

**Ana Maria de Santana**

**A EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO COMO VIA DE RE-SIGNIFICAÇÃO  
DAS PRÁTICAS PSICOLÓGICAS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE**

**Orientadoras: Dra. Albenise de O. Lima  
Dra. Henriette T. P. Morato**

**Recife  
2001**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO  
COORDENAÇÃO GERAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

**A EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO COMO VIA DE RE-SIGNIFICAÇÃO  
DAS PRÁTICAS PSICOLÓGICAS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE**

**Ana Maria de Santana**

**Orientadoras: Dra. Albenise de O. Lima**

**Dra. Henriette T. P. Morato**

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Mestrado em Psicologia Clínica da  
UNICAP, em cumprimento às exigências para  
obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica.

**Recife  
2001**

S232e Santana, Ana Maria de  
A experiência do usuário como via de re-significação  
das práticas psicológicas na rede pública de saúde / Ana  
Maria de Santana. -- Recife : (O autor), 2001.  
115 f.

Orientadores : Albenise de O. Lima,  
Henriette T. P. Morato

Dissertação(Mestrado)-Universidade Católica de  
Pernambuco, Departamento de Psicologia, 2001.

1. SISTEMA ÚNICO DE SAUDE-PSICOLOGIA  
CLINICA 2. SISTEMA ÚNICO DE SAUDE-PRATICAS  
PSICOLOGICAS 3. CENTRO DE SAUDE AGAMENON  
MAGALHAES-PRATICAS PSICOLOGICAS 4. SAUDE  
MENTAL-PSICOLOGIA CLINICA 5. PSICOLOGIA  
HOSPITALAR I.Título. II. Lima, Albenise de O.  
III. Morato, Henriette T. P.

CDU 159.9:61

**Ana Maria de Santana**

**A EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO COMO VIA DE RE-SIGNIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS PSICOLÓGICAS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE**

**BANCA EXAMINADORA**

Profª Doutora Henrette Tognetti Penha Morato

---

Profº Doutor Nilson Gomes Vieira Filho

---

Profª Doutora Vera Engler Cury

---

## Dedicatória

*Dedico este trabalho àquela com quem aprendi que a vida vale a pena pela intensidade com que a levamos aqui e agora, com quem aprendi a respeitar e conviver com as diferenças e a entender a cumplicidade dos que amam*  
*- **GAUDIOSA**, minha doce e amada mãe.*

## Agradecimentos

***"Um autor jamais fala por si mesmo. A voz daquelas que o precederam, a voz dos que cuidaram dele e daqueles dos quais ele cuidou, sempre são partes da sua fala. Assim é com este trabalho. Ele nunca teria frutificado sem a presença e a voz de tantas pessoas. Alguns falaram através de seus escritos, outros o enriqueceram com sua presença viva."***

***Hycner***

Minha eterna gratidão:

À Dra. Cristina Brito e Dra. Marígia Viana.

Aos usuários da Clínica de Psicologia do CSAM.

Às estagiárias Samara Queiros e Maria Adrião.

Aos colegas do CSAM, em especial Jane Rizzo,

Dra. Wânia Machado e Dra. Graça Marinho.

A Gilberto Rafael e Huda

À Eudésia Nascimento.

## Agradecimento Especial

Dra. HENRIETTE MORATO e Dra. ALBENISE LIMA

Pela atitude cuidadosa e pela atenção dispensada, não somente ao meu trabalho, mas a minha pessoa nos momentos de construção, de incerteza, de procura e reflexão na realização deste trabalho. Vocês foram semelhantes a um jardineiro que, percebendo a idéia germinativa das minhas questões, propiciaram *condições/luz* para fazê-la brotar em *dissertação/fruto*. A presença de vocês, nesta exaustiva caminhada de elaboração, possibilitou, sem dúvida, a irrigação necessária para o crescimento e a frutificação das minhas idéias embrionárias, permitindo as condições facilitadoras para o seu desenvolvimento, mesmo naqueles momentos, em que foi preciso podar excessos de galhos que comprometiam o centro de gravidade do *projeto/planta*. Senti-me amparada e valorizada nas estações de sol e de muita chuva em que poderia comprometer o *meu projeto/semente*.

Hoje mais do que nunca, é preciso agradecer-lhes, não apenas por redimensionarem a minha aprendizagem em Psicologia Clínica, mas, por terem favorecido, no contexto das nossas interações, a compreensão do sentido da Clínica.

O crescimento saudável de uma planta é produto de sua semente e da atenção do jardineiro/cuidador, assim, também, este trabalho/fruto revela, em suas entrelinhas, o empenho e a dedicação de seus jardineiros/cuidadores.

## Sumário

<b>RESUMO</b> .....	VIII
<b>ABSTRACT</b> .....	IX
<b>CAPÍTULO I</b>	
1- In-quietações em ação .....	01
<b>CAPÍTULO II</b>	
1 - A experiência do usuário- outra abertura para o sentido do fazer clínico.	
1 - Experiência como possibilidade de fazer saber.....	19
2 - O fazer conhecer a experiência .....	23
3 - O sentido do fazer clínico no mundo-com-outros .....	27
4 - Ouvindo o sentido do fazer clínico psicológico no usuário.....	38
<b>CAPÍTULO III</b>	
1 - Dialogando e fazendo sentido do fazer clínico psicológico no mundo- com-outros.	
1 - Cartografando a Reforma Sanitária Brasileira.....	49
2 - Rede Pública de Saúde em Recife. ....	57
3 - Práticas clínico-psicológicas sentido instituído .....	65
<b>CAPÍTULO IV</b>	
Re-significando as práticas psicológicas no CSAM .....	77
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	108
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	112

Na assistência psicológica oferecida ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), não é raro, nos trabalhos desenvolvidos com ele, refletir sobre a adequação e a eficácia dos modelos de atuação clínica utilizados para atender à sua demanda. As abordagens teórico-práticas que orientam os procedimentos clínicos na compreensão e na problematização do seu sofrimento, não parecem contemplar, satisfatoriamente, as suas necessidades reveladas no processo da assistência psicológica. Nessa compreensão, este trabalho representa uma iniciativa para articular as referências operacionais que hoje modelizam a ação do psicólogo com a demanda apresentada pelo usuário da Rede Pública Ambulatorial. É uma pesquisa na área de Psicologia Clínica que intenta conhecer, pela abordagem fenomenológica-existencial, a experiência do usuário no que diz respeito à atenção psicológica que lhe é oferecida na instituição pública de saúde. A experiência vivida no contexto da prática, bem como leituras, parecem indicar que o sentido dessa assistência, quando comunicado na relação entre o usuário e o psicólogo, poderá favorecer ações que norteiem o atendimento psicológico à demanda trazida pela população distrital. Mais ainda, o significado sentido do cliente parece entrelaçar-se ao sentido que o próprio terapeuta busca em sua práxis e que, também, lhe serve para configurar o fazer clínico no espaço público Ambulatorial. A pesquisa foi realizada com cinco pacientes da Clínica de Psicologia do Centro de Saúde Agamenon Magalhães, unidade de Ambulatorial da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. A metodologia escolhida para conhecer a experiência do usuário foi a pesquisa qualitativa, amparada no método fenomenológico. A narrativa, contendo os depoimentos, foi a via de registro e de comunicação da experiência do usuário, relacionada ao atendimento psicológico. O significado que o usuário está dando às suas experiências relativas ao atendimento psicológico perpassa pelo sentido buscado pelas questões do próprio pesquisador; ou seja, como uma experiência que lhe favorece mudanças na compreensão de si e do outro. O sentido da ajuda psicológica também sinaliza uma compreensão de que ela é um meio significativo de lidar com o desamparo frente às dificuldades vividas em cidadania.

**PALAVRAS-CHAVE:** Práticas psicológicas, Rede Pública de Saúde Mental, Significado/Sentido.

## Abstract

### THE USER'S EXPERIENCE AS RE-SIGNIFICATION WAY FOR PSYCHOLOGICAL PRACTICES IN HEALTH SERVICES

It's not rare among the studies developed with the users of national health assistance in the Unified System of Health (SUS) to discuss about adequacy and efficiency of clinical performance patterns used to assist its demand. Theoretical and practical approaches applied to clinical procedures for comprehension and problematization of suffering do not seem satisfactory to cover all the needs revealed by psychological assistance processes. This work represents an initiative in articulating operational references which guide the psychologist actions with the actual demand of Public Ambulatorial Services' users. It's a research in the area of Clinical Psychology which has as its goal to get acquainted by means of Existential Phenomenology approach with the user's experiences as related to psychological attention offered by the public health institution. Actual experience in practicing context, as well as readings in the area, seem to indicate that the meaning of this kind of assistance, when informed in the user/psychologist relationship might favor actions to guide the psychological assistance to people brought by distrital population. Moreover, the meaning as felt by the client seems to carry the meaning that the therapist himself searches for in his praxis, and that helps him to configure the clinical actions within public ambulatorial environment. The research was carried out with five patients from the Clinic of Psychology of the Health Center Agamenon Magalhães, an ambulatorial unity of the Secretary of Health of the State of Pernambuco. The qualitative method of research as well as the Phenomenological method were chosen to approach the user's experience. The narrative was the means of experience registering and of communication with the users related to psychological session. The meaning the users give to their experience related to psychological attendance passes by the meaning the researcher herself looks for, that is to say, as an experience which offers changes for comprehending oneself and the other. The meaning of psychological help also shows a comprehension that it is a way to deal with abandonment as a result of experienced difficulties in citizenship.

**Key words:** Psychological practices, Public Services of Mental Health, Felt/Meaning

*“E não me esquecer, ao começar o trabalho, de me preparar para errar. Não esquecer que o erro muitas vezes se havia tomado o meu caminho. Todas as vezes que não dava certo o que pensava ou sentia, e que se fazia, enfim uma brecha e, se antes eu tivesse tido coragem já teria entrado por ela. Mas eu sempre tivera medo do delírio e erro. Meu erro, no entanto devia ser o caminho de uma verdade; pois só quando erro é que saio do que entendo. Se a verdade fosse aquilo que posso entender terminaria sendo apenas a verdade pequena do meu tamanho”.*

Clarice Lispector

# **CAPÍTULO 1**

---

In-quietações em ação

No meu trabalho em Psicologia Clínica, venho refletindo sobre uma questão vivenciada por mim, no âmbito da assistência psicológica, oferecida ao usuário<sup>1</sup> da Rede Pública de Saúde. Essa questão está em torno das práticas psicológicas, que norteiam a ação do psicólogo em seu fazer clínico, no ambulatório geral de saúde.

Na assistência psicológica oferecida ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), não é raro, nos trabalhos desenvolvidos, refletir sobre a adequação e a eficácia dos modelos de atuação clínica utilizados por mim para atender à sua demanda. As abordagens teórico-práticas que orientam os procedimentos clínicos na compreensão e na problematização do seu sofrimento, não parecem contemplar satisfatoriamente as suas necessidades reveladas no processo da assistência psicológica. A impressão sentida no atendimento a esses pacientes, é a de que a minha compreensão sobre os seus infortúnios perpassa por um crivo teórico-prático que reduz, e muito, a amplitude de suas demandas.

Estou convencida de que nossos modelos assistenciais vigentes de atuação, instituídos para favorecer a ação clínica do psicólogo nessas unidades ambulatoriais, apresentam limitações na abordagem de assuntos ligados à

---

<sup>1</sup> Nesse trabalho usaremos os termos *usuário*, *cliente*, *paciente*, quando nos referirmos às pessoas que são assistidas na rede pública ambulatorial de saúde.

sobrevivência do usuário no mundo da vida, vindo apenas a contemplar parte de sua demanda psicológica.

Minha experiência, nos atendimentos ao usuário da Rede Pública de Saúde, mostra que o olhar e a compreensão psicológicos pelos quais nos guiamos tanto para escuta quanto para a problematização de seu sofrimento, não apreciam a dimensão do existencial real da sobrevivência. O desamparo vinculado às graves dificuldades de viver sem comida, moradia e emprego, não é devidamente abordado nos modelos de compreensão e de prática que referenciam nossas atividades. *Como responder a essa demanda de desamparo real que está presente nas suas comunicações? Em que comportaria a ajuda psicológica nesse âmbito?*

O usuário revela, quando na assistência psicológica, uma demanda peculiar que se mostra inserida num contexto sociocultural diverso daquele que alicerça os aportes teóricos voltados para compreendê-lo. A perspectiva contextualizada de suas necessidades, na qual a qualidade e o modo de vida são determinantes para a sua compreensão, não se mostra relevante nos procedimentos dínicos usados com ele. O contexto cultural, político e econômico do paciente são pouco referendados em nossas práticas teorizadas, que procuram evidenciar outros ângulos circunscritos da sua subjetividade. A respeito dessa lacuna em nosso fazer, Moffat (1986) nos diz ser ela proveniente da importação de modelos de atuação cuja temática está enraizada na cultura pequeno-burguesa européia, na qual, originalmente, esses modelos foram pensados, e que pouco podem

evidenciar, ou mesmo ajudar, nos problemas de quem vive em sociedades latino americanas, como a nossa.

Sobre essa questão Basaglia (1976) compreende que as dificuldades não estariam em decorrência da importação em si, dos modelos teórico-práticos, mas da forma colonizada como eles são importados. Haveria, nessas modelizações, uma transposição de problemas pertencentes a outras culturas com nível de desenvolvimento diferente da nossa, relacionado com o mecanismo de identificação ideológica característico das culturas subordinadas, dependentes das instâncias político-econômicas. Esse autor, ainda vem afirmar que a linguagem intelectual inerente a esses modelos é cúmplice deste processo, por ser um produto de assimilação de culturas de realidades diversas, pertencente a uma elite restrita que possui o privilégio de saber decifrá-la, transformando *realidades* pela racionalização ideológica. Dessa forma, o poder da teoria contempla a ideologia das classes dominantes.

Reportando-me ao âmbito da minha prática, isso me leva a pensar que é preciso estar atenta para a peculiaridade da condição humana em seu específico contexto sócio-econômico-cultural. Isto, porque me dei conta de que, nos trabalhos com essa clientela, estava dando ênfase para uma leitura nosográfica<sup>2</sup> da existência do usuário, desvinculando-a do seu contexto sócio-econômico que permite relacionar a saúde ao exercício da cidadania.

Nessa compreensão, surge uma necessidade de *re-significar* o sentido dado à minha prática clínica, na ajuda psicológica a esses pacientes, para repensar o

---

<sup>2</sup> Termo que indica descrição ou classificação metódica das doenças.

que esse usuário comunica em sua singularidade e que pode, na sua experiência de atendimento, contribuir para um fazer pertinente à sua demanda. Busco, através desse trabalho, ampliar a minha compreensão sobre o fazer na clínica psicológica, procurando entender em que comportaria a ação clínica, no contexto ambulatorial público, para favorecer uma prática psicológica adequada à comunidade distrital assistida.

O saber instituído, que envolve o fazer na clínica psicológica em ambulatórios públicos, pode se manter fixamente como uma norma organizadora, teórica e técnica nos trabalhos desenvolvidos com o paciente, quando não é importado e se apresenta como o produto de uma relação entre teoria e prática, advindo da experiência do fazer contextualizado, é uma referência importante. No entanto, pode se mostrar desfalcado de sua função, na promoção da saúde, quando permite mecanizações de atitudes, constituindo-se como, via de regra, uma ação clínica.

Morato (1999) nos chama a atenção para a especificidade originária e germinativa da prática clínica como lugar de acolhimento e de escuta. Ela nos alerta para um fazer que saiba ouvir e ver. Ressalta que a ação que se faz presente na prática é anterior, antecedente a qualquer referencial teórico que se empreste como modelo para atuação. Essa ação, quando originária, mostra-se como um processo iniciador decorrente da experiência no contato com o outro, o qual se constitui como abertura em que se articulam os sentidos do fazer clínico. É no espaço intersubjetivo, no encontro de subjetividades, que se elabora o

significado e, posteriormente, a tematização do fazer psicológico, viabilizando aberturas e transformações para uma prática clínica pertinente.

A demanda que a comunidade distrital apresenta no atendimento psicológico, na unidade pública de saúde, desafia os nossos modelos instituídos do fazer clínico. Em nossa prática, precisamos permitir que essa demanda tome corpo e direcione um fazer que, tornando-se objeto de reflexão, conduza a construção de novas formas de atuar em saúde mental. Para tanto, esse fazer com eles deverá advir do saber ouvir e ver.

É no sentido de elaborar um fazer para saber ouvir e ver, que pensei em relatar a minha prática clínica, nela resgatando o sentido das minhas experiências iniciais no atendimento psicológico prestado a esses pacientes. Dessa maneira, penso que estarei delineando o meu percurso de atuação na unidade ambulatorial, descobrindo nele o contexto relacional vivenciado com o usuário bem como os sinais da ética norteadora de procedimentos clínicos utilizados na ajuda psicológica desses pacientes. E é por esta perspectiva que a presente narrativa se encaminha.

No sentido benjaminiano, narrar as minhas experiências no atendimento psicológico desses pacientes é tecer, de modo artesanal, a experiência vivida (Benjamin 1980). A narrativa se mostra como possibilidade de resgatar o contato com a experiência registrada, sendo um meio significativo de organizá-la no convívio com outros, criando assim, um campo para a ação coletiva em que os atores participantes da situação de fala podem tomar posições condizentes com o estado de coisas apresentado. Os relatos têm a ver com o sentido que foi dado

aos acontecimentos, eles legitimam modos de agir diante desses, mostram-se como instâncias de ação que vinculam o significado ao contexto de sua produção.

Nessa via de compreensão, as narrativas elaboram os eventos nas situações vividas, restauram a experiência como expressão de um padrão, legitimando papéis e práticas para se lidar com as circunstâncias. Sendo um meio de acesso à experiência, a narrativa não a reduz a um discurso narrativo, vindo apenas a favorecer significações parciais e inacabadas de uma realidade que está constantemente em fluxo (Rabelo 1999). A experiência envolve a elaboração do vivido e o seu sentido se encaminha por uma comunicação contextualizada.

Seguindo essa perspectiva, o relato das minhas experiências no atendimento psicológico ao usuário do SUS permitirá o acesso às representações, aos sentimentos e aos valores instituídos nas idéias cristalizadoras do vivido com ele. Nessa intenção, procuro, agora, contar minhas experiências relacionadas ao atendimento psicológico oferecido no ambulatório geral de saúde pública.

A minha entrada na assistência psicológica, em Rede Pública de Saúde, ocorreu no início da década de 90, por um concurso da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Na época, lembro-me bem que estava muito motivada e, ao mesmo tempo, apreensiva para o desempenho das funções clínicas num ambulatório geral de grande complexidade.

Não sabia muito bem para o quê fora chamada. Eu tinha apenas algumas idéias vagas sobre a função do psicólogo nesse espaço. Era visível, minha lacuna prático-teórica nesse contexto. A graduação em Psicologia não parecia ter

contemplado, suficientemente, as práticas psicológicas na formação profissional e, muito menos, em áreas específicas como a do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar do receio que sentia de não ter, na formação profissional, embasamentos teóricos e práticos para o desempenho da função em instituição pública de saúde, vi-me chegando confiante e orgulhosa por ter sido contemplada num concurso de muita procura em Recife, bem como de ter sido convidada para atuar na unidade de saúde, pelo seu diretor, que dizia conhecer o meu trabalho na clínica psicológica privada. Foi um momento importante, de valorização, na minha carreira profissional. Relato essa peculiaridade por ser marcante em minhas experiências iniciais nesse espaço institucional.

Confiante, sentindo que “sabia fazer”, mesmo com as incertezas sobre a possibilidade de atendimento à demanda institucional, fui conhecer o ambulatório. Na unidade de saúde, encontrei um serviço de psicologia pouco configurado em que o atendimento era realizado após a saída do médico. Havia apenas salas destinadas para as atividades médicas, de enfermagem e do serviço social. Nenhuma para a atuação do psicólogo, mesmo havendo na unidade, três psicólogos em atuação.

Fiquei desapontada... Não era apenas eu que possuía incertezas do fazer clínico psicológico na instituição pública de saúde; a própria unidade ambulatorial revelava, em suas prioridades e procedimentos clínicos, uma falta de conhecimento sobre o que consistia a assistência psicológica nas ações de saúde.

Senti-me duplamente desafiada. Precisava situar-me numa prática clínica desconhecida para mim, negligenciada nos currículos de formação profissional do

psicólogo, e buscar nortes para uma atuação satisfatória, reveladora da prática psicológica nessa unidade de saúde.

Sucederam-se momentos importantes nessa fase inicial da minha atuação na instituição. Particpei ativamente, com mais dois colegas, na abertura de espaços para o atendimento em Psicologia. Nessa época, fizemos uma mudança radical nas regras do encaminhamento para a Clínica Psicológica: antes, o paciente precisava passar pela avaliação médica para obter a assistência, hoje, o paciente pode vir espontaneamente ou encaminhado pelas clínicas médicas, escolas, família e comunidade. Buscávamos ser atendidos, em nossas solicitações, para a construção e reformas de salas para o atendimento psicológico e obtenção de materiais técnicos facilitadores da prática clínica. Sentíamos-nos acolhidos e atendidos em nossos pedidos pela Direção da unidade. Tal fato propiciava uma grande motivação para a elaboração de projetos em saúde mental, através dos quais, éramos respeitados e visualizados pelos trabalhos realizados na Instituição.

Esse foi um período importante na construção do espaço físico e social do fazer psicológico, nessa unidade. Não questionava, ainda, a importação dos modelos de atuação clínica para o ambulatório público. Buscava, nos cursos de reciclagem, informar-me, cada vez mais, sobre tais modelos, com vistas a buscar referências para uma atuação “adequada” no meu trabalho com esses pacientes. Na realidade, não havia tempo para refletir sobre as ações clínicas realizadas com o cliente; estava envolvida demais com o alicerce físico da Clínica Psicológica nessa Unidade, não me importando, assim, agir por um *fazer emprestado*.

Neste momento, sou tomada por uma saudade daqueles laços afetivos que permearam os vínculos iniciais com a Unidade e principalmente com a sua equipe administrativa. Nós, enquanto grupo, sentíamos-nos identificados com a Instituição, orgulhosos em pertencê-la, que transmitia para a comunidade uma imagem de eficiência nos serviços prestados à saúde.

A respeito dessa relação tão próxima com a Instituição, chegando a ser identitária, Spink (1993) evidencia a questão ideológica, sobretudo em seu caráter reificador, chamando atenção para o discurso estruturado e estruturante do meio institucional que tende a impor a apreensão da ordem estabelecida como natural e governada por leis impessoais, podendo assim, ocultar formas de dominação do poder do profissional, garantindo o saber importado, universal, em formas autoritárias pela justificativa ideológica, o que vem a dificultar as mudanças institucionais.

Nesse período, como dito acima, não questionava a adequação e a eficácia das ações clínicas no atendimento à demanda trazida pelo usuário. As incertezas iniciais sobre a natureza do atendimento psicológico em unidades de saúde públicas não mais se faziam presentes nos trabalhos desenvolvidos com a clientela. Estava tão envolvida na abertura de espaços para o atendimento psicológico, que não priorizava o processo facilitador da ajuda psicológica. Não havia em mim, uma disponibilidade pessoal para refletir sobre o fazer clínico na assistência ao usuário.

Fica claro, agora, porque o meu fazer não podia ser objeto de minha reflexão. Estava empenhada demais para corresponder ao meu outro desafio, que

era o de configurar, para a Unidade Ambulatorial, o fazer psicológico. Nesse sentido, não me podia ver incluída, subjetivamente, na relação de ajuda, com dúvidas, incertezas ou dificuldades na abordagem das dificuldades do usuário. Os modelos de atuação, mesmo importados, serviam como garantia para uma pseudo-eficácia nos trabalhos desenvolvidos.

Hoje, percebo que, estava em jogo a minha identidade profissional. Não permitia, quem sabe por defesa, o levantamento de dúvidas sobre o saber fazer, e, nessa perspectiva, a prática clínica se fazia por uma mecanização de atitudes nas quais não cabia uma reflexão sobre a eficácia das ações. Achava pertinente aplicar, no contexto institucional, o que era aprendido nos cursos de reciclagem, como por exemplo, as técnicas de abordagem e a execução de projetos advindos de experiências alheias à demanda distrital. Era um fazer que ainda não sabia ouvir. Não ampliava a escuta para a demanda específica, dela fazendo uma leitura somente pelos crivos teóricos e técnicos, exercitava uma prática automatizada que sinalizava, apenas, um fazer compromissado não com o cliente, mas com a instituição, sem, contudo, desconfiar de sua adequação.

Intrigava-me o fato de não poder evidenciar a configuração de um *fazer para assistir* na ajuda psicológica. Dessa forma, buscava, ainda, um saber fazer instituído. Achava que precisava apenas, aprender um modelo eficiente de atuação clínica e aplicá-lo no trabalho com a clientela. Nessa época, pensava que

as práticas psicológicas possuíssem, como em outras práticas profissionais, modelos universais de atitudes para lidar<sup>3</sup> com o paciente.

Anos mais tarde, lentamente, fui percebendo que nos atendimentos psicológicos favorecidos, via-me refletindo sobre a natureza do meu fazer: o que nele comportaria para atender aquela demanda revelada na assistência psicológica? Mais uma vez, emergia a questão do fazer psicológico em minha prática na instituição de saúde. Repensava: o que nela seria específico para a promoção da saúde em ambulatórios públicos? Como poderia se articular com os demais fazeres de outros profissionais, que também visam o bem-estar humano em saúde?

Nessa atenção, fui modificando um jeito de atuar, sem muito me dar conta, deixando-me mais envolver no cotidiano de uma prática, esforçando-me para atender às solicitações da demanda que emergiam, pedindo significação. Já não estava tão compromissada com um fazer teorizado. Percebia a impossibilidade de ler a demanda institucional por crivos técnico-teóricos descontextualizados da realidade do usuário e que estavam contribuindo para automatizar as minhas atitudes no trabalho com esses pacientes. Nesse momento, já não me sentia ameaçada em não *saber fazer* na Clínica Psicológica do Ambulatório. Deixava-me ensinar pelo paciente. Ouvindo suas significações, procurava ampliar a minha escuta sobre sua demanda, aprendendo com ele a configurar o seu *mundo*. Dessa forma, poderia compreender um pouco mais sobre a concepção que faz da sua existência.

---

<sup>3</sup> Lidar neste contexto diz respeito ao modo de gerir o trabalho/tarefa no cotidiano. Refere -se a *lida diária* .

Não obstante, muitas vezes me descobria com a desagradável sensação de estar correspondendo muito mais aos parâmetros do modelo de atendimento psicológico instituído pelo sistema de saúde, do que à demanda do cliente comunicada nesse espaço. O nosso contato inicial com o paciente que entra no sistema público perpassa, na maioria das vezes, por atitudes autoritárias, principalmente, quando lidamos com questões relacionadas a vagas, clientela específica, alteração de consultas e outros motivos administrativos. No processo da ajuda psicológica em ambulatórios públicos não há muito que combinar com o cliente no que concerne às suas exigências pessoais. Quem determina os pormenores da assistência é a Instituição. Não existe uma contratualidade adjacente àquela que é vista nos vínculos da clínica particular. No que se refere à assistência a sua saúde, o cliente do SUS possui como contrato o cartão de registro com o número do prontuário de atendimento. O que ocorre é que, muitas vezes, é extraviado pelo sistema, dificultando a compreensão da história clínica do paciente. Ser atendido na Rede Pública de Saúde representa, muitas vezes para a clientela, a conquista de algo importante e de difícil acesso.

Nesse sentido, é visível e incômodo perceber, nas atitudes do paciente, uma postura passiva, obediente e agradecida, quando dos procedimentos clínicos iniciais, levando-me a pensar que não estamos favorecendo a contratualidade esperada na prestação de serviços entre o cidadão e o seu estado. A autonomização de atitudes em nossas ações clínicas, muitas vezes, vem atender à produtividade da instituição de saúde que o SUS requisita, reforçando dessa

feita, esse enquadre, no qual não se possibilita vias de atendimento para o sujeito-cidadão, mas somente para o indivíduo-paciente.

No meu trabalho com esses pacientes, sinto uma mistura de sentimentos agradáveis, o que me ajuda a elaborar o sentido do saber fazer e o de minha vida. É motivo de satisfação ir à Unidade para atendê-los; sinto-me acolhida de maneira especial e isso me ajuda a entender, com humildade, que, apesar dos esforços para compreendê-los, sou bastante limitada na abordagem de seus problemas complexos. Está sendo uma aprendizagem significativa atendê-los nas suas necessidades de encontro e de clarificação de dúvidas, apesar dos receios, das incertezas do fazer clínico e da falta de um ambiente físico propício para atendê-los (não temos manutenção das salas há mais de sete anos).

Ouvindo melhor o sentido que parece emergir de minhas experiências, no relato acima, percebo a importância de problematizar, o que realizo no ambulatório público de saúde, para atender à demanda psicológica do usuário. Percebo que é necessário ressignificar a minha prática clínica nesse contexto, descobrindo nela, uma ética que possa favorecer possíveis ângulos para a percepção do sofrimento do usuário visto na assistência psicológica.

Portanto, mais do que antes, preciso buscar um fazer que possibilite um ouvir e ver, que permita ampliar a escuta no meu trabalho com essa clientela. *Poderia reverter o lócus destinado ao usuário na assistência psicológica, permitindo a ele ser o norte das ações clínicas e não as nossas noções técnico-teóricas? Sendo ele o marco referencial das ações na ajuda psicológica, como poderia contribuir no processo de sua assistência? Posso pedir que me ensine a atendê-lo?*

Volto, agora, a minha atenção para o usuário, procurando, na sua experiência relacionada ao atendimento psicológico, uma direção/sentido que possa contemplar um fazer clínico pertinente à sua demanda. Ouso indagá-lo, não apenas com perguntas, mas revendo o movimento de sua presença no cotidiano da assistência psicológica. Assim, com ele, penso que poderei ampliar a abertura do sentido de minha prática na instituição de saúde. *O que já estaria sendo comunicado, em suas idas e vindas à Unidade, que poderia revelar sobre o atendimento psicológico nessa instituição? O que vejo? Se ele procura vir ao serviço, ainda que sem dinheiro para a condução, o que o estaria motivando?*

Num primeiro momento, parece vir porque foi *mandado*, como se o *outro*, seu médico ou familiar, soubesse dizer mais do que ele precisa, pois ele próprio ainda não sabe em que consiste a assistência psicológica. Teria vindo procurar ajuda porque delega ao outro, *saber* qual a sua demanda? Poderia pensar nele como sujeito *assujeitado*? Ou, se apresenta culturalmente *obediente*, delegando ao especialista a compreensão de sua vivência, supondo que este o conheça melhor do que ele a si mesmo? São tantas as questões que se mostram relevantes, sinalizadoras de nossa prática, pedindo significação nas minhas reflexões, que acho oportuno repensá-las em meu trabalho com essa clientela.

De onde eles estão vindo? Muitos deles são encaminhados pelos postos de saúde da rede municipal, das escolas estaduais, da comunidade e dos hospitais públicos de grande complexidade, localizados fora da abrangência do distrito sanitário a que essa unidade de saúde pertence. Apresentam, nos

encaminhamentos, uma variedade de motivos para o acompanhamento psicológico.

Além disso, uma outra característica marcante é que o encaminhamento para o apoio psicológico, em nossa unidade, também está sendo perpassado pela vizinhança, pelo padeiro, pelo ajudante do mercado situado na esquina e pela dona da mercearia que se localiza num ponto estratégico na comunidade. O trabalho em Psicologia nessa unidade estaria, dessa forma, transcendendo os limites da unidade de saúde, numa ligação direta com a comunidade, sem passar, como outrora, simplesmente pelos crivos médicos de assistência? O que estaria mobilizando a comunidade para buscar o serviço de atenção em saúde mental por essa via específica?

Um outro dado que chama a atenção é que, quando o usuário é encaminhado pelas clínicas médicas, sem evidenciar, ele próprio, o seu sofrimento psicológico (do tipo “*vim aqui porque o doutor mandou*”), não se diferencia daquele que vem espontaneamente para a assistência, consciente do seu desacordo interno. Em ambos, não há um conhecimento prévio sobre o que comporta a assistência psicológica. Há um questionamento implícito em suas falas sobre o que seria *tratado* e de que forma, sinalizando uma expectativa de assistência configurada nos modelos do atendimento médico.

Surpreende que, na assistência psicológica, após algum tempo, o usuário, sem uma informação precisa sobre o atendimento psicológico, demonstra uma forte motivação para experienciar os seus momentos, sejam em grupo ou nos atendimentos individuais. *Qual o sentido que ele estaria dando à sua experiência*

*de ser atendido nessa instituição?* Essa pergunta se faz presente nas minhas reflexões e nos estudos feitos sobre a assistência psicológica oferecida a essa comunidade. Há uma necessidade de compreender o que significa, para o usuário, a ajuda psicológica que lhe é oferecida no âmbito da assistência pública ambulatorial.

Essas meditações, buscando sentido da minha práxis no ambulatório, traduzem o interesse que tenho por problematizar as práticas psicológicas desenvolvidas no âmbito da clínica psicológica em Rede Pública de Saúde. Com essa intenção, este trabalho representa uma iniciativa para articular as referências operacionais que hoje modelizam a ação do psicólogo, com a demanda apresentada pelo usuário da rede pública ambulatorial. É uma pesquisa na área de Psicologia Clínica, que intenta conhecer, pela abordagem fenomenológica-existencial, a experiência do usuário no que diz respeito à atenção psicológica que lhe é oferecida na instituição pública de saúde.

A experiência vivida no contexto da prática, bem como leituras, parecem indicar-me que o sentido dessa assistência, quando comunicado na relação estabelecida entre o usuário e o psicólogo, poderá favorecer ações que norteiem o atendimento psicológico à demanda trazida pela população distrital. Mais ainda, o significado sentido do cliente, parece entrelaçar-se ao sentido que o próprio terapeuta busca em sua práxis e que, também, lhe serve para configurar o fazer clínico no espaço ambulatorial.

Nesse sentido, este trabalho poderá oferecer meios de reflexão para ampliar conceitos e referências práticas no âmbito da assistência psicológica em rede

pública de saúde, podendo contribuir, dessa feita, para novas formas de atenção em saúde mental, uma vez que, partindo das referências do usuário, possibilita atenção para o que mobiliza sua presença para a assistência psicológica. Poderá, ainda, servir para problematizar as relações entre teoria e prática em Psicologia Clínica no contexto da assistência pública em saúde mental, vindo, assim, a favorecer o preenchimento de lacunas nos currículos básicos da formação do psicólogo, em que não há o realce para a prática clínica psicológica em instituições de saúde do SUS.

Procurando um fazer que saiba ouvir no fazer-com-eles, ressalto, agora, a experiência do usuário, nela, procurando a possibilidade de cartografar o sentido de minha prática e função na instituição pública de saúde.

## **CAPÍTULO 2**

---

A experiência do usuário:  
Outra abertura para o sentido  
do fazer clínico

## 1 – EXPERIÊNCIA COMO POSSIBILIDADE DE FAZER SABER

Antes de iniciar o procedimento de escuta ao usuário, penso que seria pertinente situar a minha compreensão sobre alguns temas relacionados e citados neste trabalho de pesquisa. Dessa maneira, a concepção teórica desse estudo será calcada na abordagem fenomenológica da existência humana. O conhecimento sobre a experiência do usuário será compreendido pelas leituras que enfatizam o vivido como experiência pré-conceitual, no nível das intenções significativas e aquém do significado expresso. Passo agora a uma breve teorização.

A experiência humana envolve um processo de sentimentos no presente imediato que orienta a conceitualização e conduz a significados. Nesse sentido, o significado é formado na interação entre a experienciação e algo que funciona simbolicamente. Conceitualizar envolve um *experienciando*<sup>1</sup> sentido do significado que poderá conduzir a outros. (Gendlin, citado por Morato, 1989). *Experienciando* refere-se a um fluxo contínuo de sentimentos que ocorrem na experiência humana com conteúdos explícitos, podendo ou não ser conceituados (Gendlin, 1984).

---

<sup>1</sup>Morato (1989) referiu-se a *experienciando* por achar mais adequado o gerúndio para o que Gendlin chamou de *experiencing*, cuja tradução passou a ser utilizada como experienciação.

Experiência, linguagem e situação estão conectadas, conduzindo a significados sentidos.

O significado sentido é concebido como percepção corporal do sentimento presente na vivência de uma situação. Refere-se a um sentir fisicamente percebido que, contudo, contém, simultaneamente, uma complexidade cognitiva, comunicacional e situacional. O pensamento e o sentimento são produtos do processo experiencial do sujeito e podem ser alterados, mediante uma nova forma de apreender o momento existencial. Dessa forma, a percepção sentida envolve aspectos físicos, sociais e subjetivos (Gendlin, 1984).

Morato (1989) enfatiza que o significado sentido se forma na complexidade do *experienciando*. É na relação entre o que é sentido, compreendido e articulado que o sentido se cria. Dessa forma, o significado ocorre nesse processo relacional. O que é sentido tem uma compreensão implícita, podendo ser articulado e contextualizado. Assim, o significado está implícito no que sentimos, dizendo respeito, pois, a uma compreensibilidade, pré-figura, anterior ao que se pode designar por compreensão.

Tendo compreendido a experiência como um processo relacional e articulador entre percepção, comunicação e situação, outra questão se apresenta: *Como estaria sendo registrada<sup>2</sup> a experiência humana no contexto-sócio-histórico?*

Benjamin (1985) evidencia que o estilo contemporâneo da vida moderna não possibilita à experiência ser um referencial da ação do homem no seu existir. Esse autor alerta sobre a atrofia da experiência nas diversas formas de comunicação do

---

<sup>2</sup> Registro diz respeito à autenticação, legitimação da autenticidade da experiência.

indivíduo com o mundo, tanto na temporalidade, quanto no contexto espacial e no universo tecnológico voltado para o desenvolvimento industrial. A experiência, no sentido benjaminiano, é *“incompatível com o registro de automatismo e imediatismo que caracteriza a vivência, advém do trabalho da memória, é assunto da tradição”* (Schmidt, 1990:11), dessa forma, não se perde no contexto em que está inserida.

Na vivência, há uma predominância da atividade intelectual e de consciência. Nesta, não há ensinamentos, nem sugestões, conselhos e afirmativas não fechadas, como existe na experiência. O homem contemporâneo é o homem da vivência que precisa adaptar-se às exigências das condições atuais de tecnicidade do mundo industrializado. Percebe-se uma mudança no modo de vida e nos sistemas perceptivos e mnemônicos do homem moderno como reação à vivência.

Já a experiência tem o seu sentido na existência coletiva. O conjunto das experiências, individual e coletiva, constitui a tradição, preservando as experiências no social (Benjamin, citado por Schmidt, 1990). Os objetos denominados de *auráticos* possuem imagens do passado que, quando reconhecidos, transmitem o momento vivido. As representações desses objetos específicos estão na tradição, que garante para o indivíduo o acesso à experiência de seus antepassados através da memória coletiva. Nas festividades e nas comemorações de uma comunidade, há reminiscência do passado coletivo numa fusão com os conteúdos do passado individual. Neste ponto, a vivência no curso da vida social favorece a emergência da memória involuntária e, nela, a experiência desponta.

A tradição está ameaçada nos tempos modernos e, com ela, o intercâmbio da experiência. A tecnologia no trabalho, na comunicação e na arte, presente no estilo contemporâneo, transformou a percepção do homem sobre o mundo e o modo de relacionar-se com ele. O homem está separado de sua experiência e da experiência coletiva. Nesse contexto, Benjamin (op.cit) mostra a narrativa como possibilidade de resgatar o contato com a experiência.

A arte de contar história está associada para esse autor à transmissão da experiência proveniente da comunidade pré-industrial, centrada no trabalho artesanal. Ela é semelhante a esse trabalho, trazendo a marca do narrador, da sua experiência, descrevendo as circunstâncias do fato que se deu em momento único. O tempo não é visto claramente, estando, contudo, presente nas camadas que se acumulam. A narrativa não traz conclusão, nem tampouco explicação, e por isso oferece-se sucinta e concisa, o fato consumado não aparece; surge de novo como uma nova versão, em uma nova história, porque contém memória de muitos fatos difusos e articulados numa teia complexa da experiência individual e coletiva. A narrativa é uma forma artesanal de comunicação na qual sua matéria prima é a experiência que se sedimenta pelos sucessivos atos de narrar.

## 2 – O FAZER CONHECER A EXPERIÊNCIA

O caminho metodológico escolhido para conhecer a experiência do usuário veio da pesquisa qualitativa, amparada no método fenomenológico. Esta pesquisa ao buscar descrever o significado da experiência humana, contempla bem o trabalho na Clínica Psicológica. Seus procedimentos de investigação possuem uma perspectiva metodológica diferente dos padrões tradicionais de pesquisa. Quando inspirados na Fenomenologia, sua forma de abordar as questões não segue uma trajetória contínua; envolve saltos, desvios, no qual não há certezas de chegada a uma meta pré-determinada. Mediante ao que está sendo revelado, as hipóteses vão se formando, permitindo outras formas de avizinhar-se em função dessas novas aberturas.

Nesse sentido, o caminho inicialmente escolhido para abordar as questões nesta pesquisa foi o meu percurso de atuação na Unidade de Saúde. Naquele momento, ele se mostrava como possibilidade de responder às minhas dúvidas que giravam em torno do fazer clínico psicológico neste contexto. Nessa abertura, outra se revelou: o usuário como via de re-significação desta prática psicológica, demonstrando para mim que é na compreensão da sua experiência, relacionada aos atendimentos, que poderia entender as minhas ações voltadas à sua assistência. Assim, volto a minha atenção agora para buscar não só meios de acesso a essa experiência, como também outros que permitam inscrevê-la.

A narrativa, contendo os depoimentos, foi a via de registro e de comunicação da experiência do usuário relacionada ao atendimento psicológico. Lembrando

Benjamin, as narrativas são vias de acesso para o conhecimento da experiência do narrador. Envolvem *“momentos de insight, nos quais uma nova articulação de idéias lampeja, introduzindo o saber da descoberta e da novidade em torno de uma experiência passada”* (Schmidt, 1990:74).

Nessa perspectiva da narrativa, este trabalho recorre à experiência do paciente relativa à assistência psicológica através de seus depoimentos orais. Tais relatos são concebidos como elementos pertencentes à região dessa experiência, decorrentes do processo vivido e evocado pelo pesquisador ao fazer ao usuário o seguinte pedido: *“Você pode me contar sua experiência de ser atendido em Psicologia neste Posto de Saúde?”*.

Neste trabalho, recorreremos ao usuário que tem vínculos de assistência firmada com a Clínica Psicológica do CSAM, campo escolhido para abordar o fenômeno, excluindo-se, dessa feita, aquele do momento inicial e avaliativo do atendimento psicológico. Dessa forma, somente aos pacientes que estavam sendo atendidos, foi feito um convite para as entrevistas, marcadas em horário pré-determinado e em dias de não atendimento. Isto permitiu, aos que aderiram ao pedido, uma atitude espontânea para colaborar com a pesquisa, não havendo assim a escolha intencional do pesquisador. Foram entrevistados cinco pacientes adultos, do sexo feminino, assistido por mim e por outro psicólogo, nos atendimentos individuais e em grupoterapia.

A relação com o usuário foi dialógica, em único encontro. Não houve interferência na seqüência dos depoimentos, exceto quando se fez necessário

para a compreensão do relatado. Os depoimentos foram orais, gravados em fita, com autorização prévia do usuário/narrador.

De posse dos depoimentos gravados, deparei-me com outro desafio. Como compreendê-los? Schmidt (1990:78), ressalta que, ao transpor-se o relato oral para uma forma escrita, perde-se a carga corporal intrínseca a ele, e que lhe serve como elemento revelador da experiência do usuário. Neste caso, para ela, os relatos, mesmo sem essa importante evidência, podem comunicar, por si mesmos, registros da vida do sujeito pesquisado. Afirma que os relatos não *“precisam fundamentar hipóteses explicativas, atestar regularidades ou autorizar generalizações por parte do pesquisado”*.

Dessa forma, procurei evitar a manipulação do material transcrito com fins de valorizar ou de desprezar passagens em função dos interesses de objetivos pré-construídos para o experimento. Portanto, não foram realizadas operações nem de fragmentação, nem de decomposição na análise do depoimento do usuário.

No procedimento de análise dos relatos, inicialmente, fiz uma transcrição do relato oral para o escrito. Em seguida, li o texto contendo as expressões originais do depoimento, procurando, dessa maneira, a obtenção de uma visão global do texto e a impressão pessoal registrada sobre o mesmo.

O passo seguinte foi a literalização do texto. Tal processo se refere a uma transformação das expressões cotidianas do usuário em linguagem própria e específica do intérprete/pesquisador, dando ênfase à compreensão de conteúdos inerentes à comunicação do sentido da experiência relacionada com o atendimento psicológico no CSAM.

Os depoimentos literalizados foram posteriormente devolvidos aos usuários/depoentes para que os confirmassem, acrescentassem ou subtraíssem o que lhes parecesse mais representativo de si próprios. Somente após essa etapa foi iniciado o diálogo do pesquisador com o depoimento literalizado para a interpretação e compreensão do seu sentido para o pesquisado.

Schmidt (1990), auxiliando novamente, aponta para a ambivalência de papéis desempenhados pelo pesquisador, quando o mesmo toma como objeto de estudo, a experiência do usuário/narrador. Ela afirma que, como ouvinte, o pesquisador acolhe e possibilita o trabalho de elaboração do depoimento. Já, como sujeito, procura compreender o depoimento, limitando-se a comentar o que foi expresso, relacionado com os constructos teóricos referendados nele. Essa autora, ainda, vem ressaltar que, sendo recolhedor da experiência do usuário, como ouvinte, no encontro com ele, o pesquisador não deixa também de ser um narrador que intercambia experiências. A tarefa de interpretar e de comentar sobre a experiência do usuário viabilizará também a comunicação de minha própria experiência no processo estudado.

### 3 – O SENTIDO DO FAZER CLÍNICO NO MUNDO-COM-OUTROS: OS DEPOIMENTOS

#### Um Pedaco de Vida

*Para mim, a experiência de ser atendida neste posto de saúde é uma coisa muito importante. Porque eu estava muito doente, me sentindo assim... sei lá... sem poder sair de casa, com medo de tudo, nervosa, chorando... com pânico né?... e tudo... E aqui eu estou me sentindo... assim... muito bem.*

*Para mim, aqui, as pessoas ... assim... eu posso falar o que eu quero, as pessoas aqui me compreendem, me entendem. Eu me sinto bem... Veja, até choro ao falar... porque tem coisas que eu não consigo falar para outras pessoas, e aqui eu consigo falar... porque aqui é um espaço... assim... que eu me sinto... que posso falar tudo que vem na minha mente e as coisas que eu tenho medo de falar para as outras pessoas.*

*Então, é por isso que aqui é importante para mim... as pessoas... a psicóloga, Dra. Ana... eu gosto muito, que até fico com saudade. Gosto muito mesmo daqui.*

*Aqui é um pedaco da minha vida. Nesse momento, está sendo muito importante para mim. Eu não sei se eu tenho vontade de sair daqui... apesar de eu ter muito medo, muita insegurança ainda, mas depois que cheguei aqui, eu me*

*sinto bem... bem melhor, porque eu consigo sair, eu consigo, às vezes, não ficar tão escondida, tão isolada... Estou chorando de novo, né?*

*Porque, às vezes, eu quero me isolar do mundo, das pessoas... ficar longe das pessoas... E aqui, eu me sinto com liberdade para poder falar... Não quero me isolar... não me isolo aqui. Por isso é que aqui é importante para mim.*

## **Parte de Vida**

*Bom, o que me trouxe aqui para ser atendida neste posto foi a depressão... a depressão de ter perdido uma pessoa muito importante na minha vida. Então, quando eu perdi, entrei em pânico... E foram muitas coisas... Meu pai é um alcoólatra, né?... e que é muito difícil... e como eu sou a mais velha da casa, é... me sobrecarreguei...*

*E também tinha a faculdade para terminar... Eu dou aula... e eu tinha que sobreviver... e, aos trancos e barrancos, eu terminei a minha faculdade.*

*E o que me trouxe aqui, justamente, foram as depressões constantes que... eu sentia. Hoje, eu sinto com menos frequência... sinto e quero me livrar... E aqui é bom, porque a gente entra em conflito com nós mesmos. E... e a gente também busca a experiência do outro... Então, aqui é um grupo bom. Um grupo onde a gente pode por as nossas emoções, não é? Aqui dentro...através de cada emoção de cada um a gente pode levar para dentro de si e refletir e se auto-analisar em*

*cima disso. Isso é importante, porque, no meu ponto de vista, traz um amadurecimento para nós.*

*E eu posso dizer hoje: eu amadureci muito e eu não quero... por enquanto... eu não quero me afastar daqui!... Isso aqui está sendo parte da minha vida, não é? Então, eu procuro vir, e quando eu saio daqui, eu já saio com outra mente..., o que eu vou fazer daqui para frente?... Vai vir a outra quinta-feira, e eu vou amadurecer em cima de outra experiência vivida na minha vida no dia-dia... E eu acho que isso é muito importante para a gente.*

*A terapia é... o psicólogo, né?... Acho que a gente tem um psicólogo onde a gente confia, onde a gente gosta... Talvez o trabalho seja melhor, porque não é só o psicólogo, mas sim, a confiança que a gente tem no psicólogo. Isso!... Acho que isso é muito importante... E a senhora passa essa confiança para a gente, né?...Essa força, essa vontade de viver... porque é difícil a vida aí fora... muito difícil!... cada um tem seus problemas e as decepções que a gente traz... é muito difícil conviver com isso...*

*Então, é importante que haja, essa união do grupo. Eu acho que está muito importante o nosso grupo aqui... Ele está muito importante, porque está tendo essa união; um está dando força ao outro e junto com a sua... como posso dizer? ... com a sua linha de terapia.. Essa sua linha de terapia é boa, porque a gente vai buscar lá no fundo quem somos nós, ou o quê vai ser nós daqui para frente... Isso é importante!...*

*Então, a terapia para mim é... é... uma fase de minha vida que estou vivendo. E eu gosto de todos, e gostaria que todo mundo pudesse dizer amanhã o quanto*

*amadureceu, e o quanto é... o quanto foi válida essa experiência, né?... Que tenha em todos os postos ... que tenha sempre um terapeuta que ajude. Porque realmente a gente precisa da ajuda de vocês!... Só isso.*

### **Lugar de ouvir também**

*Eu aqui sou muito bem atendida... porque eu acho que...sobretudo pelas dificuldades que tenho é que eu procurei aqui...principalmente a senhora, que me atende muito bem...Eu acho que ninguém está me entendendo ultimamente lá em casa e nem em canto nenhum.*

*Eu acho que é... uma força que estou buscando. E esse tempo todinho que estou aqui eu acho... que é uma experiência muito boa que tenho... Pelo menos quando eu venho me sinto muito bem... É um lugar de ouvir também.*

*Acho que é necessário quem precisa procurar... isso porque a gente vive do jeito que esse país está hoje... Sei lá... nem...nem o país é tudo...Está muito complicado... Acho que para minha cabeça foi uma luz procurar isso aqui...*

*As pessoas me ajudam bastante... eu... me sinto bem quando estou aqui e ... quando estou em casa me sinto mal...*

*Acho que tudo isso para mim está sendo uma experiência muito boa...*

## **Contribuição boa para a mente**

*Para mim está sendo muito importante. Quando cheguei aqui, eu estava muito depressiva... eu tinha problemas familiar e de saúde. Eu sou diabética, na família, a maioria é. Perdi os meus pais e avós que foram diabéticos... Eu sou tão nervosa com a diabetes! Veja, a diabete aleija e cega... Eu fiquei muito deprimida!... então, a minha nutricionista, ao ver os meus problemas de saúde, me encaminhou para Dra. Wânia, hoje, a minha psicóloga, e para mim foi uma experiência muito boa.*

*Eu sempre desejei ter um acompanhamento psicológico, não sei o por quê, mas a minha mãe sempre dizia: “você não é doida, por que quer um psicólogo?” Aí, eu dizia: “eu queria para conversar, desabafar um bocado de coisas, muitos problemas”. E está sendo muito importante para mim, estou calma, mais compreensiva...*

*Tenho problemas de visão, uso óculos de vinte e oito graus, até fiz uma cirurgia agora, de um olho, falta o outro. Isso me ajudou muito!... Dra. Wânia... eu chegava aqui, uma loucura!...a cabeça trocada...o juízo...eu dizia: “olha Dra., hoje eu não posso, está faltando um parafuso!”... ela não aceitava e dizia: “não, vamos conversar... vamos conversar!” e a gente conversava. Realmente, foi importante e continua sendo muito importante na minha vida. Esse acompanhamento é ótimo!... eu gosto demais... ela é uma pessoa muito amável. Eu não sei...para mim, ela é ótima!...Isso ajuda muito na comunicação. Eu gosto daqui!... eu*

*gosto...principalmente de todos os atendimentos daqui, entendeu? E como já disse, foi uma coisa que mais desejei, ter um acompanhamento psicológico.*

*Teve uma época em que eu entrei em parafuso mesmo... não sei se foi a falta dela, ou da conversa. Eu ficava sem dormir... a minha separação com o marido...Dra. Assíria, que cuidava da diabetes disse: “vou passar você para Dr. Sérgio!”... que é o psiquiatra né? Eu pensei “agora é que estou doida mesmo, ir para a psiquiatria?...” mas, era só para tomar um calmante, um antídônico. Aí pronto!... ele pediu até para voltar, caso não resolvesse, mas eu achei que não deveria voltar, eu disse: “eu não quero viver com medicamentos, principalmente de nervo, essas coisas... vão me acostumar... vou ter outros problemas mais sérios... eu não quero, prefiro ficar com a Dra. Wânia, só em acompanhamento de conversa, isso é que alivia melhor a minha mente!”... Eu estou muito satisfeita, graças a Deus!... está ótimo, está tudo bom comigo!*

*Agora... não diminuiu assim... não... eu acho que está pouco ainda... continuo com os meus ciúmes, sou muito ciumenta!... às vezes ainda sou meio braba. Eu estava violenta com o meu marido, entendeu?... violenta mesmo, de partir para cima, morder, furar ele, eu estava descontrolada... super descontrolada!... agora não, estou mais calma... ele está pensando em voltar... Durante o inverno passamos juntos, ele não se afastou de vez, estava vindo. Essa semana, ele estava vindo, me ajudava, me acompanhava nas despesas, essas coisas... e agora, parece que nesses dias, ele está querendo voltar mesmo, passamos alguns dias, semanas, entendeu? E isso está também me ajudando, porque eu gosto muito dele!... estava sofrendo... também, juntou a saúde, o ciúme,*

*a briga, a separação, a morte dos meus pais nesse período... fazem dois anos que os meus pais faleceram... problema de família... e isso agora me ajuda, Dra. Wânia é uma pessoa excelente!...*

*Estou ainda em processo, ela está em acompanhamento ainda. Tive um problema nesses quinze dias, a morte do companheiro de minha sobrinha. Deixou ela grávida de cinco meses, com duas crianças, uma de quatro, outra de doze anos. Na hora de apanhar roupas, quando me telefonaram fui apanhar a roupa, me furei no arame!...aí, fiquei logo nervosa, disse: “pronto, hoje vou perder o meu dedo e eu morro!... Eu estava nervosa com o problema do escândalo com a minha sobrinha...e ficou inchado e doído o dedo, foi aqui bem na junta... Aí, na segunda-feira, quando vim embora da Dra... eu passei logo aqui!...meu dia era para hoje, para a Dra. Wânia, mas, passando logo aqui, eu disse: “se tiver uma vaguinha aí, um segundinho, eu preciso falar com a senhora!”... ela disse: “está certo!”... quando falei com a Dra. Adna na ginecologia, que passou meus exames para fazer prevenção, essas coisas, eu voltei, ela estava sozinha, aí eu disse: “posso falar?”... Ela disse: “entre Lúcia!”. Ela me chama de Lúcia, “o que foi que houve?”... eu comecei a contar... ela me disse: “não tenha medo, não, não vai acontecer nada com o seu dedo, não!”... porque, eu fiquei com medo da furada, não era tanto o problema da minha sobrinha que, a mãe dela resolve, a avó... o sogro... o problema era o meu dedo que eu estava com medo de perder. Dizem que a diabetes corta o dedo, corta a mão... eu disse: “meu Deus!... O meu estado de saúde, a diabete está em 160, pronto!”... ela disse: “não Lúcia, não fique aperreada não, e quanto a sua sobrinha, o tempo resolve, pense em você”.*

*Eu era uma pessoa que se preocupava muito com os outros e me entregava ao desespero. Meu filho mais velho, de vinte e sete anos, é uma pessoa desligada do tempo, não quer nada com o trabalho, vive às custas da mulher com quem vive. Eu vivia muito para ele, meu pensamento é somente para ele. Só que, Dra. Wânia, ela me mostrou que ele já é um homem, sabe o que quer da vida. Então, “você tem que viver a sua vida. Pense em você, você já está nessa idade, não tão velha, mas você tem problemas de saúde, já tem muito aperreio, não tem que se preocupar com o seu filho, o que deve fazer ou o que deixou de fazer, se está desempregado e não quer nada com a vida. A mulher dele é que tome conta, ele já é dono de si, você pense é no mais novo”, que agora tem dezoito anos, na época, tinha quinze ou dezesseis. “Você tem que pensar nele, nos seus problemas”, então, até nisso ela me ajudou.*

*Ficava aperreada meu Deus!...tenho que dar dinheiro para aquele menino, para isso... comprar aquilo... e agora não, depois disso, eu não vou mais procurar por ele, agora, ele que me procure... eu disse: “agora, digo, quem é importante sou eu, não é ele não!”... fico até rindo!...*

*Nisso, ela me ajudou muito também. Eu vivia sofrendo muito pelo meu marido... eu não comia, não dormia... aquele aperreio!... ela me dizia assim: “então veja!... pense direitinho, você sempre fica em meio a tudo, no último. Você tem que vir em primeiro lugar do que os outros, pense em você, no seu problema!”.*

*Isso me ajudou muito!... para mim, ela é ótima. Abaixo de Deus, ela aqui, para a minha mente está sendo muito importante! Graças a Deus!... Hoje mesmo, eu vim marcar um médico, não tem... mas, como eu tenho consulta com ela, eu*

*vim e vou esperar. Cheguei nove e pouca da manhã, mas, não tinha o médico que queria para a dor de coluna... tô com uma crise de coluna!... Peguei logo ela ali, disse: “Dra. Wânia marque na outra semana que não agüento ficar aqui não, sem dinheiro para comprar comida... vou sair daqui mais que três horas da tarde!...” eu digo, “estou aqui com fome, comi logo cedo”... é comi cedo!... estou sem dinheiro... sou aposentada por invalidez, por causa da minha vista, enxergo por um olho... só estou com a passagem de volta... nem lancher eu posso!... e com essa dor de coluna... eu falei com ela, foi quando vocês me pegaram ali... “Meu Deus!... vou dizer o que Jesus?”... pensei... mas, acho que está bom o que estou falando. É o que sinto... é o que é realmente... é tudo... realmente ela me ajuda muito!... uma contribuição muito boa que tenho na mente!... tem hora, quando estou aperreada, só me lembro dela!... a Dra. Wânia dizendo que tenho de pensar em mim... o problema chega, passa, vai embora, e eu tenho que pensar direitinho realmente... cada um que se vire e pé no chão!... olha eu rindo novamente!... proteção só a de Deus, o importante é isso!...*

*Há uns oito dias que o ladrão botou uma doze na cabeça do meu filho mais novo que trabalha numa padaria. Ele ajuda na padaria, lá perto de casa... e assaltaram a padaria... foi a primeira vez que ele foi assaltado. Deu oito e meia da noite e meu filho não chegou... eu estava aperreada!... e o meu ex-marido disse “mas tu é muito aperreada!”... “lógico!”... deu o horário, meu filho não chegou, quando ele veio, aí fica aquela angústia!... eu sou muito ansiosa, quero as coisas acontecendo do meu jeito... passou daquele horário, aí eu fico muito aperreada!.*

Quando ele chegou, eu disse: “menino por que chegasse essa hora?” ele disse: “mainha, aconteceu isso... isso... botaram uma doze na minha cabeça, botaram todo mundo para dentro da padaria e assaltaram o dono!”... eu disse: “foi mesmo, meu filho? Você não reaja nunca na sua vida em assalto!”... ele disse que nunca passou por isso, realmente, nunca passou... foi mesmo, ficou tremendo, não sei, né?... “você não vai mais trabalhar ali.” ele disse: “ mãe, eu preciso trabalhar... mainha... fiz dezoito anos agora em setembro, eu vou continuar trabalhando lá!”.

Não dá para esconder-se dos assaltantes, todo canto está sendo assaltado, até dentro das casas... eu disse: “tá certo, não dá para esconder, Jesus te cubra com o sangue dele, que tu vais ser protegido, não vai te acontecer nada!”... Mas, eu sou assim, muito preocupada com ele, pela violência que está no mundo, eu sou assim!...

No sábado mesmo, foi à missa do meu sobrinho, o marido da minha sobrinha. Lá perto da igreja, teve um tiroteio pela rua... eu estava na casa da minha irmã... “vamos embora!... vamos embora!”, falei. Quando chego na esquina da rua, tinha um carro de polícia... eu disse: “meu Deus do céu!”... começou logo a disparar o meu coração... fiquei nervosa... eu fico logo agitada, descontrolada... minha cabeça... ai meu Deus!... tenho que me controlar, me controlar!... Doutora, a gente tem que ficar controlada, não adianta se desesperar!.

Eu também tenho muita vontade, assim... de trabalhar... não consigo!... porque sempre eu tive problemas de visão. Antes eu trabalhava, trabalhava em fábrica de brinquedos... piorou muito o meu problema de visão, o médico me

*colocou no benefício, me aposentou. Eu tenho dezoito ou vinte anos de aposentada, me aposentei muito novinha, tinha vinte e oito anos. Aí pronto!... eu doida para trabalhar, serviços domésticos não aprendi...fazer esses negócios de artesanatos, essas coisas, por causa da visão...costurar, tenho vontade, nunca aprendi por causa disso... mas, digo: “Lúcia, não se aperrei não! Quando você fizer cirurgia do outro olho, você vai trabalhar, vai fazer tudo que tinha vontade, com certeza!”.*

*Aí pronto!... é muito importante esse acompanhamento aqui. Eu gosto!*

### **Lugar para desabafar**

*É a primeira vez que procuro a psicóloga neste posto. Eu estou gostando do atendimento com Wânia. Estou melhorando!... Venho uma vez por semana... Estou gostando, mas não tenho idéia do porquê desse sentimento... é importante, né?. Porque às vezes, como diz... a gente tem um problema... assim... não pode desabafar com todo mundo, principalmente com vizinhos, aí... a gente procura a psicóloga no posto ou em outro lugar qualquer para desabafar. Acho muito importante!... às vezes temos um problema em casa e é importante desaba far. Para mim, está tudo bem, estou gostando do atendimento.*

#### 4 – OUVINDO O SENTIDO DO FAZER CLÍNICO PSICOLÓGICO NO USUÁRIO

Ouvir é também *comunicar* significados sentidos de experiências vividas. Com essa expressão, pretendo realçar a complexidade de intentar conhecer o significado sentido do usuário no que diz respeito à sua experiência de atendimento psicológico na unidade de saúde. Poderia *ouvi-lo*, sem envolver o sentido que dou às minhas experiências? Como recolher a experiência do outro sem essa tessitura? Posso pesquisar em Clínica, sem perceber o outro que não seja o da Clínica?

Como recolhedor da experiência, o pesquisador/narrador só poderá contar aquilo que nele faz sentido. Nessa perspectiva, essas questões remetem à intersubjetividade como processo viabilizador do procedimento de colheita, e não de coleta, da experiência humana. Desse modo fica claro que, o sentido que emerge e, se empresta, para a minha compreensão sobre experiência do usuário, constitui-se fronteira para a escuta do seu significado. Por essa compreensão, caminho agora, aos depoimentos, buscando evidenciar neles a região da experiência relacionada ao atendimento psicológico, procurando nela o que diz respeito ao significado que o usuário está atribuindo à assistência psicológica.

***“Para mim, a experiência de ser atendida neste posto de saúde... é uma coisa muito importante”.***

Nessa expressão, percebo o usuário revelar a importância do atendimento psicológico na sua vida.

***“Porque eu estava muito doente, me sentindo assim... sei lá... sem poder sair de casa, com medo de tudo, nervosa, chorando... com pânico né?... e tudo... E aqui estou me sentindo... assim... muito bem”.***

Parece assinalar que as suas experiências vividas na assistência psicológica ajudaram-no a sair do isolamento e a superar o medo que sentia como nervosismo, choro e pânico. Por esse sentido, entendo, que relaciona as mudanças de sua melhora com a assistência psicológica que experiencia no ambulatório. Poderia supor, que o atendimento psicológico está se configurando, no usuário, como via significativa que leva a mudanças para um bem-estar?

Nos seus relatos, vejo-os indicar que o atendimento psicológico favorece momentos agradáveis, associados à liberdade de expressar os pensamentos e as emoções sentidos.

***“Para mim, aqui, as pessoas... assim... eu posso falar o que eu quero, as pessoas aqui me compreendem, me entendem. Eu me sinto muito bem... Veja, até choro ao falar...”.***

Aqui... posso ser eu mesmo... Sou compreendido e acolhido.

***“... porque tem coisas que eu não consigo falar para outras pessoas, e aqui eu consigo falar... porque aqui é um espaço... assim... que eu me sinto... que posso falar tudo que vem na minha mente e as coisas que eu tenho medo de falar para as outras pessoas”.***

Um espaço que permite conversar sem sentir medo de ser ouvido.

***“Então, aqui é um grupo bom. Um grupo onde a gente pode por as nossas emoções, não é?”.***

***“Acho que tudo isso para mim está sendo uma experiência muito boa...”.***

Dessa forma, parece demonstrar que está sendo acolhido e compreendido em sua comunicação. Estaríamos oferecendo um espaço de escuta e de atenção às suas falas contidas? Sendo assim, posso crer que a ajuda psicológica está sendo discernida pelo usuário como um espaço facilitador na abertura de sentidos e de possibilidades de comunicá-los?

***“... porque aqui é um espaço... assim... que eu me sinto... que posso falar tudo...”.***

Compreendo nos seus relatos que a ajuda psicológica vem facilitando o processo de sua vida. A assistência psicológica como um acontecido, como uma experiência de vida.

***“Então, a terapia para mim é... é... uma fase de minha vida que estou vivendo”.***

**“Aqui é um pedaço da minha vida”.**

Parece não saber definir, justamente, o que consiste a ajuda psicológica nas suas experiências de atendimento. As reticências que faz, quando tenta designar a assistência psicológica, sinaliza uma imprecisão na comunicação do sentido, um tanto vago, anunciado por metáforas. Esse recurso que o usuário utiliza na sua fala parece ser, um esforço que faz para expressar, ou mesmo denominar, o sentido da ajuda psicológica que elaborou nas suas experiências vividas no atendimento. A metáfora, como um utensílio de expressão que leva para diante, abre outras possibilidades de entendimento. Ela está muito próxima do sentido, como nos lembra Gilberto Gil:

*Uma lata existe para conter algo, mas, quando o poeta diz: “lata”, pode estar querendo dizer o incontível.*

*Uma lata existe para ser um alvo. Mas, quando o poeta diz: ‘meta’, pode estar querendo dizer o inatingível.*

*Por isso, não se meta a exigir do poeta que determine o conteúdo em sua lata. Na lata do poeta tudo-nada cabe, pois ao poeta cabe fazer com que na lata venha caber o incabível.*

*Deixe a meta do poeta, não discuta. Deixe sua meta fora da disputa. Meta dentro fora, lata absoluta, deixe-a, simplesmente, metáfora (1981 Gege produções artísticas LTDA).*

Relendo as expressões criadas para representar o atendimento psicológico, veio-me o pensamento que é no usuário que se alojam as múltiplas definições do fazer clínico psicológico. Ele ensina-me que é no vivido da experiência que posso

encontrar o sentido que configura o atendimento psicológico na Rede Pública de Saúde. Sendo assim, não há como significar a assistência psicológica fora da experiência vivida com eles.

Voltando ao percurso da comunicação do usuário, avisto-o realçar a importância dos vínculos afetivos que sente ao estabelecer com o outro na assistência psicológica.

***“Então, é por isso que aqui é importante para mim... as pessoas... a psicóloga, Dra. Ana... eu gosto muito, que até fico com saudades. Gosto muito mesmo daqui”.***

Importante porque intercambia afetos. Experiências significativas que vinculam e possibilitam o sentido de pertença.

***“Porque, às vezes, eu quero me isolar do mundo, das pessoas... ficar longe das pessoas... E aqui, eu me sinto com liberdade para poder falar... Não quero me isolar... não me isolo aqui. Por isso que aqui é importante para mim...”.***

A palavra, lembrando Buber, possibilita a passagem, nela, não há isolamento, há encontros. Existimos na palavra; ela é relacional, dialógica.

***“Eu acho que está muito importante o nosso grupo aqui... Ele está muito importante, porque está tendo essa união; um está dando força ao outro e junto com a sua... como posso dizer?”.***

***“Então, aqui é um grupo bom. Um grupo onde a gente pode por as nossas emoções, não é?”.***

Nesse sentido, parece indicar que a ajuda psicológica está sendo vista como ensaios de acolhimento, na qual é possível trocar afetos no encontro com as pessoas. O usuário estaria comunicando que a assistência psicológica se confirma como um espaço de intersecção, onde pode comunicar sentimentos, compartilhar idéias sobre o estar no mundo, com liberdade de expressão?

Nos relatos, vejo-os comunicar ainda, que o atendimento psicológico parece ter um sentido de apoio nos estados de depressão relacionados às situações de desamparo na vida.

***“Acho que é necessário quem precisa procurar... isso porque a gente vive do jeito que esse país está hoje... Sei lá nem... nem o país é tudo... Está muito complicado... Acho que para minha cabeça foi uma luz procurar isso aqui...”***

As experiências vividas, no atendimento, iluminam a escuridão que sentem viver nas dificuldades em cidadania. Nesse contexto, compreendo que o atendimento psicológico está favorecendo a abertura de *sentidos-luz* nas dificuldades de sobrevivência no mundo da vida contemporânea.

***“... o que me trouxe aqui para ser atendido neste posto foi à depressão.. a depressão de ter perdido uma pessoa muito importante na minha vida. Então, quando eu perdi, entrei em pânico...”***

Noutro sentido, mostra-se como recurso para auxiliar nas vivências de perdas significativas. Um modo que se procura para conviver com situações de desalojamentos na vida.

***“Porque é difícil a vida aí fora... muito difícil!... cada um tem seus problemas e as decepções que a gente traz... é muito difícil conviver com isso...”***

Parece mostrar que a assistência está sendo um meio de lidar com as situações frustrantes que trazem aflição e angústia, constituindo-se como amparo na vida em cidadania. Nessa compreensão, poderia supor que a ajuda psicológica estaria sendo vista como um recurso importante para lidar com as dificuldades de desamparo real na sobrevivência no mundo da vida?

O usuário demonstra-me ainda, nos seus depoimentos, que entra em conflito consigo mesmo quando atendido, por evidenciar partes contraditórias de si. Comunica que essa experiência está viabilizando o seu amadurecimento pessoal e que está aprendendo a perceber e a buscar na experiência do outro, algo que lhe pode ser útil. Participa que a emoção vivida, no processo da ajuda psicológica, está lhe favorecendo possibilidades de reflexões sobre si. Sinaliza mudanças na sua pessoa.

***“E eu posso dizer hoje: eu amadureci muito e eu não quero... por enquanto... eu não quero me afastar daqui!...”***

***“E aqui é bom, porque a gente entra em conflito com nós mesmos. E... e... a gente também busca a experiência do outro...”***

***“Aqui dentro... através de cada emoção, de cada um, a gente pode levar para... dentro de si e refletir e se auto-analisar em cima disso. Isso é importante, porque, no meu ponto de vista, traz um amadurecimento para nós”***.

***“Vai vir à outra quinta-feira, e eu vou amadurecer em cima de outra experiência vivida na minha vida no dia-dia... E eu acho que isso é muito importante para a gente”***.

Nesse sentido, poderia pensar que o atendimento psicológico está sendo visto pelo usuário como um meio de crescimento pessoal por possibilitar situações que propiciam aberturas ao outro e a comunicação de emoções?

Uma outra acepção importante do atendimento psicológico que pude perceber nos depoimentos é a ênfase que o usuário dá à relação estabelecida na ajuda psicológica, chamada por ele, de relação de *confiança*. Parece indicar que ela é importante para o desvelamento de si, podendo favorecer-lhe o autoconhecimento.

***“A terapia, é... o psicólogo, né?... talvez o trabalho seja melhor, porque não é só o psicólogo, mas sim, a confiança que a gente tem no psicólogo. Isso!... Acho que isso é muito importante... E a senhora passa essa confiança para a gente, né?...”***

Por essa compreensão, entendo que o usuário, na sua experiência de atendimento, estaria ampliando a sua abertura para a relação humana, percebendo-a não apenas, como uma ajuda na resolução de seus problemas, mas como condição para as possibilidades de cuidar de si.

O significado que o usuário está atribuindo às suas experiências relativas ao atendimento psicológico perpassa pelo meu sentido, como uma experiência importante que lhe favorece mudanças na compreensão de si e do outro. O sentido da ajuda psicológica também sinaliza uma compreensão de que ela é um meio significativo de lidar com o desamparo real frente às dificuldades vividas na vida em cidadania.

Ouvindo o usuário naquilo que diz respeito às suas experiências no atendimento psicológico, penso que é hora de rever as práticas psicológicas no âmbito da Rede Pública de Saúde. Acredito que é importante evidenciar nelas, os marcos conceituais de assistência utilizados na organização dos serviços. Nessa intenção, apresento algumas das diretrizes de ação da Política Nacional de Saúde Mental, procurando concebê-las pelos movimentos reformistas sanitários que antecederam a Reforma Sanitária Brasileira.

Foi ouvindo a experiência do usuário, que a Reforma Sanitária Brasileira se configurou como norte importante para as práticas psicológicas na Rede Pública de Saúde. O saber criado pela Reforma Sanitária é cartográfico, como diz Rolnik (1989) revela paisagens psicossociais, sobre as quais, enquanto trabalhadores de saúde mental criamos, e não revelamos sentidos, o que favorece a produção de novos agenciamentos de singularização que podem levar à mudança de vida, à

construção da cidadania no cotidiano e nas transformações de grandes conjuntos sociais (Reverbel,1996).

## **CAPÍTULO 3**

---

Dialogando e fazendo sentido  
do fazer clínico psicológico  
no mundo-com-outros

## 1 – CARTOGRAFANDO A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Nesta reflexão sobre a prática clínica psicológica desenvolvida na Rede Ambulatorial Pública de Saúde, não poderia deixar de configurar o espaço institucional, como forma de compreender melhor as ações em saúde mental que hoje norteiam o trabalho do psicólogo. Avisto que no cerne dessas ações, estão diretrizes básicas que orientam os procedimentos clínicos, diversamente daqueles que norteiam a clínica privada. O exercício na saúde pública é transdisciplinar e requisita do profissional a contextualização da demanda que lhe é trazida e dos marcos referenciais de assistência.

Na instituição pública de saúde são comuns modelos e saberes instituídos que favorecem ações que não respondem à demanda do real inserida no coletivo. Nesse sentido, estou interessada em perceber a cartografia dos movimentos reformistas que delinearam as referências operacionais básicas de saúde no âmbito da rede. Creio com isso, que posso situar as práticas psicológicas, hoje realizada, repensando-as na relação com as diretrizes que pertencem a Política Nacional de Saúde Mental e a perspectiva do usuário. Dessa maneira, vejo que contemplaria um fazer clínico voltado para o quadro sanitário do Recife, naquilo

que diz respeito ao apoio psicológico oferecido ao usuário da rede pública de saúde.

Um estudo sobre a atuação do psicólogo clínico nas unidades básicas de saúde, feito por Dimenstein em 1998, revelou que a entrada deste profissional no setor público de saúde deu-se em meio a uma crise política, econômica e social na década de 70. Nessa época, o Brasil era governado pela ditadura militar, que favorecia à prevalência de um modelo médico assistencial privatista, responsável pela mercantilização da loucura nos hospitais psiquiátricos particulares, subsidiados pelo Estado. A falência dos serviços assistenciais em saúde viabilizou o Movimento Sanitário, formado por intelectuais progressistas que tinham, como objetivo, a democratização e a instituição de um novo sistema nacional de saúde, a fim de possibilitar a obtenção efetiva da saúde por toda a população.

Nessa época, já havia a influência dos movimentos reformistas da assistência psiquiátrica americana e da Europa, especialmente o liderado por Franco Basaglia, chamado de Psiquiatria Democrática Italiana que apontava para as transformações simultâneas da assistência e da ordem social, política e cultural, percebidas no universo manicomial.

Dimenstein (1998) nos lembra que, nos anos 80, houve uma mudança na lógica assistencialista no campo da saúde pública no Brasil. Foi dada uma ênfase ao atendimento ambulatorial e às ações básicas de saúde.

Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), foram lançadas as bases do Projeto da Reforma Sanitária, que ampliava a concepção de saúde, envolvendo fatores políticos, sociais e econômicos. A saúde passou a ser

considerada como *direito de cidadania* e dever do Estado, percebida no contexto histórico e de desenvolvimento de uma dada sociedade, adquirida pela população nas suas lutas cotidianas, sendo resultante das formas de organização social e de produção, geradoras de grande desigualdade social (VIII CNS, 1986). O Sistema Único de Saúde foi instituído em 1988 como garantia, pelo Estado, das condições de vida e acesso aos serviços de saúde por todos, assim como, a participação e controle social nos serviços públicos, pela comunidade.

Na VIII CNS, pela primeira vez, houve a participação da sociedade civil junto aos técnicos. Nesse período, foi acentuada uma política de recursos humanos para o campo da saúde, com ênfase na equipe multiprofissional atuando na rede básica e nos hospitais, com práticas preventivas e educativas em saúde mental. Este fato beneficiou novas demandas de responsabilidade social, feitas ao psicólogo, levando ao questionamento de seus saberes, dos seus referenciais teóricos e dos seus modelos assistenciais adotados na realidade do SUS.

No ano de 1992, foi realizada a IX CNS, nela, foram acentuadas as altas mortalidades infantis, a reincidência de doenças controladas, o número alto de acidentes de trabalho, intenso sofrimento psíquico da população, miséria e violência. O quadro sanitário do país foi associado a uma falta de cuidado com a vida, ressaltando uma baixa expectativa de vida.

O Sistema Único de Saúde foi visto dando ênfase às ações curativas e hospitalares, com péssima qualidade de atendimento em nível técnico e das relações éticas de seus trabalhadores, inseridos, no projeto neoliberal de governo. Nesta conferência, a saúde foi enfatizada como *qualidade de vida*, assim como, a

importância da participação democrática da população na organização dos serviços. Foi ainda, ressaltada, a falta de vontade política do governo brasileiro para implantar o SUS, concebido como proposta de democratização da saúde, por descentralizar e ressaltar a gestão do município num processo denominado de municipalização.

A municipalização tem como prioridade o desafio de reorganizar o sistema de saúde no município, partindo do conhecimento das necessidades reais de sua comunidade. Sua meta é a de oferecer à população, uma atuação com qualidade, capaz de resolver os principais problemas relacionados aos aspectos preventivos e curativos do indivíduo e, também de transformar as relações de poder no sistema, de modo a construir processos emancipatórios. Nesse contexto, foram criados os Conselhos Municipais de Saúde, formados por usuários, técnicos, prestadores de serviços e representantes do Governo.

Em 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que veio afirmar a implantação da Reforma Sanitária Brasileira, conforme os princípios da VIII CNS. Aprovou a redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos, substituindo-os por leitos em hospitais gerais ou em serviços alternativos ao hospital psiquiátrico. Fez crítica à exclusão dos *incapacitados* para o convívio social, como forma de tratamento pelo sistema de saúde. Ressaltou a cidadania como a *“participação dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e no acesso dos mesmos aos bens materiais e culturais da sociedade em seu determinado contexto histórico”* (I CNSM: 10).

Na II CNSM (1992), deu-se ênfase à ressignificação da atenção em saúde mental, como conceitos acionadores à atenção integral em saúde. Foi elaborada a Carta dos Direitos dos Usuários do Brasil, objeto de relação entre entidades civis e movimentos sociais, tendo como referência a Conferência de Caracas (1990). A participação do usuário em plenários nos debates e tribunas livres, permitiu a transformação das relações entre técnico e paciente, viabilizando uma dinâmica nova na organização dos trabalhos.

Nesta conferência, ainda, foi acentuada a desinstitucionalização da unidade manicomial, incluindo os asilos para idosos, instituições de menores, escolas para alunos especiais e outras. Houve a aprovação de uma rede de atenção integral em saúde mental, procurando substituir o hospital psiquiátrico por atendimento em unidades básicas, nos centros de saúde e ambulatórios, leitos em hospitais gerais, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, centros de convivência e cooperativas de trabalho.

Penso que seria importante enfatizar o que representa a desinstitucionalização no âmbito da assistência em Saúde Mental. Acho oportuno, pelo fato de considerá-la um marco de transformação das atitudes e das ações nas práticas psicológicas desenvolvidas nas unidades de saúde. A sua compreensão viabiliza uma problematização do fazer clínico em psicologia, que remete às nossas incertezas sobre a ética nessas práticas. Sumariamente, a desinstitucionalização refere-se a:

*Um movimento de restabelecer uma relação entre pessoas, restituindo os direitos pessoais do doente... Identificação da violência e da exclusão institucional e subjetiva, de remontagem crítica dos conceitos, das instituições*

*e das relações terapêuticas... Eliminar meios de contenção, restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo, recuperar a manifestação de afetividade e promover trocas sociais, valorizar o gênero, reconstruir o direito e a capacidade de uso de objetos pessoais, reconstruir o direito e a capacidade de palavras, abrir as portas ou o direito do trabalho (Reverbel, 1996: 6 -7).*

Relacionada ao cotidiano de uma unidade asilar psiquiátrica, a desinstitucionalização possibilita compreender, no âmbito da contenção, um predomínio no uso de técnicas fundamentais em *diagnósticos* utilizados, muitas vezes, para o controle social, assegurando a *harmonia* da instituição. Os delírios, as alucinações, não são acolhidos como vias de expressão. Desinstitucionalizar, nessa perspectiva, vem ressaltar a afetividade e a solidariedade como partes da relação de ajuda, favorecendo trocas sociais, em que a palavra e a ação estejam presentes na interação entre técnicos, pacientes e família. Lembrando Rolnik (1989), as alianças dão uma sensação de *território, de confiança e de limites*.

Nesta perspectiva, a desinstitucionalização envolve procedimentos que contemplam novas formas de expressão e de ampliação de outras na re-singularização do usuário (Guatarri, 1992). Sendo necessário permitir a expressão do paciente, redimensionando a teoria e a prática tradicional por parte do técnico, ou seja, criar espaços de fala como assembléias, percebidas como instrumento terapêutico que leva à participação ativa do usuário, modificando os laços contratuais com a unidade asilar. Transformar a escuta clínica para ouvir uma história de vida e não reduzir a simples sintomas orgânicos que levam a um quadro clínico unidimensional. Trabalhar, não apenas, com a medicação, mas, também, com relações humanas. Nesse sentido, a doença não seria determinante

da condição de *doente mental*, mas, sim, o tipo de relação que é estabelecido com ele pela sociedade (Basaglia, 1985).

Desinstitucionalizar é também favorecer o resgate do direito de uso de objetos pessoais retirados pela lógica manicomial. Dessa maneira, pode permitir a relação com um corpo vibrátil, como diz Rolnik (1989), que pulsa, vive e produz marcas em sua vivência. “*O doente não passa de um corpo institucionalizado que vive como objeto*” (Basaglia, (1985), citado por Reverbel, 1996:7).

Por fim, a desinstitucionalização refere-se também, à eliminação da tutela jurídica para o estabelecimento dos direitos civis (Rotelli, 1990). Implica em rever o estatuto do paciente de coagido para voluntário nos serviços de saúde mental, de voluntário para hóspede, re-aprendendo a andar e a se orientar nos centros urbanos. Inclui também, a reconstrução do direito ao trabalho, transformando um modo de saber e de praticar, que reforçam a relação de autoridade, a produção de subjetividades modelizadas e a insalubridade nos modos de vida (Reverbel, 1996).

Um outro marco importante, ressaltado por Dimenstein (1998), nos serviços em saúde, foi a Reforma Sanitária Brasileira que viabilizou a municipalização. A saúde mental foi vinculada aos conceitos de cidadania (II CNSM), dando-se ênfase a desinstitucionalização com ações e dispositivos sanitários no âmbito extra-hospitalar.

Entendo, que os movimentos sociais que anteciparam a Reforma Sanitária Brasileira têm a sua importância pela denúncia das precárias condições de vida e de saúde da população, sendo visíveis, o desespero, a marginalização, a loucura e o desamparo. Esses movimentos representaram a potencialidade dos

trabalhadores/agentes de saúde para transformar e favorecer processos de reapropriação dos territórios subjetivos pelas tentativas de singularização, em ruptura com o sistema capitalista vigente no país. Eles construíram novos conceitos e saberes, oriundos da problematização da realidade.

Segundo (Reverbel, 1996) o SUS, como sistema aberto, pode funcionar como agenciador de vias de comunicação, através de uma rede de atenção integral, sem nenhuma instância dominante de determinação que oriente as outras instâncias. A autora nos diz que no trabalho em saúde mental:

*A desmontagem dos velhos sistemas de referência não se dá apenas pela reconceitualização no plano das idéias, da remorização, da representação, ou seja, da mudança do nível discursivo. A passagem do discurso da desinstitucionalização à prática depende da construção da experiência, sendo, portanto um campo de invenção, de potência, de vitalização de energias produzido pela sensibilidade, afeto, desejo e vínculos humanos (Reverbel, 1996:11).*

Passo agora, a visualizar os marcos referenciais de assistência no âmbito da rede municipal em Recife, procurando com isso, delinear as diretrizes de ação que norteiam os trabalhos voltados para a atenção em saúde mental. Creio que, com isso, posso contextualizar a minha prática clínica no que concerne à pretensão institucional. A ação clínica psicológica, nesse campo da saúde, não pode estar isolada, estando situada no lócus institucional, precisa contribuir para o alcance das metas projetadas para a assistência à população distrital.

## 2 – REDE PÚBLICA DE SAÚDE EM RECIFE

Em Recife, há uma rede de trinta e seis centros de saúde, seis ambulatórios especializados, duas oficinas terapêuticas e dois núcleos de atenção psicossocial, destinados ao atendimento nas clínicas básicas em: clínica geral, ginecologia, odontologia, pediatria, obstetrícia e em serviços com atenção à saúde mental. Nestes últimos, a Rede Municipal oferece atendimentos realizados por cento e trinta e seis profissionais das áreas de psiquiatria, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, assistência social, enfermagem e nutrição.

A Secretaria de Saúde viabilizou o atendimento domiciliar, através do *Programa dos Agentes Comunitários de Saúde da Família e S.O.S – Recife*. Neste programa, são desenvolvidas as ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo e da comunidade, através de equipes de saúde, formadas por médico, enfermeiro e agente comunitário. Cada equipe é responsável pela assistência a mil famílias. As atividades relacionam-se ao incentivo ao aleitamento materno, controle das doenças diarreicas com terapia de re-hidratação oral, diagnóstico precoce das infecções respiratórias agudas, controle do calendário de vacinações, acompanhamento do crescimento, incentivo ao pré-natal, orientação e incentivo ao controle do câncer cérvico uterino e orientação das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.

Além desse programa, existem outros que são: o programa de atendimento ao desnutrido e à gestante de risco nutricional, chamado *Programa do Leite* e, também, o *Programa Cidadão Recife* que visa o acompanhamento prioritário das crianças que apresentam maior risco de vida. Essas crianças são acompanhadas pelos agentes comunitários de saúde durante o primeiro ano de vida. A caracterização do risco obedece aos critérios de: peso ao nascer, inferior a 2500 gramas, duração da gestação inferior a trinta e sete semanas.

Um outro serviço importante das ações municipais de saúde é o desenvolvido pelo Centro de Orientação e Aconselhamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. O COA, como é chamado, desenvolve ações educativas, individual e coletiva, sobre doenças sexualmente transmissíveis/AIDS e, possibilita o acesso ao exame para o diagnóstico dos portadores do vírus HIV, de forma anônima, gratuita e sigilosa. Esclarece, ainda, sobre as formas de transmissão e a diferença entre o portador do vírus e o doente de AIDS. Realiza exames para o diagnóstico sorológico de sífilis, hepatite B e C e a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, através de atividades informativas e distribuição de camisinhas aos usuários cadastrados.

O Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) representa um outro serviço ambulatorial especializado, sendo uma referência para a clientela que é atendida nos ambulatórios municipais que trabalham com saúde mental, tentando evitar internações psiquiátricas. Em geral, possui como objetivo: minimizar o sofrimento psíquico, sem hospitalização e medicação excessiva; favorecer o resgate das relações sociais e sua convivência, evitando reinternações e o reforço de práticas

asilares cronicadoras; desenvolver atividades produtivas com reintegração sócio/familiar; promover o atendimento integrado família/usuário no contexto social e propiciar o resgate da cidadania ao portador de transtornos mentais.

A Rede Municipal de Saúde está sendo ampliada e atualmente é formada por unidades básicas, unidades especializadas, policlínicas, hospitais de pediatria, maternidades e laboratório de saúde pública, totalizando sessenta e quatro serviços de saúde que possibilitam uma maior resolutividade do sistema. É responsabilidade da Secretaria de Saúde a gestão direta de toda a rede municipal com o controle e avaliação de alguns serviços de prestadores filantrópicos e privados.

A cidade do Recife foi dividida em seis distritos sanitários. Na realidade, o distrito sanitário é a representação descentralizada da Secretaria de Saúde, que possibilita um contato direto com os problemas de uma área específica, promovendo o enfrentamento articulado com outros setores do governo para o desenvolvimento de ações efetivas. Refere-se à unidade operacional básica do sistema de saúde. No distrito sanitário, deverão estar operando as ações primárias de cuidado às pessoas, bem como aquelas dirigidas ao meio ambiente, tais como: vigilância sanitária e controle das condições de trabalho. O critério fundamental que deve estar presente na formação do distrito é o da resolubilidade, ou seja, a busca de que esse nível de atenção à saúde esteja qualificado para resolver a maior quantidade possível de problemas que ali se apresentem.

Por fim, é preciso, ainda, esclarecer que nesse sistema público de saúde, as unidades do subsistema municipal (SUS municipal) não precisam ter sede no

território do município. Suas ações desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas, têm de estar organizadas e coordenadas de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral. Isto significa dizer que, independente da gerência dos estabelecimentos e dos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo conselho e de outras diferentes instâncias de poder. Assim, gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde, (ambulatório, hospital, instituto, fundação, e outros), que se caracterizam como prestadores de serviço ao sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual, nacional), mediante o exercício das funções de coordenação, articulação, planejamento, controle, avaliação e auditoria.

No que concerne, especificamente, ao trabalho em saúde mental, a situação em Recife, hoje, no que se refere aos serviços oferecidos, percebemos pequenos avanços, mas que representam grandes conquistas no âmbito dessa assistência. É preciso lembrar que, na década de sessenta, a assistência psiquiátrica em Pernambuco, e particularmente em Recife, era caracterizada por um modelo de base hospitalar, com efeitos cronificadores, de elevado custo social e econômico, apresentando índice elevado de ineficácia e ineficiência nos procedimentos clínicos. Ao longo de três décadas, em diferentes momentos e através de

instrumentos institucionais diversos, foram feitas tentativas frustradas de mudança deste panorama assistencial, situado, num estado berço da Psiquiatria Preventiva e Social do mestre Ulysses Pernambucano.

Na esfera estadual, as conquistas se revelam na: formação da Coordenação Estadual de Saúde Mental em 1991; realização da I Conferência Estadual de Saúde Mental em 1992, com participação oficial na II Conferência Nacional de Saúde Mental, também, em 1992; o projeto de lei da reforma psiquiátrica do deputado Humberto Costa, com aprovação em maio de 1994, constituindo-se lei 11064 na esfera estadual. Essa lei recomenda a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental e regulamenta a internação psiquiátrica involuntária.

Um outro dado, visto como avanço em Pernambuco, no processo de desospitalização e melhoria da assistência psiquiátrica hospitalar, foi a aplicação de portarias que favoreceu a redução do número de leitos em 33%, de 1993 a 1999. O processo de municipalização plena dos serviços municipais de saúde, no final de 1994, pela PCR, contribuiu para a gestão de cadastro, de programação, de controle e avaliação dos hospitais psiquiátricos privados conveniados com o SUS. Em 1996, foi aprovada a lei municipal da reforma psiquiátrica, sob o número 16232/96.

Numa breve síntese, podemos afirmar que o movimento da reforma psiquiátrica em Pernambuco possibilitou: a criação da Comissão Estadual da Reforma e da Política de Saúde Mental, vinculada ao Conselho Estadual de Saúde, favorecendo assessoramento, planejamento e controle das ações de

saúde mental no Estado; redução gradual do número de leitos psiquiátricos no estado, concentrados, ainda, na Região Metropolitana do Recife; reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar, pela formação de equipes multidisciplinares, grupos operativos, manifestações artísticas sócio culturais com envolvimento da sociedade; implantação de serviços substitutivos, o Espaço Azul, hospital-dia do Hospital Ulysses Pernambucano e CAPS Espaço Azul em 1993; o NAPPE, instituição privada conveniada com o SUS, criado em 1993, sob gestão de controle e avaliação do Município a partir de 1995; Espaço Livrementemente, hospital-dia do Hospital Geral Otávio de Freitas em 1994; Oficinas Terapêuticas nos Centros de Saúde Albert Sabin e Lessa de Andrade em 1995; NAPS Galdino Loreto em 1996, Casa Primavera na cidade de Camaragibe em 1997; o NAPS Estação Cidadania no município do Cabo de Santo Agostinho em 1998 e o Centro de Apoio Operacional as Promotorias de Justiça em defesa da cidadania, do Ministério Público, através do Projeto Saúde Mental e Cidadania em 1997.

O plano de Atenção à Saúde Mental da cidade do Recife tem como objetivo instrumentalizar a Secretaria de Saúde para uma Política Municipal de Saúde Mental. Elege como diretriz, a substituição progressiva do modelo de base hospitalar pela Rede de Atenção Integral à Saúde mental, redirecionando o enfoque institucional para o comunitário, numa rede diversificada, com níveis de complexidade que possam abranger o indivíduo, a família e a sociedade. Os procedimentos clínicos são orientados para a prevenção, tratamento e controle dos transtornos mentais, procurando atingir a reintegração social eficaz e a melhoria na qualidade de vida. Suas metas estão em torno de reduzir as

internações psiquiátricas no Município, garantir a participação da comunidade nos processos de reforma da atenção à saúde mental e de impedir o confinamento do doente mental e sua cronificação.

No âmbito extra-hospitalar, as metas giram em torno de: implantação e implementação de serviços de atenção à saúde, contando com profissionais devidamente treinados para realizar intervenções em crises, evitando a utilização de estruturas de maior complexidade; instalação e implementação de equipes de saúde mental em serviços de atenção à saúde que, através de técnicas individuais e grupais, associadas à psicofarmacoterapia, quando indicada, desenvolvam um projeto terapêutico; implantação e implementação de oficinas terapêuticas I e II, nos serviços ambulatoriais, com objetivos pedagógicos, pré-profissionalizantes e finalidades terapêuticas; implantação de Centros/núcleos de atenção psicossocial (NAPS/CAPS), unidades de atendimento de cuidados intensivos, intermediários entre regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos, através de equipe interdisciplinar, para portadores de distúrbios neuróticos graves e psicóticos em fase aguda; implantação de uma Infraestrutura comunitária para garantir a reinserção social, envolvendo um preparo e treinamento pré-alta, acompanhamento do usuário, em seu cotidiano, na comunidade, fornecendo-lhe dessa feita, um suporte psicossocial nos momentos de crise, assim como, orientação e apoio aos familiares; implantação de lares abrigados/pensões protegidos para o acolhimento da clientela cativa dos hospitais psiquiátricos que já fragilizaram ou perderam os vínculos com a família e com a sociedade;

manutenção e integração da rede de saúde e social, fortalecendo o sistema, tornando-o eficaz e eficiente.

A reflexão do processo de reforma psiquiátrica em Pernambuco sinaliza avanços, recuos e entraves que obstaculizam o alcance de seus objetivos. Neste sentido, podemos destacar: a existência, ainda, de uma atenção psiquiátrica centrada no modelo hospitalar, com características asilares, cronificadoras e de elevado custo socioeconômico, desintegrado da comunidade, da rede de saúde e do social; presença significativa no ambiente hospitalar de pacientes de longa permanência institucional, de deficientes mentais e idosos com distúrbios da sensibilidade, além dos psicóticos e portadores de transtornos afetivos, em fase aguda; inexistência de uma rede de saúde e social que conte com um conjunto de instrumentos disponíveis e suficientes para atender de forma adequada e eficaz à demanda, evitando hospitalizações.

Após essa breve exposição acerca do pensamento reformista sanitário e das principais diretrizes de ação que norteiam os procedimentos em saúde na cidade do Recife, torna-se necessário refletir um pouco sobre a prática psicológica no que lhe é peculiar, enquanto fazer clínico, no espaço ambulatorial público. Procuro nesse momento, dialogar com outros que, também como eu, fazem a prática clínica. A minha intenção é *ouvir* o que falam sobre o fazer psicológico, dessa forma, poderei ampliar a escuta no vivido com o usuário em seu atendimento; é uma possibilidade de compreender o fazer-no-mundo no outro comigo.

### **3 – PRÁTICAS CLÍNICO-PSICOLÓGICAS: SEU SENTIDO INSTITUÍDO**

Há um reconhecimento de que as teorias contribuem para as práticas psicológicas, ao revelar nelas, a configuração dos fenômenos clínicos, permitindo inserir uma reflexão, uma nova escuta na experiência que permite, no curso da ação, a indecisão precursora de novas possibilidades de abordar. As teorias, parafraseando Figueiredo(1996), são como fundo silencioso para a escuta do novo.

As práticas quando estão fundamentadas apenas, pelos conhecimentos tácitos, possuidores de uma natureza pré-reflexiva, e que se encontram no nível da experiência em que sujeito/objeto não estão diferenciados, não se constituem como objeto de uma reflexão crítica em relação a sua eficácia, podendo ser vulneráveis à mecanização de atitudes. Não obstante, Polany (1959) acentua que os sistemas representacionais não podem ser incorporados totalmente às práticas. Eles devem ser compreendidos como possibilidades abertas dos conhecimentos subsidiários, que contextualizam e servem como fundo para o conhecimento focal, permitindo a figuração e significação do fenômeno visualizado. O conhecimento subsidiário está ligado ao contexto histórico do corpo e do social, viabilizando o sentido da representação e do discurso teórico. As teorias não ressaltam o que pertencem ao fundo, ao campo dos conhecimentos subsidiários. Nessa compreensão, o mundo em que vivemos, o assunto em que habitamos, fica excluído dos discursos teóricos que buscam focalizar o que pode dar fundamento para um sistema representacional.

O conhecimento explícito, que está presente nos dispositivos representacionais de uma teoria, mostra-se reflexivo, objetivador e conversível em representação. Feyerabend (em Figueiredo, 1996) revela que o trânsito entre o conhecimento explícito e o tácito, pode ser possível através dos dispositivos representacionais de baixo nível de abstração que sintetizam os elementos da experiência. Esses dispositivos referem-se às listas, esquemas classificatórios, narrativas históricas e dramáticas. Para esse autor, a teoria recusa a complexidade múltipla da experiência, reduzindo-a a conceitos que possuem validade universal, ignorando os fatores sociais e históricos presentes na elaboração de uma representação.

Nas práticas da Clínica Psicológica, a teoria precisa ter a função crítica de desalojar conhecimentos tácitos impregnados de ações mecanizadas, reintroduzindo nelas o espaço do encontro com o inesperado, o espaço da pesquisa, do pensamento e do afeto. Ela não deve ter a pretensão de verdade, nem tampouco, servir como orientação segura para a prática e nem de avaliação para a sua funcionalidade instrumental. A focalização pelas teorias colabora na tarefa da inteligibilidade à experiência, incluindo figuras a partir dos elementos dessa experiência (Figueiredo, 1996).

A teoria deve abrir, no curso da ação, o tempo da indecisão e do adiamento da ação, tempo em que podem emergir novas possibilidades de escuta e fala. É necessário que a teoria esteja agindo em silêncio e de forma a fazê-lo, criar condição primeira de uma verdadeira escuta do novo, mantendo uma tensão pela

qual a prática seja um desafio à teoria e que a teoria permita que irromperem problemas para a prática (Figueiredo, 1996).

Repensando o caminho percorrido pela Psicologia no campo da aplicação, encontrei nos escritos elaborados por Morato (1999), que havia, até a década de 40, um desenvolvimento de pesquisas e de aperfeiçoamento técnico em psicomетria voltados para auxiliar o médico no seu diagnóstico e tratamento. As pesquisas nessa área não tinham como objetivo estudar as intervenções psicoterápicas da ajuda psicológica. O estudo da Psicologia Acadêmica se reportava aos conhecimentos básicos, mantendo uma indireta relação com as práticas clínicas. Tal situação fazia, muitas vezes, o psicólogo buscar na Psicanálise formas de atuação e de técnicas para o seu fazer clínico. Havia um empréstimo do modelo psicanalítico de atuação, como garantia de uma compreensão das experiências vivenciadas na clínica psicológica.

Morato (1999) enfatiza que a questão ética, no período pós-guerra, envolveu a ciência, gerando uma nova perspectiva do homem diante do seu mundo. Nesse período, foram evidenciadas as lacunas dos paradigmas científicos vigentes, assim como, a impossibilidade de importar modelos teóricos e métodos de outras esferas de conhecimento para o campo específico da clínica psicológica.

Hoje, ousa-se delinear a teoria pelo exercício da modalidade prática, focalizando o fenômeno da intersubjetividade, no encontro humano, como forma de conhecimento dos fenômenos psicológicos da prática clínica, ou seja, a intersubjetividade como instrumento viabilizador para o conhecimento das experiências da Clínica Psicológica.

Pesquisando sobre o atendimento psicológico oferecido em instituições educativas, Morato, ainda vem revelar que a demanda, apresentada nessa assistência, requisita inovações estruturais de modelos, de práticas, para a sua real possibilidade de ajuda. Informa que as solicitações podem ser beneficiadas por um fazer clínico, baseado numa compreensão favorecida pelo ver e ouvir, *sentidos*, do psicólogo. Discute o *saber ver e ouvir* como germinando o *fazer ver e saber*, permitindo assim, a demanda do cliente direcionar o *como fazer* para atendê-la.

Em decorrência do que foi exposto acima, entendo que a experiência vivida com o usuário pode se constituir como importante via de compreensão para o fazer nas práticas clínicas, uma vez que, a significação sentida no encontro com ele, permite a condição de conhecimento, de orientação das ações e das possibilidades de comunicação do fazer psicológico.

Nesta reflexão sobre a prática clínico-psicológica, há, ainda, um desdobramento que gostaria de destacar. Trata-se de evidenciar a vocação original da Clínica que é o de possibilitar atenção ao cuidado na tarefa humana de cuidar de ser. As ações clínicas possuem um objetivo nobre que é sensibilizar para o *cuidar de si*. A Clínica é cuidar, no sentido de ouvir o lamento; o seu sentido está no cuidado da escuta. A Clínica desaloja, desmonta teorias, transita com a dúvida. Dúvida é a condição permanente do homem.

Buscando entender a questão do cuidado, que se mostra inerente ao fazer clínico psicológico, encontrei no pensamento heideggeriano, contribuições valiosas que mostram o homem entregue a si mesmo num mundo sob sua

responsabilidade, como fundamento para o sentido de seu ser. O Homem é no mundo, vindo a ser lançado e cuidando desse vir-a-ser.

O pensamento de Martin Heidegger é, essencialmente, a busca do sentido do ser. Para ele, o ser não está nas coisas mesmas no âmbito do conceito, mas na existência; revela-se no estar-sendo-do-homem-no-mundo. As coisas só podem ser-no-mundo da existência humana. Através da palavra, as coisas chegam à sua aparência plena e são reais por ela. O ser está na revelação dos entes, apreendidos como coisas no mundo e não como coisas em si. A sua obra trava um círculo de relações entre a verdade, compreendida como desvelamento, o homem, visto como o *Dasein*, e o Ser, condição das possibilidades inacabáveis de ser dos entes e do seu desvelamento.

A caracterização do *Dasein* coloca o homem como um ser-no-mundo. O homem é *ec-sistente*, aberto ao Ser, e *in-sistente*, voltado para os entes. A relação do modo de ser do *Dasein* com o que pode vir-a-ser no mundo é ser “*junto à*”. No *Dasein*, não há essência, não há determinação qualitativa pré-determinada, o que há é o modo de ser, que é pura abertura, pura possibilidade. O homem é construtivamente projeto, *poder ser*. O mundo não é realidade a contemplar, ele se apresenta como contexto existencial do *Dasein*, é a estrutura de significação, sendo uma parte do homem que o leva a tomar uma atitude de interesse e responsabilidade diante da existência. Os objetos no sentido de utensílios não têm o valor pragmático, são significados, estão relacionados a um projeto humano. No habitar *entre*, o homem possui uma atitude de resguardar, proteger a coisa e toda fenomenalidade que aparece. Sem o modo de ser do *Dasein*, o ente dado não

poderia aparecer. Só existem entes na aparição e sem ela não são, já que o ser consiste no aparecer.

No presentificar-se, não há dependência de um sujeito, mas de um ente específico que não é sujeito, mas fundamentalmente abertura, lugar de aparição, onde tudo o que é, pode ser o que é. Nesse aparecer dos entes, o próprio modo de ser do homem também aparece como lugar de aparição. O ser-no-mundo do homem se expressa pelo cuidar das coisas. A existência humana é o *cuidado* que se refere ao *poder ser*, ao projeto humano.

Para Heidegger, o cuidado designa o homem, acena para a execução de um projeto, que respondendo ao chamado daquilo que se apresenta, cuida de ser, por ser mais do que já é (Beaini, 1981).

É pela angústia que o cuidar se mostra como ser primordial do homem. Almeida (1995:28) elucidando, afirma:

*O angustiar-se é um modo de **encontrar-se** no mundo; é um modo pelo qual o mundo inospitadamente se abre ao **ser-aí**, e ao mesmo tempo, um modo pelo qual o **ser-aí** se abre a si-mesmo no mundo, singularizando-se. O **ser-aí** se angustia ante seu **ser-no-mundo**, ou seja, ante a inospitalidade e insignificatividade com que o mundo lhe aparece. Ante o fato de ser o mundo inóspito e insignificativo, o **ser-aí** se angustia por sua possibilidade de ser nesse mundo. O ante que a angústia se angustia é o lançado **ser-no-mundo**; o pelo que a angústia se angustia é o **poder-ser** no mundo.*

A expressão, *cuidado*, reporta-se a um fenômeno ontológico-existencial básico; refere-se à estrutura fundamental do ser-aí com a qual ele está lançado no mundo de que cuida e também do próprio obrar, agir, que o ser-aí realiza. A

transformação do homem, naquilo que ele pode ser através de ser-livre para suas mais peculiares possibilidades, é uma obra do cuidado.

Por esse breve trânsito, na filosofia existencialista heideggeriana, procurei compreender o sentido do cuidado que permeia a Clínica. Nessa concepção, de homem como cuidado, e reportando-me ao âmbito do SUS, poderia transpor essa concepção existencialista para a Clínica Psicológica? Posso entender o usuário como um ser-no-mundo em que, a inospitalidade do mundo, não é patenteada apenas pela angústia, mas, no sentido ôntico<sup>1</sup>, também pela falta de cidadania? Sendo assim, como poderia situar o usuário enquanto um ser-aí que, com raras possibilidades de usufruir seus direitos de cidadão, encontra-se num *aí*, sem estabilidade na sobrevivência. Como ele estaria cuidando do seu vir-a-ser, num *aí*, seu mundo, constantemente inóspito? Como favorecê-lo em sua tarefa de cuidar de ser?

Nessa sumária tematização sobre as práticas clínicas psicológicas, o sentido do fazer clínico mostra-se instituído por um fazer que se revela no ente humano, refratário a qualquer possibilidade de reduzi-lo a um procedimento técnico universalizado.

De posse desse entendimento, volto a minha atenção ao espaço ambulatorial de saúde pública, procurando configurar, não apenas o contexto ambulatorial do CSAM, mas, também, os procedimentos normativos que caracterizam a minha atuação nessa unidade. *O que faço nesse ambulatório nos procedimentos da assistência psicológica ao usuário?*

---

<sup>1</sup> Heidegger reporta-se ao termo ôntico como abordagem que apreende as manifestações concretas de um ente.

O CSAM, unidade ambulatorial pertence ao Distrito Sanitário V da Secretaria de saúde da cidade do Recife. Esse distrito abrange dezesseis bairros da cidade localizados no sudoeste do município. Possui, como prestador municipal, uma maternidade, um hospital pediátrico, um núcleo de atenção psicossocial e sete centros de saúde, incluindo um de complexidade maior que é o CSAM. Na esfera estadual, pertencem ainda a esse distrito, dois hospitais de grande porte, um ambulatório e um centro médico psicopedagógico infantil. Há o centro de reabilitação Irmã Greta e o hospital S. João da Escócia, como prestadores filantrópicos e o Grupo Universitário de Reabilitação, na esfera privada.

O Centro de Saúde Agamenon Magalhães é uma unidade da I Divisão Regional da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Está subordinado às Diretrizes da Política Municipal de Saúde e destina-se à prestação de diversos serviços para os usuários do SUS, em regime ambulatorial de grande complexidade.

A Clínica de Psicologia do CSAM atende a pacientes da rede do SUS, numa faixa etária ampla que abrange da 1ª infância à senilidade. A clientela transcende os limites geográficos do Distrito Sanitário V e pertence a uma classe sócio-econômica de baixa renda.

Os atendimentos em Psicologia são facilitados por três psicólogos que, além de suas atividades específicas, participam dos programas multiprofissionais de assistência ao idoso, ao adolescente e à mulher. As atividades são realizadas com precárias condições ambientais e de materiais técnicos facilitadores da ação clínica psicológica.

O meu fazer psicológico, nesta unidade, está inserido nos procedimentos em psicoterapia individual para a criança, incluindo a Ludoterapia, para o adolescente com sintomatologia psicopatológica e para o adulto. Trabalho ainda na facilitação de grupos psicoterapêuticos infantis e de adulto, abertos em sua natureza formativa, com sessões semanais e duração de duas horas. Facilito grupos operativos de pais das crianças que estão sendo assistidas em Ludoterapia; avaliação psicopedagógica interventiva em grupo, experiência piloto que vem satisfazendo ao atendimento da grande demanda de crianças encaminhadas pelas escolas estaduais e municipais da comunidade de Afogados, bairro periférico do Recife, onde o CSAM está localizado. Favoreço, também, o desenvolvimento de atividades de educação em saúde mental, na sala de espera em pediatria, junto às mães e nas oficinas de saúde mental.

Na consulta inicial, o paciente é levado a refletir sobre a adequação ou não da ajuda psicológica, uma vez que, muitos vêm dos encaminhamentos médicos, sem uma conscientização do estado de desacordo interno em que se encontram, referindo-se apenas a um desconforto físico. É freqüente a falta de conhecimento sobre o que venha a ser uma assistência em Psicologia.

Estabelecido o vínculo de ajuda, é oferecido ao paciente um espaço para a comunicação das suas experiências, que, na presença do terapeuta, viabiliza significados para o sentido nelas elaborado, favorecendo, assim, possibilidades de apropriação de sua existência.

O recurso teórico que norteia os trabalhos com esses pacientes é proveniente da Abordagem Centrada na Pessoa, dando ênfase à atitude fenomenológica como ação nessas atividades.

Reverendo o meu trabalho clínico na Unidade, junto ao usuário, me vem o pensamento de que é um modo de fazer bastante limitado que, obedecendo a um enquadre teórico-prático, demanda abertura para outras possibilidades de contemplar a demanda da população assistida. Percebo um fazer que sabe que faz, porque atende parte de sua demanda clínica, porém, assiste pouco, por não proporcionar à sua clientela um atendimento que contemple o aspecto da sobrevivência que está sendo solicitado em suas falas, pedindo significação.

Dessa forma, *como engendrar aberturas no fazer clínico que permita atender a essa demanda excluída nos enfoques teórico-práticos de nossos modelos assistenciais?* Partindo do significado sentido que o usuário dá a sua experiência no atendimento psicológico, *podemos construir nortes de ação pertinentes às necessidades apresentadas pela demanda distrital?* Ouvindo quem nos solicita, *podemos visualizar a que serve o atendimento psicológico, descobrindo no usuário, a quem pretensiosamente assistimos, a identidade do fazer psicológico na unidade de saúde pública?* Penso que o sentido que posso dar ao meu fazer no ambulatório, depende da minha abertura para ouvir a comunicação do sentido que o usuário elabora da atenção psicológica.

Assim, caminho para ressignificar a minha prática, buscando articular sentidos, viabilizados, tanto pelos depoimentos relativos ao atendimento psicológico, como por aqueles advindos dos conhecimentos teórico-práticos dos

autores que, também como eu, procuraram ouvir na prática clínica, valendo assinalar que, o significado atribuído ao atendimento psicológico, no ambulatório, está sendo desvelado por mim, num momento singular de abertura a ele, não podendo servir para generalizações do significado sentido e atribuído pelo usuário à assistência psicológica no CSAM.

## **CAPÍTULO 4**

---

Re-significando as práticas  
Clínicas psicológicas no CSAM

Penso que é hora de rever e articular o que foi dito por mim, ao ouvir o usuário e os teóricos sobre as práticas psicológicas clínicas. É o momento de ressignificar a minha prática, de intentar compreender as ações que norteiam a atenção psicológica no atendimento à demanda comunicada pelo usuário da Rede Pública de Saúde. Como já foi visto, o caminho percorrido para entender o fazer clínico psicológico nessa Unidade, perpassou, inicialmente, pela narrativa do meu percurso de atuação no ambulatório, e nela, tive o acesso e a possibilidade de organizar a minha experiência no convívio com o paciente. As narrativas nos impelem a tomar posições relacionadas com o estado de coisas apresentado. O sentido que dei à minha experiência no atendimento psicológico com eles, isoladamente, não contemplava o que buscava conhecer. Necessitava da significação do usuário sobre a sua experiência de ser assistido na instituição de saúde, para entender a prática clínica psicológica que realizava no atendimento à sua demanda.

Ouvir o usuário nos seus depoimentos possibilitou uma mobilização para buscas maiores, dessa vez, através de conhecimentos teóricos e do saber prático dos movimentos reformistas sanitários brasileiros. Buscava, nesse momento da pesquisa, ampliar a minha compreensão sobre o que foi narrado pelo usuário na

configuração do sentido sobre o atendimento psicológico. Tais conhecimentos contribuíram para desvelar dimensões da prática clínica, até então desconhecidas por mim, como por exemplo, a ênfase de que, na assistência psicológica, a teoria e a técnica instituídas não contornam a ação pertinente ao processo da ajuda psicológica. É no encontro com o usuário/outro, na dimensão intersubjetiva, que podemos favorecer a configuração de sentido para uma práxis em ambulatórios gerais públicos de saúde.

Nesse caminho, pretendia chegar ao entendimento das ações clínicas tomadas no cotidiano da assistência psicológica com esses clientes. Nos procedimentos clínicos, junto a eles, meus atos pediam uma significação, para além da legitimação dada pelos discursos teóricos, que apenas auxiliam para tornar as ações inteligíveis e passíveis de aplicabilidade frente às situações específicas restritas.

Pretendo, agora, articular pontos convergentes nessa estrada de aprendizagem, correndo o risco de evidenciar outros que, refratários às tentativas de contornos representacionais, escapam à minha compreensão, revelando a complexidade que circunda o processo da ajuda psicológica na experiência de aflição humana. Uma significação e legitimação da prática para além da teoria.

Na intenção de ressignificar a ação clínica psicológica no ambulatório do CSAM, impõe-se repensar a vocação do ambulatório público, enquanto agência social que elege o cuidado à saúde como centro ideológico de seus procedimentos. Procuo, por essa via, situar o meu entendimento sobre a função

ambulatorial destinada socialmente, a fim de nelas visualizar o espaço que cabe à ação clínica psicológica.

Perceber as metas que existem no horizonte das tarefas assistenciais do ambulatório implica disposição para incluir, no fazer psicológico, um trabalho de natureza interdisciplinar. Schmidt (1999:97) sugere disponibilidade para:

*... um estado de abertura através do qual nos posicionamos, de modo instável, entre o instituído e o instituinte; o conhecimento e o desconhecimento; os saberes psicológicos e os de outras áreas; nossas próprias convicções e aquelas que nos são trazidas pela clientela*

Por essa perspectiva, penso que seria importante evidenciar dimensões do contexto ambulatorial para poder situar a prática psicológica no entrelaçamento, necessário, com as diretrizes de ação do ambulatório que atendem à política municipal de saúde.

O ambulatório é um espaço que, acolhendo o sujeito doente e atribuindo significado à sua enfermidade, nem sempre considera um outro possível significado implicado na atribuição que o próprio paciente produz acerca de sua doença. Revela-se, com isto, uma rede de imbricamento de significados implícitos, que, se não explicitados, pode gerar desencontros entre práticas e demandas.

Para legitimar essa perspectiva, permito-me, agora, introduzir meu próprio significado, para, posteriormente, estabelecer um diálogo entre essas diversas significações e suas implicações.

A doença, percebida como uma experiência de mal estar, constitui-se situação-problema que altera, drasticamente, as atitudes tomadas na vida

cotidiana. Essa experiência demanda medidas normalizadoras e viabilizadoras de recursos que possam transformar a vivência geradora de rupturas em esquemas simbólicos, interpretativos e de reintegração ao viver cotidiano.

Concebida como uma experiência, a doença possui um caráter intersubjetivo que põe em evidência o ser-doente-em-situação. Por esse sentido, os modelos culturais ajudam a reorganizar as capacidades corporais no enfrentamento da enfermidade. É preciso estar atento aos processos sociais, pelos quais o sujeito na sua vivência de aflição, define, legitima, comunica e negocia significados para o seu sofrimento em interação com outros. Na situação de enfermidade, é importante possibilitar a comunicação do sujeito sobre a sua experiência de adoecimento. Isso permitirá o entendimento de mecanismos que foram construídos por ele para lidar com a aflição gerada pela enfermidade (Rabelo, 1999).

O ambulatório público, enquanto agência do cuidado humano, prioriza as intervenções que contemplam e mantêm a vida no seu substrato biológico, acolhe o enfermo, e dele faz uma leitura por signos e sintomas, desprezando a dimensão situacional da existência do homem. Os procedimentos ambulatoriais instituídos não apreciam, na escuta clínica, a narração de histórias de vida pelos pacientes. Não cabe, no espaço institucional público de saúde, ouvir as significações elaboradas pelo doente sobre suas experiências vividas. Perde-se tempo, e com isso, não se atinge o percentual de produtividade exigido pelo sistema vigente.

As execuções das políticas nacionais, estaduais e municipais brasileiras de saúde contribuem para tornar a unidade, num lugar desestimulante para o

trabalhador dessa área. A carência está em todas as dimensões da instituição, desde a grande demanda de pacientes, que por um lado tentam marcar, com sacrifício, suas consultas, até a falta de recursos humanos, de materiais e de ambientes para uma adequada assistência à população. Por outro lado, o salário pago aos profissionais induz que deixem suas atividades mais cedo nos postos de saúde, para completarem as suas rendas em outros locais. Acrescente-se a isso, a falta de interesse observada em alguns especialistas para participar de reciclagens necessárias ao bom desempenho profissional. Na unidade de saúde pública vê-se instituída uma inviabilidade crônica para uma assistência adequada e eficiente.

Essa concepção do inviável nos impele a repetir atitudes automatizadas na rotina de trabalho com o paciente. São atitudes instituídas que desconsideram, na escuta clínica, dimensões sócio-culturais importantes, pelas quais o enfermo simboliza sua experiência de adoecimento. O tratamento e a cura das doenças requerem um exame cuidadoso da realidade do mundo cotidiano vivido pelo paciente. É preciso disponibilidade para escutar as suas metáforas sobre o infortúnio vivido. Dessa forma, estaremos viabilizando um procedimento terapêutico mais próximo do sujeito, em que o paciente pode transformar a experiência incoativa de sentir-se mal em algo que pode ser comunicado, compartilhado e administrado na interação com outros.

O diagnóstico e o tratamento das patologias graves possuem dimensões desconhecidas para o paciente que, quando não esclarecidas, favorecem vivências ansiogênicas e entraves difíceis ao restabelecimento da saúde. Na

assistência ambulatorial e hospitalar, os especialistas comunicam as vicissitudes da enfermidade numa linguagem tão fragmentada que não atende, satisfatoriamente, a necessidade de resposta que o paciente apresenta quando busca atenção para a sua experiência de mal-estar. Nos procedimentos clínicos, evitam-se esclarecimentos sobre a terapêutica adotada, sobre o grau de morbidade e o prognóstico de sua enfermidade, com isso, dificulta-se a sua experiência encarnada no corpo.

Salientando o caráter intersubjetivo da experiência de adoecer, encontro nesse âmbito, um espaço importante para as ações clínicas psicológicas em ambulatórios gerais públicos. A concepção das práticas psicológicas inspiradas nas abordagens fenomenológicas e existenciais evidencia que a doença não mantém a coerência e a continuidade das narrativas que outorgam o sentido nas vivências complexas e de caos da vida. Alves e Rabelo (1999:173-174) esclarecem que:

*Nas narrativas de aflição, as metáforas desempenham um papel central: constituem estratégias de inovação semântica, que estendem sentidos habituais para domínios inesperados, oferecendo assim uma ponte entre a singularidade da experiência e a objetividade da linguagem, das instituições e dos modelos legitimados socialmente. Tecidas em uma narrativa, as metáforas dão forma ao sofrimento individual e apontam no sentido de uma determinada resolução desse sofrimento: permitem aos indivíduos organizar sua experiência subjetiva, de modo a transmitir aos outros – familiares, amigos, terapeutas – e a desencadear nestes uma série de atitudes condizentes com a nova situação apresentada.*

Acolher no espaço ambulatorial as narrativas em primeira pessoa é entender que elas “*representam sistemas de significação complexos e cambiantes*” (Goolishiam, 1996:1994), não podendo, assim, ser secundarizadas nos projetos terapêuticos das ações interdisciplinares de ajuda; é narrando que o sujeito enfermo co-explora o que lhe é familiar, desenvolvendo novas complexidades de significado às novas realidades, ajudando, dessa forma, a dar sentido aos processos desalojantes do viver com enfermidade.

O doente é sujeito na sua aflição, não se pode contribuir para a alienação de sua experiência de adoecimento. Secundarizar nos procedimentos terapêuticos as suas significações é inviabilizar os recursos próprios que ele possui e que precisa para enfrentar a condição de sofrimento decorrente de sua doença. Por essa compreensão, a função do psicólogo, no espaço ambulatorial de saúde, entre outras, poderia ser a de ajudar o paciente a recontar as histórias de sua vida, de forma a favorecer a compreensão de suas atuais dificuldades, permitindo a continuidade, agora no tempo presente, de suas narrativas sobre as experiências que a doença, na sua instalação, inviabilizou. A atenção psicológica, enquanto processo de conversação, produz mudanças e transformação das histórias narradas, possibilitando o relato de outras.

Percebo que o fazer psicológico na instituição de saúde, demanda abertura para as dimensões socioculturais, em que a criatividade e a flexibilidade precisam constar nos modos de responder às demandas. Parafraseando Schmidt (1999), a unidade de saúde, como esfera social, tem como contribuir para a elaboração e à transmissão da experiência do usuário; suas funções não podem visar apenas o

substrato biológico, elas podem favorecer o enraizamento coletivo de sua clientela. O paciente é um agente consciente, intencional, modificado pela linguagem e situado numa realidade sócio-histórica construída. Junto a outros, é co-autor de si mesmo e do mundo vivido numa interação comunicativa. A sua realidade é uma criação contínua de significados, num processo intersubjetivo, possível pelo diálogo num intercâmbio simbólico.

Nesta reflexão, quis transitar por uma dimensão importante da assistência em saúde nos ambulatórios públicos, que, ao meu ver, não vem sendo contemplada nos procedimentos clínicos do sistema vigente, para, em seguida, repensar sobre as práticas psicológicas no cerne da atividade ambulatorial.

Passarei a comunicar, agora, o que pude *ouvir* nesta experiência de aprendizagem que sinaliza para uma ressignificação da minha prática clínica nesse contexto.

Na medida em que elaborava este trabalho, percebi que, no decorrer deste processo, sentia fluir, lentamente, um modo novo de conceber as práticas psicológicas. Surpreendia-me, e, ao mesmo tempo, angustiava-me, que, tanto nas leituras dos depoimentos e dos textos teóricos, como na escrita dos meus conhecimentos, o fazer clínico psicológico não se revelava com precisão. Nesse momento, começava a compreender que a atitude clínica da ajuda psicológica não se configura como algo que pode ser apreendido como referência, ou modelo de atuação para um saber fazer. Não percebia que estava faltando um componente importante, elucidativo para o entendimento da prática clínica psicológica – o usuário, este outro, que recorrendo à assistência psicológica, elabora

artesanalmente, com o terapeuta, os procedimentos necessários ao atendimento de sua demanda clínica. Nessa acepção que emergia, demorei a compreender que não cabia conhecer atitudes clínicas pré-determinadas que pudessem assegurar um atendimento psicológico adequado para a população distrital.

Está claro, para mim, que a ação clínica na assistência psicológica ao usuário da Rede Pública de Saúde é, antes de tudo, originária e decorrente da experiência vivida no contato com ele (Morato 1999), sinalizando, portanto, uma abertura para a articulação de sentidos sobre o fazer psicológico nesse contexto.

Nesse percurso, recorro ao usuário, novamente, para me auxiliar na tarefa de resignificação da ação clínica no ambulatório do CSAM. Penso que na intersecção dos nossos textos sobre a prática psicológica, posso encontrar significados reveladores e representativos do fazer clínico psicológico no ambulatório geral público. Como afirmei, o sentido dessa assistência, quando comunicado pelo usuário, poderá favorecer a significação que o próprio terapeuta busca em sua práxis, servindo para configurar o seu fazer clínico com ele.

Com essa disposição, apresento um texto síntese elaborado por mim e pelas expressões do usuário tal como comunicadas nos seus depoimentos. O entrelaçamento resultante emergiu em um *intertexto* em que a assistência psicológica na unidade de saúde do CSAM está configurada pelos significados atribuídos por mim e pela sua clientela. É uma forma de clarificar o que foi dito pelo usuário ao se referir sobre as suas experiências na assistência psicológica no CSAM e que serve como representação desse processo. Sabemos que outros

sentidos poderão ser dados, mas, o que nesse momento se revela, está em consonância com o limite pessoal de minha escuta à sua fala.

## O atendimento psicológico no CSAM

*O atendimento psicológico no posto de saúde é **uma**<sup>1</sup> **experiência boa que está sendo muito importante... A terapia é uma fase da vida... um pedaço dela... Um espaço em que se pode falar tudo o que vem na mente, até as coisas de que se tem medo de falar para as outras pessoas. Está sendo um espaço de escuta, de acolhimento e de comunicação das falas contidas... Um lugar para desabafar os problemas, e que ajuda as pessoas a sair do isolamento.***

***Um acompanhamento de conversa que alivia melhor a mente, sendo uma contribuição muito boa e importante para lidar com as dificuldades de sobrevivência no mundo da vida... Um recurso que auxilia nas vivências de perdas significativas que trazem a depressão.***

*É uma experiência de vida... associada à liberdade de expressar pensamentos e emoções, viabilizando o **amadurecimento** pessoal e a emergência dos **conflitos que existem** dentro de cada pessoa. **Uma ajuda na comunicação, servindo para refletir e se auto-analisar.***

*É um lugar de ouvir também, que **busca** entender a **experiência do outro.** Um lugar **de união, de encontro e de confiança,** relacionado a um ambiente que **possibilita luz para a cabeça e força para quem precisa.***

---

<sup>1</sup> As palavras em negrito foram às expressões retiradas literalmente dos depoimentos.

Percebo por esta significação que a prática clínica no ambulatório público de saúde demonstra ser um recurso importante para o usuário dar sentido às suas experiências e de poder comunicá-las, criando ou legitimando significados sentidos para a sua existência de aflição em cidadania. A ajuda psicológica está associada a um evento marcante, uma *parte* da vida, que favorece certos modos de agir diante das situações e que traz relações de reciprocidade que ajudam a enraizá-lo no seu coletivo.

Entendo que as práticas psicológicas no ambulatório público estão apontando para reconstruir este fazer como uma atenção, dado que, o contexto institucional pede um olhar mais atento, para que se desconstrua o habitual e o tradicional que não contempla a experiência da contemporaneidade, mas sim, promover uma desconstrução desse tradicional, abrindo brechas para a invenção de práticas mais pertinentes à demanda e à necessidade, tanto dos profissionais que nelas atuam, quanto à clientela que a ele recorre. Um fazer que pede abertura para a criatividade e a flexibilidade nos procedimentos, que possa garantir uma relação funcional da Psicologia Clínica com a sociedade, especialmente com aquelas camadas menos favorecidas que representam a conjuntura atual em que vive grande parte de nossa população. O bem-estar das pessoas, ressaltando Macedo (1986:4), diz respeito ao clínico. Ela nos acentua que:

*O essencial da atitude clínica, diz Wyatt (1968), é sua preocupação com o comportamento e as necessidades atuais, interesses e apreensões das pessoas na vida diária. A ênfase é na importância da experiência em seus aspectos afetivos e cognitivos, ênfase essa, que inclui a pluralidade de*

*experiências, as mudanças no autoconhecimento, a qualidade do pensamento e, sobretudo, os significados que, de acordo com a capacidade de cada um, são dados a essas mesmas experiências, considerando o seu ambiente de vida.*

Nesse sentido, venho percebendo que o atendimento psicológico no CSAM está se configurando numa dimensão não mais de *ajuda*, mas sim de *atenção* psicológica. Nesta, o usuário, procurando entender as suas experiências, é inserido numa escuta que recebe e que se esforça para responder as suas demandas não somente pessoais, mas também constituídas num âmbito coletivo; uma prática que está possibilitando uma ressignificação dessas experiências, permitindo, outrossim, uma avaliação sobre os seus recursos pessoais e da sua comunidade, disponíveis para o enfrentamento da situação-problema.

Na focalização do mundo que habitamos, remeto-me às indagações iniciais que associam a ajuda psicológica à demanda de desamparo real na vida em cidadania. *Haveria no fazer clínico psicológico uma dimensão que ajudasse no grave infortúnio de viver, freqüentemente, com projetos de vida abortados por falta de saúde, moradia, escolaridade e emprego? No âmbito do atendimento psicológico, o que seria correlato ao cidadão desamparado? Sabemos que, hoje, no campo da saúde pública, há um realce muito grande para as práticas que viabilizam a inserção do sujeito na sua comunidade. Parece que a compreensão de cidadão-no-mundo embasa as ações clínicas que norteiam, atualmente, os procedimentos em saúde mental. Inspirado, talvez, pelo saber prático dos movimentos reformistas sanitários, esse olhar demanda abertura para um fazer numa dimensão interdisciplinar, em que precisamos transcender as nossas*

próprias abordagens de compreensão e de atuação para responder aos fenômenos clínicos revelados no contexto da saúde pública. Abordar a demanda do usuário por um único viés teórico-prático é seccioná-lo em dimensões que levam a uma percepção parcializada de sua vivência como usuário/cidadão.

Macedo (1986) nos ensina que o modelo de atuação clínica tradicional oferece segurança ao psicólogo, em decorrência de ter sido criado no universo existencial deste profissional. A práxis que auxiliou na construção teórica dos modelos assistenciais clínicos em psicologia, aqui no Brasil, foi desenvolvida num contexto social diverso daquele do usuário, que pertence a uma classe menos favorecida do ponto de vista sócio-educacional e econômico. Dessa feita, afirma a autora, *“esse modelo tem levado a uma relação patronal, psicólogo-cliente, calcada no modelo de relação médico-paciente, que foge à essência da atitude clínica, psicológica”* (34). Ela vem nos alertar para uma crise de identidade da Psicologia Clínica, que hoje, envolve tanto a definição da clientela que assiste, quanto à busca de modelos alternativos para o atendimento à demanda que se apresenta nas instituições. Para isto, precisamos nos conscientizar do social e do político que está intrínseco em nossas práticas psicológicas ambulatoriais; mais ainda, de uma definição ideológica norteadora dos modelos de ação que possibilitam favorecer uma atenção psicológica ao usuário que nos solicita. Nestes clientes é preciso reconhecer o peso dos fatores sociais na causação de problemas psicológicos.

Estou aprendendo no cotidiano das práticas que, os recursos sócio-culturais revelados nas experiências do usuário, assim como aqueles que estão presentes

na sua comunidade, devem ser acionados como vias importantes para a promoção de sua saúde mental, entendida aqui, como processo-em-situação, que exige a integração e a comunicação das experiências vividas num mundo interativo com outros. A saúde é decorrente da existência; o cotidiano que a inviabiliza precisa ser evidenciado e repensado em nossas intervenções. Daí, a importância de inserir, nas ações clínicas psicológicas em rede pública de saúde, conhecimentos contextualizados acerca da população assistida. Isso requer uma compreensão psicossociocultural da demanda que se revela nos atendimentos. Nesse sentido, a assistência psicológica pode ter a função de potencializar os recursos psicossociais do usuário, o que implica em diversificar nortes teóricos e acolher outros, no campo da interdisciplinaridade de saberes.

Os fenômenos com os quais me deparo na unidade pública de saúde demandam abertura para o estudo e o trabalho interdisciplinar. Nesse sentido, na minha experiência, está sendo importante articular qualquer proposta de ação em saúde mental com os movimentos populares que estimulem a convivência, a troca de experiência e a luta pela qualificação da vida. Compreendo que é de extrema importância que a invenção da clínica atinja todas as classes sociais e que a cultura popular possa ser usada como um recurso facilitador das práticas psicológicas.

Schmidt (1999) assinala que os procedimentos clínicos na instituição podem propiciar experiências cognitivo-afetivas de vivências pessoais e também coletivas, sem deixar de perpassar pela singularidade de cada pessoa assistida. Nestas ações é imprescindível criar modos de atender abertos à pluralidade e à

singularidade de assistência, receber e favorecer as demandas constituídas no âmbito social, em que a experiência pode se abrir para o não planejado, para o desconhecido e o inesperado. Nessa leitura, a instituição pública se oferece como espaço socioinstitucional, portadora de condições propícias à elaboração e à comunicação da experiência singular e coletiva dos sujeitos por ela assistidos.

Em Recife, na Rede Pública de Saúde Mental, percebemos uma pequena parcela de trabalhos voltados para a dimensão social, tais como, o *projeto de vida* e o *espaço de cidadania*, em que a comunidade é sensibilizada para compreender a loucura, sua desmistificação, construir projetos e criar possibilidades de trabalho. As dificuldades giram em torno das possibilidades reais de inserir o sujeito em sua comunidade e dela retirar os proventos necessários para a sua sobrevivência no mundo da vida.

Constato que, apesar dos esforços e da boa intenção, as nossas ações, na sua maioria, vão até o limite dos muros que circundam a Unidade de Saúde, como por exemplo, aquelas que são vistas nas oficinas terapêuticas e de saúde mental, nas atividades socioculturais dos programas multiprofissionais de assistência ao idoso, à mulher e ao adolescente, e em outras que são oferecidas dentro dos ambulatórios. Contudo, nessas práticas, ainda não estamos nos revelando como uma *ponte* necessária para o trânsito do doente/desenraizado do seu coletivo para o cidadão/situado na sua comunidade.

Temos consciência que não podemos continuar *fazendo saúde*, apenas no espaço institucional. Precisamos transcender os nossos muros e recorrer à comunidade, retirando dela, os recursos que favorecem a reintegração social do

sujeito. Isto porque a comunidade se mostra como um campo complexo que demanda ações de saúde, não apenas para as dimensões secundárias em que as doenças se sintomatizam, mas para as dimensões que envolvem os níveis primários de prevenção. No âmbito da saúde mental é de extrema importância sairmos da instituição para a comunidade e conhecê-la, a fim de favorecer um fazer contextualizado, em que o referencial da clientela pode mostrar-se como marco das ações que norteiam a atenção psicológica. Compreendo que isso é extremamente pertinente para as nossas práticas clínicas, desenvolvidas no ambulatório público de saúde.

Atualmente, os agentes do Programa de Saúde da Família (PSF) da cidade do Recife levam informações sobre saúde mental à população. Estão sendo treinados para reconhecer elementos sinalizadores e reveladores de uma demanda para a assistência psicológica e psiquiátrica. Percebo ser, isso, o início de um trabalho em que a Psicologia Clínica estabelece um vínculo importante e germinativo com as classes populares, e que, certamente, frutificará pela práxis, ou seja, por conhecimentos mais condizentes sobre a população por ela assistida. Nessa medida, os acontecimentos rotineiros que envolvem a relação com o usuário são importantes e devem ser inclusos nas discussões sobre as bases conceituais de atendimentos oferecidos à comunidade.

Em consonância com a II CNSM (1994), a invenção da clínica ou da assistência passa por uma mudança de atitude e de compreensão dos técnicos que lidam com o sofrimento psicológico da população distrital. A ênfase é problematizar a clínica quanto à responsabilidade ética de seus trabalhadores no

tocante ao que se espera do atendimento oferecido no âmbito da saúde mental. Para isso faz-se necessário ressaltar os marcos conceituais de assistência utilizados na organização dos serviços e aprofundar os conceitos de coletivo, assistência, necessidade e demanda num processo, que envolve a inserção da cultura, a interdisciplinaridade e os movimentos populares (Relatório Final da II CNSM, 1994).

Caminhando, ainda, por este percurso de re-significação da minha prática clínica no ambulatório público, não poderia deixar de transitar pela dimensão ética do fazer psicológico como via fundante, e que pode nortear as ações junto ao usuário. Tal discussão faz-se necessária considerando-se que, no plano etimológico, *éthos* refere-se tanto aos costumes e hábitos como à morada. *Éthos* como morada pode vir a sinalizar a habitação do homem que, neste abrigo, poderá contemplar o mundo, pelas aberturas. Portanto, nesse sentido, ética diz respeito ao habitar o mundo, condição fundante do direito de ser humano.

Neste momento contemporâneo, marcado por uma crise profunda em todos os âmbitos da vida humana, como atestados por situações da vida política e administrativa, da degradação ambiental, das relações intersubjetivas, dos efeitos iatrogênicos da tecnociência, impõem-se pensar que estamos vivendo uma profunda mudança na qualidade do *ethos* como morada do humano. Uma tal crise como a vivida atualmente, Schramm (1996), reflete uma outra mais básica e profunda que é a crise ética nas relações humanas. Isto porque “*atinge um órgão vital do corpo social, tratando-se de uma crise do estar junto, dos fundamentos e*

*das condições da vida social e, portanto, das possibilidades da própria vida individual” (p.227).*

Não é por acaso que estamos assistindo, em todas as esferas de ação do homem, a um chamamento pela ética como instância que deva ser incorporada no saber-viver (Varela, 1992). O mundo, hoje, está sendo caracterizado por uma crise das ideologias todo-poderosas e pela globalização tecnocientífica (Berti, 1991). O desafio que tal complexidade impõe à ética é grande por envolver escolhas em situações de incertezas e de conflito, implicando em ter que intensificar e generalizar princípios de responsabilidades individuais e coletivas na integração de conflitos que surgem da pluralidade de interesses e de valores. Schramm (1996:27-28) afirma que:

*O conjunto dessas sinergias delinea a forma complexa e problemática do mundo secularizado contemporâneo, constrangido ao mesmo tempo por uma pluralização de comportamentos, normas e valores (politeísmo), e uma uniformização dos mesmos padrões de consumismo e de normas tecnocientíficas impositivas, que tornam o homem “unidimensional” (Marcuse, 1964), com todos os desdobramentos e abusos, sempre possíveis, tanto contra o Princípio da Sacralidade de Vida (PSV) (em nome do politeísmo) como contra o Princípio da Qualidade de Vida (PQV) (em nome do fundamentalismo).*

As questões da ética, aplicadas às novas condições de vida que afetam, direta ou indiretamente, a complexa realidade sanitária, vêm demonstrar que a humanidade vive uma cegueira decorrente da ambição, do sentimento de poder e do domínio (Maturana, 1993). Essa cegueira veicula duplo vínculo que leva a comportamentos contraditórios em que, por um lado, busca-se uma nova ordem

mundial que enfatize uma solidariedade antropocósmica e o cuidado com o bem-estar das gerações, porém, por outro, assiste-se à realidade de uma ética individualista, pragmática do salve-se quem puder, contraditória com o interesse do coletivo.

Hoje vivemos uma situação de *recalcamento* dos vínculos que ligam o si ao outro, indivíduo, comunidade e ambiente. Para Maturana, repensar essas questões é de fundamental importância para os cientistas, uma vez que contornam dimensões da sobrevivência do humano que, se forem negligenciadas, poderiam levar a uma situação de transformação acelerada e definitiva do mundo natural pela força geológica que o homem hoje representa para a natureza. Decorre, disto, o reconhecimento de que precisamos desenvolver um tipo de ética baseada no vínculo da pessoa com o seu mundo, que vivendo, como ser de projeto que transforma o ambiente para sobreviver, possa ser responsável pelas suas realizações e relacionamentos com o outro e com o próprio ambiente natural e social. Demanda-se a ética política do ser humano,

Extrapolando para o campo da saúde, como na existência, o que está em jogo é a constelação de relações entre vínculos e a possibilidade da vida, relações essas que precisam de cuidado, pois o homem parece estar ultrapassando os limites da prudência que exige liberdade com responsabilidade nos procedimentos de conhecimento e de ação.

O dispositivo biotecnocientífico, como leitura para o mundo vivido e considerado como único saber-fazer, vem sendo a principal causa da perda ou da falta de sentido da nossa experiência cotidiana. As relações pessoais de

proximidade e de solidariedade estão sendo substituídas por uma ética intencional e individualista da convicção, ou das últimas finalidades. Dessa feita, parece ser importante enfatizarmos, sumariamente, a crise da saúde pública por ser o espaço onde estão inseridas as práticas psicológicas que pretendemos compreender.

Schramm (1996) alude que a crise da saúde pública perpassa pela crise do *ethos*, crise, aqui entendida, no seu sentido original de decisão, e que, na linguagem hipocrática, adquiriu, definitivamente, “o significado de fase decisiva num processo mórbido, podendo evoluir tanto para a melhora como para a piora do paciente” (65). Por essa compreensão, o autor adverte que essa crise, sendo vista como processo decisório, leva a uma reflexão e revisão desse contexto. Para ele, a crise da saúde pública é submersível à crise ética, na medida em que seus aspectos inerentes remetem às condições necessárias da vida, tanto na sua dimensão orgânica de sobrevivência como naquela da qualidade de vida. Apresenta esta última como dependente das condições, simultaneamente, humanas e ambientais, individuais e coletivas, reais, simbólicas e imaginárias.

Considerando-se que a saúde pública é o que uma sociedade faz para se sentir saudável (Minayo, 1992), neste âmbito, compreende-se crise como a incapacidade das sociedades em promover e proteger a saúde das suas populações (Ferreira, 1992). Hoje, esta crise tem como causa um conjunto de fatores que incluem o contexto econômico, político e social. Este somatório de fatores, nos seus múltiplos desdobramentos, promoveria a precariedade do exercício da cidadania, tanto nos seus aspectos de participação na *coisa* pública como da responsabilidade individual e coletiva. Tal conjuntura seria

sobredeterminada pela insistência dos profissionais dessa área em lidar com a problemática sanitária por um único viés: o teórico-prático disciplinar. No entanto, para Schramm (1996), o campo sanitário implica em abordagens disciplinares de forma integrada, sendo esta uma condição necessária para lidar com a complexificação crescente do contexto de saúde.

Nessa compreensão, Ferreira (1992) afirma que o desafio maior da saúde pública seria o de abordar novos problemas ao mesmo tempo em que deve se esforçar para conter os antigos, ainda não resolvidos. Critica, também, o modelo biologicista e medicalizador, utilizado em nossas práticas assistenciais, pois que eles reduzem a questão da saúde à doença, francamente defendendo uma abordagem clínica redutora dos problemas coletivos.

Mário Testa (1992) corrobora Ferreira ao apresentar que a saúde é uma questão social que envolve a dimensão do poder, da democracia, da participação do social, por ser um processo de construção do sujeito individual e coletivo. Contudo:

*Não se trataria de abandonar a atenção médica, mas de relativizá-la, integrando nas abordagens da Saúde Pública os parâmetros socioeconômicos, assim como os outros parâmetros, pertinentes para qualificar as condições de vida. Somente dessa forma a Saúde Pública adquiriria o seu sentido pleno, sendo, ao mesmo tempo, um campo de profissionalização, um dever do Estado e, sobretudo, um compromisso da sociedade com seus ideais de saúde (Schamm, 1996:86).*

Essa compreensão, traduzida para uma dimensão ética do saber-fazer sanitário, pressupõe o reconhecimento de uma ética da saúde em que nela

fossem contempladas não apenas os limites extremos da vida e da morte, mas também os princípios e à prática dos atores e dos assuntos da saúde cotidiana (Berlinguer, 1993). Implicaria, desta forma, no reconhecimento de vínculos existentes entre a vida em si e sua qualidade, considerando esta última como dimensão laica daquilo que afeta o processo de saúde/doença e determina o bem-estar do sujeito e de populações. Em outras palavras, qualidade demanda um contexto de vida como ambiente vivível e uma situação de vida, percebida como totalidade das comunicações e significações simbólico-imaginárias no interior do sistema, entre sistemas e o seu ambiente.

Levando em conta essa dimensão, Schramm (1996) ressalta a emergência de um paradigma bioético, como ponto de vista específico e unitário da ética sobre a realidade multidimensional e complexa do campo da saúde pública. A bioética, ao referendar a vida, o primeiro dos direitos naturais humanos, no seu duplo aspecto de bem inalienável e de bem-estar, mostra-se como contribuição importante para o pensar e o agir nos procedimentos clínicos desenvolvidos nas unidades públicas de saúde. Este paradigma apresenta-se como fundamentação laica da ética e da moral e contribui, de forma específica, para as reflexões atuais das ciências da saúde. Ou seja, ressalta a importância de uma ética *natural*, como universo discursivo para uma ética em saúde, que permite o diálogo entre as ciências naturais que estudam o homem e aquelas sociais e humanas que visam a subjetividade, tanto individual como coletiva.

Pelo paradigma bioético, o olhar e as modalidades discursivas, possuem uma natureza unicista, holista, pluralista, não necessariamente antiteológica nem

antimetafísica, para o campo da saúde. Os problemas dizem respeito à qualidade das vidas individuais, em que a condição ontológica do humano revela-se como estando vinculada às demais formas biológicas. É um ponto de vista específico e unitário da ética sobre a realidade multidimensional e complexa do campo da saúde. Neste modelo, percebemos uma ética *natural* que se propõe a unir vínculos naturais e possibilidades sócio culturais, sendo sua eticidade proveniente da vida e tendo como fundamento o embasamento ontológico natural da moral.

A ética *natural*, como ponto de vista pertinente para uma abordagem ética da saúde, tem como objeto à norma humana na articulação complexa do homem, como ser vivo, situado e atuante num contexto de como-ser-no-mundo. Mostra-se como ética básica por evidenciar em suas questões, construídas em campo sanitário, a vida em seu aspecto de bem inalienável, aqui entendido como princípio da sacralidade da vida, e de bem-estar para todas as pessoas, este último como princípio de qualidade da vida. Schramm (1996) entende que a ética *natural*, vinda das reflexões das ciências da saúde, mostra-se como contribuição valiosa para o ecumenismo do projeto de ética mundial, atendendo, em parte, à necessidade de uma ética para toda a humanidade.

Nesse aspecto, a eticidade, mencionada pela ética *natural*, relaciona-se mais com a ética da responsabilidade para com as conseqüências do agir do que com a ética da convicção sobre a justeza das ações, submissível à moral. Ética *natural* é, necessariamente, uma moral *encarnada* (Varela 1991), uma competência atuante do próprio agir, constitutiva da subjetividade, da norma humana: sua moradia.

A Clínica psicológica define-se por um dado *éthos*, ou seja, o que define a Clínica é a sua ética: ela está comprometida com a escuta do interdito e com a sua sustentação das tensões e dos conflitos (Figueiredo, 1996). Demanda, por parte do terapeuta, uma qualidade para acolher, ouvir e promover revelações de afetos; compreensão e escuta do pré-verbal para que o impronunciável, acolhido, possa assim traduzir-se, dizer-se. (Morato, 1999).

Figueiredo (1996) lembra que a Clínica nos coloca diante de um outro que, na comunicação de sua história vivida, apresenta-se incontornável pelos conhecimentos representacionais advindos da teoria psicológica, promovendo, dessa feita, desalojamentos no psicoterapeuta. Vem revelar, ainda, que *“clínica é, assim, inclinar-se diante de, dispor-se a aprender – com, mesmo que a meta, a médio prazo, seja aprender – sobre”* (p. 129). Desta forma, esse autor conduz à reflexão de que a experiência ética, no pensamento levinasiano, refere-se a uma vivência que, partindo de um referencial de si-mesmo, de um *em casa* bem instituído, reconhece o outro na sua alteridade irreduzível a qualquer conhecimento teórico, *“o outro resistente a qualquer assimilação ao mesmo, refratário ao idêntico articulado num sistema teórico de capturas conceituais e/ou num sistema tecnológico de controle e manipulação de recursos disponíveis”* (p.130). O sentido ético levinasiano evidencia o valor único do homem.

A atitude que favorece a Clínica não tem a tarefa de produzir um efeito no outro, mediante um processo planejado, mas sim de uma atitude que possa favorecer o desvelar do que não se mostra por si mesmo. A Clínica mostra que é

na ação de clinicar que aprendemos. Sua *técnica* é a de possibilitar o tempo e o espaço de revelação do outro em sua alteridade.

Metaforizando a experiência clínica, na originalidade de sua ética, Figueiredo nos diz que o escutar precede o olhar. Na escuta, o silêncio é abertura, “*coloca o que ouve numa posição mais próxima, passiva, padecente. Não necessita de iluminação para o que pode vir a mostrar-se. Os olhos pedem luz para funcionar... se lançam sobre o mundo iluminado à procura, enquanto os ouvidos esperam silenciosamente*” (1996:131).

Remetendo-me à comunicação do usuário, no tocante às suas experiências na atenção psicológica no CSAM, percebo que o atendimento neste ambulatório está sendo associado, pela comunidade distrital, a uma assistência que cuida das pessoas quando elas apresentam nervosismo, depressão, descontrole emocional, sofrimento na vida sexual-afetiva e/ou quando sentem muito medo ou pânico no desamparo vivido na luta para manter a sua sobrevivência.

Desse modo, constato, nos depoimentos dos usuários, (recorrendo às suas próprias expressões) que a atenção psicológica em nosso ambulatório é vivida como uma experiência de *bem-estar* que permite a escuta de falas contidas. Nesse sentido, a procura pelo atendimento psicológico no CSAM revela ser a assistência um meio para dar sentido às experiências de vida e poder comunicá-las *em* situações de encontro, cria e legitima significados para a existência de aflição em desamparo.

Nesse momento, minha questão acerca do que leva o paciente a buscar o *tratamento* psicológico ambulatorial parece encaminhar uma compreensão

possível: buscar ajuda por sentir uma incapacidade momentânea de se dizer, um apelo de adequação melhor à complexidade móvel de viver. E, pelos depoimentos, os nossos procedimentos parecem estar ajudando ao usuário a recontar suas histórias vividas, possibilitando novas traduções para as suas dificuldades, dando continuidade, no tempo presente, às suas narrativas.

Em alguns depoimentos o usuário refere-se à atenção psicológica, como *experiência de vida*. Tal experiência, na minha compreensão, perpassa como algo marcante no seu viver; marcante, talvez, pelo fato de lhe proporcionar vivências que lhe proporcionam abertura para a possibilidade de trocas de opiniões e de afetos, que contribuem para um dizer a si mesmo no contexto concreto de seu tempo, de seu espaço e no contato com o outro. A atenção no Ambulatório, assim, parece oferecer o que não vem acontecendo em suas trocas afetivas nas interações cotidianas.

O trabalho clínico, mesmo sendo visto como uma situação que pode gerar *conflitos dentro de si*, está sendo experienciado pelo usuário, como um espaço significativo para *por suas emoções* que não pode manifestar em outros contextos. Nesse sentido, nosso trabalho revela-se como possibilidade que não vem sendo contemplada no estilo de vida contemporâneo, por não favorecer brechas para as suas expressões. Ao mesmo tempo, a relação de confiança, estabelecida com o outro, na assistência grupal, vem se constituindo como amparo para as vivências difíceis da sobrevivência.

Estou convencida que é de extrema importância, em nossas ações clínico-ambulatoriais, salientar essa dimensão que gira em torno do viver cotidiano

devendo ser favorecida nos trabalhos clínicos com essa população. Nesse aspecto, estaremos proporcionando um tipo de ajuda que ressalta o cuidado com a vida *em situação*, sendo o profissional/cuidador norteado por procedimentos de escuta, oriundos do próprio lócus existencial do usuário/cidadão, além de propiciar um espaço para a pertença e do coletivo.

Por outro lado, referir-me à pertença e ao coletivo, remeteu-me a problematizar possíveis outros desdobramentos de nossa prática ambulatorial, a partir do sentido de atenção psicológica e prática clínica. Para isso, recorro a outras experiências já em ação no âmbito da saúde.

A assistência médica, no Programa de Saúde da Família transcendeu suas ações ambulatoriais para a comunidade: as casas dos pacientes tornaram-se consultórios, nas quais, o médico e sua equipe detém o foco de atenção às ações primárias que venham a atender o que se revela, emergencialmente, no contexto residencial. Isto, sem dúvida, está permitindo um dimensionamento gigantesco da compreensão e das formas de atendimento às suas demandas específicas.

Uma tal ação de inserção na própria comunidade, como a das práticas médicas, é o que ainda precisa ser descoberto como também uma ação possível e própria do psicólogo. Afinal, como agentes de saúde mental, nessa nova modalidade de atendimento, é relevante considerar a importância de nossa atuação no meio comunitário, junto às famílias, às escolas e a outros centros de convivência. Para tanto, penso que é preciso repensar a nossa abordagem e prática, a fim de atendermos a essas novas exigências da prática clínica, contemplando as carências pessoais e sociais.

Nesse sentido, enquanto não sairmos do ambulatório para uma atuação efetiva no lócus comunitário, é de fundamental importância continuarmos a oferecer espaços de fala, nos quais a intervenção terapêutica seria a de posicionar-se perante o usuário e face ao seu dito, contribuindo para que ele possa assumir toda força simbólica de seu dizer, por um posicionamento concreto, através do qual fala e ação se equivalem. Ao propiciarmos tais espaços de convivência, estaremos colaborando na formação de constelações de vínculos constitutivos do sujeito/cidadão na sua existência pessoal e coletiva. Dessa forma, penso que estaremos ajudando o enraizamento do homem no seu mundo com outros, condição essa que tem se tornado ausente na população assistida e fonte ao meu ver, do sofrimento psicológico e do desamparo, revelado na Clínica dos ambulatórios públicos tão freqüente e intensamente.

Escutar, nos procedimentos clínicos para com esses pacientes, refere-se ao sentido que Paulo Freire (in AmatuZZi, 1989) expressa na sua proposta de alfabetização: permitir a emergência da palavra própria no educando. Diz respeito à disposição a um ouvir que possibilita o falar, refere-se a um posicionamento face aos usuários, ao mesmo tempo em que implica em possível desdobramento em termos de ação e novas experiências.

Reverendo o que foi dito, percebo que é no âmbito da minha experiência com o usuário, vivenciada no encontro da atenção psicológica que me disponho a lhe oferecer, na estranheza que ele produz em nossas interações, que a teoria pode engendrar-se e servir-me como auxílio no acolhimento e nas possibilidades de respostas à sua demanda.

Nessa perspectiva, revela-se o valor da articulação entre teoria e prática, esta podendo ser compreendida como experiência. Considerando que, como apresenta Gendlin (in Morato, 1999), compreender é transformar as experiências afetivo-cognitivas em criação de sentido, a partir de vivências sensíveis e salientando que nas relações entre experiência e discurso representacional é necessário evidenciar a não coincidência, concluo com Figueiredo (1996) que a teoria não deve coincidir com a prática clínica. Ao contrário, deveria, antes, pertencer e dizer respeito a ela. Nas práticas psicológicas, e nelas enfatizo as ambulatoriais, precisamos manter a tensão entre o conhecimento teórico e o tácito sendo relevante pensar sobre suas distâncias e diferenças.

In-concluindo, haveria ainda, muitas outras considerações a serem feitas. Contudo, o valor de uma pesquisa também se revela pelas inúmeras possibilidades de aberturas a explorar e investigar. Deste modo, posso apenas colocar um ponto final neste trabalho, apresentando algumas articulações quanto às aprendizagens significativas que ocorreram durante este processo.

Penso que é preciso criar formas de fazer e de pesquisar na Clínica Psicológica em ambulatórios públicos, abandonando ou relativizando antigas fórmulas das quais a Psicologia precisava assujeitar-se ao paradigma tradicional científico, em que nestas modelizações, fazia-se pesquisa *sobre* o fenômeno clínico com procedimentos objetificadores na dicotomia sujeito/objeto inserida na

tradição moderna de se fazer pesquisa. Precisamos hoje, devido à complexificação do campo sanitário, e em específico o da Clínica Psicológica, criar condições de pesquisa que se aproximem do real desse fazer e que é ação da clínica. Não podemos mais nos manter fixos na produção de conhecimentos *sobre* a clínica psicológica. Precisamos, sim, adquirir conhecimentos do que realmente se faz no âmbito da ação psicológica e de como se faz nas instituições de saúde pública. Lembrando Morato, em suas aulas no Curso de Mestrado em Psicologia Clínica no Recife, “a pergunta que a Clínica pede é o ‘como’, sendo essa a nossa questão”.

Essa autora, ainda nos leva a pensar que, ao nos distanciarmos das referências que nos orientam em nossas práticas, talvez naqueles momentos em que elas já não servem como resposta aos eventos da Clínica, estejamos de fato abrindo possibilidades reais de atendimento às demandas da Rede Pública de Saúde, pois nos desalojam do processo clínico teórico-prático. É somente buscando um outro jeito de olhar que vislumbramos viabilidades de uma abertura outra, envolvendo escolhas e outras maneiras de fazer, permitindo clareiras que iluminam o fazer clínico psicológico. É desconhecendo, desalojando-se, que a abertura de novas possibilidades de ação se constitui, ancorando, dessa feita, o trabalho clínico na experiência tanto do usuário quanto do servidor/cuidador. Finalizo solicitando aos que se *comovem* na assistência em Rede Pública de Saúde a se *locomoverem* para investigar outras dimensões da atenção psicológica que possam contemplar mudanças necessárias ao bem-estar da população assistida.

## Referência Bibliográfica

---

- ALMEIDA, F. M. (1995). *Cuidar de ser uma aproximação do pensamento heideggeriano*. Dissertação de Mestrado, PUC-São Paulo. São Paulo.
- AMATUZZI, M. M. (1989). *O resgate da fala autêntica. Filosofia as psicoterapia e da educação*. Campinas:Papirus.
- BASAGLIA, F. A. (1985). *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal.
- BASAGLIA, F. e ONGARO, B. F. (1976). *La majorité déviante*. Paris VI:Union Générale D'editions.
- BEAINI, T. C. (1981). *A escuta do silêncio: um estudo sobre a linguagem no pensamento de Heidegger*. São Paulo: Cortez, autores associados.
- BENJAMIN, W. (1980). *Poesia y Capitalismo. Ensaio sobre literatura e história da cultura*. Madri: Ed. Taurus. Jesus Aguirre.
- \_\_\_\_\_ (1985). *Magia e Técnica, Arte e política*. Obras Escolhidas, V.I. São Paulo: Brasiliense.
- BERLINGUER, G. (1993). *Questões de vida. Ética, ciência, saúde*. Salvador:APCE.
- BERTI, E. (1991). L'ética alla ricerca della persona. In *Mulino*. Bolonha.
- DIMENSTEIN, M. D. B. (1998). O Psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 53-81.

- FERREIRA, J.R. (1992). La crisis. *OPS*: 233-236.
- FIGUEIREDO, L. C. (1996). *Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. Ed. 2ª São Paulo: Educ, Petrópolis, vozes.
- GENDLIN, E. T. (1984). The client's client: edge of awareness. In levant e Shlien (org.). *Client Centered Therapy and the Person Centered approach: new directions in theory, research and practice*. New York: Pracger Publ.
- GOOLISHIAN, H. A. (1996). Narrativa e Self: alguns dilemas pós-modernos da psicoterapia. Em D. F. Schnitman (org.). *Novos Paradigmas, Cultura e Subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas. 193-203.
- GUATARRI, F. (1992). *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34.
- MACEDO, R. M. S. (1986). *Psicologia e Instituição: novas formas de atendimento*. S. Paulo: Cortez Editora.
- MATURANA, H. (1993). O motor do conhecimento é a paixão. Entrevista de Ivana Bentes, *Caderno idéias/livros*. *Jornal do Brasil*. 365: 132.
- MINAYO, M.C.S. (1992). *O desafio do conhecimento*. São Paulo:HUCITEC
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1987). *Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório Final*. Rio de Janeiro.
- \_\_\_\_\_ (1994). *Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília.

- MOFFAT, A. (1986). *Psicoterapia do Oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular*. Trad. Paulo Esmanhoto. São Paulo: Cortez.
- MORATO, H. T. P. (1999). Aconselhamento psicológico: uma passagem para a transdisciplinariedade. Em H. T. P. Morato (org.). *Aconselhamento Psicológico centrado na Pessoa: novos desafios*. S. Paulo: Casa do Psicólogo. 61-88.
- \_\_\_\_\_ (1989). *Eu-supervisão: em cena uma ação buscando significado-sentido*. Tese de Doutorado. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- POLANY, M. (1959). *The study of man*. Illinois. Universty of Chicago Press.
- PROUST, M. (1956). *No caminho de Swann*. Trad. Mário Quitana. Rio de Janeiro: Globo.
- RABELO, M. C. (1999). *Experiência de Doença e Narrativa*. Miriam Cristina Rabelo, Paulo César Alves, Yara Maria Souza. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz.
- REVERBEL, C. M. F. (1996). Desinstitucionalização: a construção de cidadania e a produção de singularidade. *Psicologia – Ciência e Profissão*, 16, 4-11.
- ROLNIK, S. (1989). *Cartografia Sentimental*. São Paulo: Estação Liberdade.
- ROTELLI, F. et al. (1990). *Desinstitucionalização: uma outra via*. São Paulo: Hucitec.

SCHMIDT, M. L. S. (1990). *A experiência nos meios de comunicação de massa*. Tese de Doutorado. São Paulo: IPUSP.

\_\_\_\_\_ (1999). Aconselhamento Psicológico e Instituição: algumas considerações sobre o serviço de aconselhamento psicológico do IPUSP. Em H.T. P. Morato (org.). *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa: novos desafios*. S.Paulo: Casa do Psicólogo. 89-103 .

SCHRAMM, F. R. (1996). *A terceira margem da saúde: ética natural, complexidade, crise e responsabilidade no saber-fazer sanitário*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.

SPINK, M. J. (org.). (1993). *O conhecimento no cotidiano. As representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense.

TESTA, M. (1992). Salud pública: acerca de su sentido y significado. *OPS* : 205-229.

THIOLLENT, M. (1986). *Metodologia da Pesquisa ação*. São Paulo: Cortez.

VARELA, F. (1992). *Un know-how per l'etica*. Roma-Bari, Laterza.

## Bibliografia

---

- ALVES, J. (1991). O planejamento de pesquisas qualitativas em educação. *Caderno de Pesquisa*. São Paulo (77): 53-61.
- AMATUZZI, M.M. ET AL (1996). *Psicologia na comunidade: uma experiência*. Campinas SP: Editora Alínea.
- BACHELARD, G. (1977). *Epistemologia*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- BINSWANGER, L. (1977). *Três formas da existência malograda*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- BRAIT, B. (org.) (1977). *Bakhtin, dialogismo e construção do sentido*. Campinas, SP: Editora da UNICAMP.
- CARDINI, F.(1993). História, história social, história oral, folclore. In *Psicologia USP*, São Paulo.
- CASSIRER, E. (1972). *Antropologia filosófica: ensaio sobre o homem. Introdução a uma filosofia da cultura humana*. Trad. Vicente Queiroz. Rio de Janeiro: Editora Mestre JOU.
- \_\_\_\_\_ (1994). *Ensaio sobre o homem: introdução a uma filosofia da cultura humana*. São Paulo: Martins Fontes.
- CAPALBO, C. (1998). *Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia da Alfred Schutz*. Londrina: Editora UEL. 2 edição.
- FEYRABEND, P. (1991). *Adeus à razão*. São Paulo:Edições 70

- FRAGA, G. (1985). Husserl: Fenomenologia e Lógica Transcendental. In *Revisa Portuguesa de Fenomenologia*. Actas do II Colóquio Português de Fenomenologia. Braga, fasc. 4.
- FRAGATA, J. (1985). Fenomenologia e Gnosiologia. In *Revista Portuguesa de Fenomenologia*. Actas do II Colóquio Português de Fenomenologia. Braga, fasc. 4.
- FOUCAULT, M. (1999). *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- GENDLIN, E. (1978). Befindlichkeit: Heidegger and the Philosophy of Psychology. In *Review of existencial Psychology and Psychiatry*, 16(1-3), 43-71.
- GOFFMAM, E. (1996). *Manicômio, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva. 5 edição.
- GUATARRI, F. e ROLNIK, S. (1993). *Micropolítica: cartografia do desejo*. Petrópolis: vozes.
- HUSSERL, E. (1907). *A idéia da fenomenologia: textos filosóficos*. Trad. Artur Morão. São Paulo: Edições 70.
- LINS, D.S. (org.) (1997). *Cultura e Subjetividade: saberes nômades*. Campinas SP: Papyrus.
- JAQUES, M.G.C. et al (1995). *Relações sociais e ética*. Porto Alegre: ABRAPSO.
- KOCH, I. V. (1997). *A inter-ação pela linguagem*. São Paulo: Contexto. 3 edição.
- LIPOVETSKY, G. (1996). *La era Del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Trad. Joan Pendanx. Barcelona: Editorial Anagrama.
- LORAU, R. (1993). *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ.

- LYOTARD, JEAN-FRANÇOIS. (1993). *O Pós-moderno*. Trad. Ricardo Barbosa. Rio de Janeiro: José Olympio.
- \_\_\_\_\_. (1954). *A Fenomeologia*. Trad. Armindo Rodrigues. São Paulo: Edições 70.
- LOPES-ANCONA, M. (1999). Teoria e Prática Clínica. In *Interações, estudos e pesquisas em Psicologia*. São Paulo, v. IV, 7.
- QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: gradativa. 2 edição.
- MARCUSCHI, L. A. (1986). *Análise da Conversação*. São Paulo: Editora Ática.
- MEITY, J. C. S.B. (1996). *Manual de história oral*. São Paulo: Edições Loyola.
- MORATO, H.T.P. (1999). Práticas psicológicas: formação de multiplicadores sociais e redes de apoio em saúde mental. In *Interações. Estudos e pesquisas em Psicologia*, São Paulo, v. IV, 7.
- MORIN, E. (1996). *Ciência com Consciência*. Trad. Maria Alexandre e Maria Dória. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- MORUJÃO, A. F. (1985). O problema da intersubjetividade na Fenomenologia de Husserl. In *Revista Portuguesa de Fenomenologia*. Braga, fasc. 4.
- RENAULD, M. (1985). Fenomenologia e Hermenêutica. O projeto filosófico de Paul Ricoeur. In *Revista Portuguesa de Fenomenologia*. Braga, fasc. 4.
- RIKOEUR, P. (1995). *Tempo e Narrativa*. Trad. Manna Apenzalier. Campinas: Papyrus.
- ROSA, J. G. (1985). *Tutaméia*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 6 edição.
- SANTOS, B. S. (1993). *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Edições Afrontamentos.

SARTRE, JEAN-PAUL. (1965). *Esbôço de uma teoria das emoções*. Trad.

Fernando Ferro. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

SCHMIDT, M. L.S. (1994). O passado, o mundo do outro e o outro mundo: tradição oral e memória coletiva. In *Imaginário USP*, 2, 89-100.

\_\_\_\_\_ (1999). Ecletismo e dogmatismo na adesão às teorias psicológicas. In *Interações, estudos e pesquisas em Psicologia*. São Paulo, v. IV, 7.

\_\_\_\_\_ (1997). Identidade, pluralidade e diferença: notas sobre Psicologia Social. In *Boletim de Psicologia*. Vol. XLVII n 106.

SIMSON, R. M. (1988). Experimentos com histórias de vida (Itália-Brasil). São Paulo: Edições Vértice.