção hospitalar), Assistência Integral a Saúde (ambulatório, hospital-dia, internação, especialidades, Coas), Prevenção (informação, educação, comunicação, projetos especiais), Recursos Humanos, Administração e Apoio Técnico (farmácia, controle e distribuição de medicamentos e laboratório, composto por uma equipe de análises clínicas; microbiologia e imunossorologia). O CRT dispõe de Comissões de Programação e Avaliação de Pesquisas; Controle de Infecção Hospitalar; Prontuários Médicos, Farmacologia, Ética Médica, Ética em Pesquisa e Gestão de Qualidade e Produtividade .

Este modelo organizacional, único no Brasil e na América Latina, ao integrar o Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP e o Programa Estadual de DST/AIDS PE-DST/AIDS, fornece um ambiente especialmente favorável ao desenvolvimento de pesquisas organizadas.

Cerca de 800 funcionários trabalham em três turnos no CRT DST/AIDS, entre eles médicos sanitaristas, infectologistas, ginecologistas, pediatras, neurologistas, psiquiatras, otorrinolaringologistas, dermatologistas, proctologistas, pneumologistas, urologistas, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, biólogos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, técnicos de laboratório e de enfermagem e oficiais administrativos.

Missão Institucional; Coordenar o Programa de DST/Aids no Estado de São Paulo; Prestar serviço de Atenção Integral à saúde em DST, HIV e Aids; desenvolver, disseminar e aplicar conhecimentos, tecnologias e políticas públicas nas áreas de prevenção, assistência, vigilância epidemiológica, gestão e pesquisa, com qualidade, de forma integrada, ética e solidária e de acordo com os princípios do SUS.

ANEXO V

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Controle de Doenças
Centro de Referência e Treinamento DST/Aids
Rua Santa Cruz, 81 - Vila Mariana - São Paulo - SP
CEP 04121-000 - Fone: 5087-9911

São Paulo, 23 de maio de 2011.

Ofício CRT-DST/AIDS CEP nº 061/2011

PROTOCOLO CEP Nº 011/2011: "Trabalho dos Psicólogos em Instituição Pública de Saúde com Pacientes Vivendo com HIV e suas relações com as instituições que lhes embasam: sua formação e o Programa de Saúde".

Parecer: **APROVADO**

Prezado Senhor,

Após a análise do documento acima referido, pelos membros deste Comitê, em reunião ordinária do dia 23/05/2011, foi emitido parecer: **APROVADO**

Atenciosamente,

Eduardo Ronner Lagonegro
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
CRT - DST/AIDS

Ilmº Sr.
Ricardo Barbosa Martins
Investigador Principal

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
Fone/Fax: (11) 5087-9837
e-mail: cep@cri.saude.sp.gov.br