

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA - PRAC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LABORATÓRIO DE CLÍNICA FENOMENOLÓGICA EXISTENCIAL - LACLIFE

MARIA DO ROSÁRIO CAVALCANTI DA SILVEIRA

**Quando se abre a janela: uma compreensão fenomenológica sobre a prática psicológica
em uma policlínica do Recife-PE**

Recife
2016

MARIA DO ROSÁRIO CAVALCANTI DA SILVEIRA

Quando se abre a janela: uma compreensão fenomenológica sobre a prática psicológica em uma policlínica do Recife-PE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Profa. Dra. Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto

Coorientadora: Profa. Dra. Simone Dalla Barba Walckoff

Recife
2016

S586qSilveira, Maria do Rosário Cavalcanti da
Quando se abre a janela : uma compreensão fenomenológica sobre a prática
psicológica em uma Policlínica do Recife-PE / Maria do Rosário Cavalcanti da
Silveira;orientadora Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto ;co-orientadora
Simone Dalla Barba Walckoff, 2016.
86f .

Dissertação (Mestrado) -Universidade Católica de Pernambuco.Pró-reitoria
Acadêmica. Coordenação Geral de Pós-graduação. Mestrado em Psicologia
Clínica,2016.

1. Psicologia clínica. 2.Fenomenologia existencial. 3. Práticas psicológicas.
4. Escuta (Psicologia). 5. Entrevistas em psicologia - Recife (PE).6. Psicanálise.
I. Título.

CDU 159.964.2

Nome: Silveira, M. R. C.

Título: Quando se abre a janela: uma compreensão fenomenológica sobre a prática psicológica em uma policlínica do Recife-PE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: _____/_____/_____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto (orientadora)

Instituição: Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Simone Dalla Barba Walckoff (coorientadora)

Instituição: Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Ana Lúcia Francisco (examinadora interna)

Instituição: Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Sílvia Raquel Santos de Moraes (examinadora externa)

Instituição: Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF

Assinatura: _____

Com gratidão a Deus e a meus amados pais, Rejane
Silveira e Aldemir Silveira, pelo apoio, amparo e amor
que possibilitaram o aprendizado e a motivação
necessários à realização desta dissertação.

AGRADECIMENTOS

Aos amigos e professores do Laboratório de Clínica Fenomenológica Existencial, pela disponibilidade em contribuir com a ampliação da compreensão acerca da temática desta dissertação.

Aos meus professores no Mestrado e a todos os professores que me ajudaram, de algum modo, a realizar este trabalho.

À querida amiga Danielle Siqueira Leite, pelo apoio constante e por suas contribuições para elaboração deste trabalho.

Aos estagiários e voluntários do serviço de Plantão Psicológico da UNICAP entre os anos 2014 – 2015, por possibilitarem questionamentos relevantes acerca da intervenção do psicólogo.

Às psicólogas entrevistadas, pela disponibilidade, entusiasmo e entrega no compartilhamento de suas experiências, fundamentais na realização deste trabalho.

Aos colegas da 16ª turma de Mestrado em Psicologia da UNICAP, pelas interlocuções que possibilitaram esclarecimentos a respeito das temáticas estudadas.

Aos queridos amigos Jailton Melo e Silvana Santana, que me acompanharam na difícil jornada de entrega ao desconhecido e possibilitaram um aprendizado mais divertido.

À Profa. Dra. Sílvia Raquel Santos de Moraes, pela leitura deste trabalho e por suas interrogações e sugestões, possibilitando reflexões relevantes que contribuíram para sua elaboração.

À Profa. Dra. Ana Lúcia Francisco, pelo carinho, acolhimento e incentivo constantes, e por contribuir para meu aprendizado e para a elaboração deste trabalho.

À Profa. Dra. Simone Dalla Barba Walckoff, pela sua disponibilidade, escuta, calma, doçura e incentivo durante todo o processo de realização deste trabalho.

À Profa. Dra. Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto, por tanto contribuir e incentivar meu aprendizado, acolhendo, de modo sábio, sereno e acalentador, minhas inquietações e engajando-se nos meus projetos junto a mim.

Não basta abrir a janela
para ver os campos e o rio.
Não é o bastante não ser cego
para ver as árvores e as flores.
É preciso também não ter filosofia nenhuma.
Com filosofia não há árvores: há idéias apenas.
Há só cada um de nós, como uma cave.
Há só uma janela fechada, e o mundo lá fora;
E um sonho do que se poderia ver se a janela
se abrisse,
Que nunca é o que se vê quando se abre a
janela.

Alberto Caeiro

RESUMO

Silveira, M. R. C. (2016). *Quando se abre a janela: uma compreensão fenomenológica sobre a prática psicológica em uma policlínica do Recife-PE*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

A prática psicológica é atravessada por determinações institucionais que podem interferir no modo como ela é exercida. Em algumas instituições, a porta de entrada do paciente se configura por uma prática já definida, caracterizada como triagem, voltada para o esclarecimento da queixa com vistas a um encaminhamento, sem a participação dele no processo. Diante de tal quadro, pergunta-se: como os pacientes que procuram atendimento nas Policlínicas, vinculadas aos serviços públicos de saúde, têm sua demanda acolhida? Mais ainda, questiona-se se a prática exercida está em sintonia com a realidade sócio-cultural e experiencial do sofrimento trazido como motivo da consulta. Por fim, será viável pensar em modos do fazer psicológico que atendam às reais necessidades da população, apesar dos vieses institucionais? Para problematizar tais questionamentos, a pesquisa desenvolvida teve como objetivo geral compreender a experiência de psicólogos que exercem sua prática em Policlínicas públicas. Para tanto, foi tomada como referência a perspectiva fenomenológica existencial ao modo de Heidegger, e a compreensão de prática psicológica suscitada por tal orientação, e já desenvolvida em outras pesquisas por profissionais vinculados a tal perspectiva. Buscou-se, então, compreender a prática exercida pelos psicólogos lotados na Rede Municipal de Saúde do Recife-PE que atendessem aos usuários de Policlínicas públicas. Foram entrevistadas três psicólogas com mais de quinze anos de experiência atendendo nesses serviços, independente de idade, sexo e orientação teórica. A pesquisa foi de natureza qualitativa, de cunho fenomenológico existencial, e utilizou, como estratégia para “colher” a experiência das psicólogas, a entrevista/narrativa, que se apresenta como possibilidade de entrar em contato com a dimensão circunscrita das experiências dos profissionais participantes. Foi, também, utilizado o Diário de Bordo da pesquisadora, que contemplou os depoimentos escritos a próprio punho por esta, disposta a compartilhar suas impressões, observações e sentimentos experienciados. Para análise e compreensão das experiências relatadas, foi utilizada a “Análise do Sentido” como proposto por Critelli. A pesquisa realizada aponta para a insuficiência da formação acadêmica para o atendimento à demanda de quem procura por atendimento psicológico no contexto da Policlínica; assim como para a falta de clareza quanto à atividade psicológica exercida pelas psicólogas nessa instituição. Tal dificuldade está associada a certo desconforto e incômodo frente às “normativas” institucionais, a falta de uma rede de apoio articulada e a ausência de uma equipe interdisciplinar. Diante de tal contexto, a pesquisa aponta para desmotivação diante do poder instituído e de um trabalho solitário, sinais que podem indicar a necessidade de repensar a prática psicológica no contexto da saúde pública.

Palavras-chave: Policlínica. Saúde Pública. Fenomenologia Existencial. Prática Psicológica.

ABSTRACT

Silveira, M. R. C. (2016). *When you open the window: a phenomenological understanding of the psychological practice in a polyclinic from Recife-PE*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

The psychological practice is crossed by institutional determinations that can interfere in the way in which it is exercised. In some institutions, the patient's entrance door is formed by an already defined practice, characterized as screening, aimed at clarifying the complaint with a view to a referral, without his participation in the process. Faced with such a framework, we ask: how do patients who seek care in the Polyclinics, linked to public health services, have their demand met? Moreover, it is questioned whether the practice practiced is in tune with the socio-cultural and experiential reality of the suffering brought about as a reason for the consultation. Finally, is it feasible to think of ways of doing psychologically that meet the real needs of the population, despite institutional biases? In order to problematize such questions, the research developed had as general objective to understand the experience of psychologists who practice their practice in public polyclinics. For that, the existential phenomenological perspective in Heidegger's way, and the understanding of psychological practice raised by such orientation, and already developed in other researches by professionals linked to such perspective, were taken as references. It was then sought to understand the practice practiced by the psychologists in the Municipal Health Network of Recife-PE that would serve the users of public polyclinics. Three psychologists with more than fifteen years of experience attending these services were interviewed, regardless of age, gender and theoretical orientation. The research was of a qualitative nature, with an existential phenomenology, and used as a strategy to "gather" the experience of the psychologists, the interview / narrative, which presents itself as a possibility to get in touch with the circumscribed dimension of the experiences of the participating professionals. It was also used the diary of the researcher, who contemplated the statements written by her own hand, willing to share her impressions, observations and feelings experienced. For the analysis and understanding of the experiences reported, the "Analytic of the Sense" was used as proposed by Critelli. The research carried out pointed to the insufficiency of academic training to meet the demand of those seeking psychological care in the context of the Polyclinic; As well as for the lack of clarity regarding the psychological activity performed by psychologists in this institution. This difficulty is associated with some discomfort and discomfort in the face of institutional "norms", the lack of an articulated support network and the absence of an interdisciplinary team. Faced with such a context, the research points to a lack of motivation in the face of instituted power and solitary work, signs that may indicate the need to rethink the psychological practice in the context of public health.

Keywords: Polyclinic. Public Health. Existential Phenomenology. Psychological Practice.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 A PSICOLOGIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS POLICLÍNICAS	14
1.1 “Passeando” por entre veredas: histórico da prática psicológica no SUS	15
1.2 Policlínicas	22
2 PRÁTICA PSICOLÓGICA E O SER-NO-MUNDO: AÇÃO CLÍNICA COMO POSSIBILIDADE DE CAMINHAR JUNTO AO PACIENTE	25
2.1 Encontro: outra possibilidade de experimentar(-se) (n)o mundo	25
2.2 Contribuições da Fenomenologia Existencial	27
2.3 Prática psicológica e ação clínica	32
3 NOSSO CAMINHAR: A NARRATIVA COMO VIA DE ACESSO À EXPERIÊNCIA	34
3.1 Companheiros de expedição das pesquisadoras	36
3.2 Modo de caminhar	37
3.3 Meios de acesso às experiências	38
3.4 Como se deu o acesso às experiências	41
3.5 Para compreender as entrevistas	42
4 O QUE “VERDES”? (DES)VELAMENTOS A PARTIR DAS NARRATIVAS	45
4.1 Cantinho das cadeiras verdes e marcação de consultas	47
4.2 O espaço físico e o fazer-saber das psicólogas	53
4.3 Desconforto vivenciado pelas psicólogas	61
4.4 Desarticulação da equipe e falta de comunicação com a Rede	68
5 DEIXANDO A JANELA ABERTA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	79

INTRODUÇÃO

Os encontros com diversas configurações da prática psicológica, ao longo da minha formação em Psicologia, possibilitaram a emergência de algumas reflexões e o interesse na realização da pesquisa que será desenvolvida nesta dissertação, cujo objetivo foi compreender a experiência de psicólogos que exercem sua prática em Policlínicas públicas. Com o intuito de facilitar a compreensão sobre o fenômeno que envolveu e envolve a realização deste trabalho, vou iniciar narrando o percurso trilhado para chegar ao tema estudado.

A prática psicológica realizada em clínica-escola me possibilitou algumas compreensões significativas. Entre elas, resalto a experiência com um trabalho de iniciação científica vinculado a um projeto de Psicodiagnóstico Colaborativo¹. Em tal contexto, compreendi que o contato com o paciente² pode ser um momento de acompanhá-lo em seu processo de dar conta/cuidar de sua demanda. Isso me impactou muito porque até então eu acreditava que o psicólogo deveria ajudar as pessoas, principalmente as crianças, dizendo-lhes como melhor proceder diante de seu sofrimento, pois, uma vez que estavam sofrendo, ele poderia confortá-los com algum esclarecimento.

Posteriormente, a experiência no estágio em Psicologia Clínica, realizado durante a formação acadêmica, também em clínica-escola, possibilitou-me perceber que o exercício da prática psicológica era influenciado pelos protocolos da instituição onde esta era exercida. Tais protocolos estavam em consonância com as perspectivas da clínica psicológica tradicional consultorial, seguindo o modelo biomédico³, indicando previamente modos de fazer pautados e creditados por procedimentos já definidos pelas práticas psicológicas. Assim,

¹ Psicodiagnóstico inspirado na abordagem fenomenológica existencial de Heidegger, denominado assim por Yehia (2004), o qual propõe um modelo interventivo diferente do tradicional. Nesse modelo, pretende-se acolher a demanda do paciente desde o primeiro contato. O psicólogo que se propõe a trabalhar com essa modalidade não vai tentar persuadir seu paciente a um posicionamento, mas irá focar na explicitação da experiência, o que o possibilita apontar sua compreensão sobre ela, e ao paciente, apropriar-se de seu modo de estar-no-mundo. Assim, importa tanto o que o psicólogo sente do encontro, quanto o que o paciente sente emergir desse momento, sendo este também considerado um colaborador do processo.

² Referente a *pathos*, que quer dizer sofrimento. Ao longo deste trabalho, faremos referência à pessoa que será ou foi atendida por psicólogo no serviço de saúde, chamando-a de usuário ou paciente. Não faremos distinção, por considerarmos ambas denominações como referindo-se àquele que sofre e procura cuidado.

³ As expressões referentes à “clínica psicológica tradicional” e “clínica psicológica consultorial”, encontradas ao longo desse trabalho, aludem à prática psicológica exercida de modo a seguir o modelo biomédico de atendimento à saúde. Desse modo, a prática está voltada para diagnóstico, tratamento e eliminação dos sintomas. Estes são tratados numa perspectiva de paciente portador de sofrimento intrapsíquico.

o modo como os serviços eram oferecidos já estavam pré-definidos, ficando o encaminhamento atrelado à explicitação da queixa e ao esclarecimento da história do caso.

Neste momento, questionei-me se a demanda da população poderia ser acolhida em serviços ofertados que não questionam o contexto em que a prática psicológica é exercida nem a população atendida. Serviços que partem da aplicação de modelos prévios, com ênfase no atendimento individual, seguindo o modelo biomédico. É relevante ressaltar que tais modelos refletem parte da construção histórica e epistemológica da Psicologia, tendo sua importância e coerência para a constituição da prática psicológica. A questão aqui apresentada é a utilização desses modelos sem uma compreensão da situação revelada por cada paciente e do contexto onde a prática psicológica é exercida. A simples transposição de uma modalidade de prática pode não acolher a demanda da clientela e da instituição onde é exercida. Desse modo, convém explicitar que não pretendemos questionar a “eficácia” da clínica tradicional, apenas questiona-se: essa proposta, embasada no modelo biomédico consultorial e individual, pretende dialogar com as demandas do coletivo ou foca-se no intrapsíquico?

Importa indicar que a experiência de estágio na clínica-escola vai apontando para a insuficiência de tal perspectiva no atendimento às demandas que vão apresentando-se, exigindo uma reflexão sobre o atendimento à clientela e à proposta da instituição. Na sua maioria, as pessoas buscavam atendimento para esclarecer dúvidas, desabafar seu sofrimento e “pensar” outro modo para continuar a viver, havendo, portanto, a necessidade de atender à singularidade do sofrimento de quem procurava.

Ainda durante esses atendimentos realizados na clínica-escola, alguns pacientes que haviam sido atendidos, anteriormente, em instituições públicas de saúde, muitas vezes indicavam que não desejavam retornar a esta e que também não haviam concluído a proposta terapêutica estabelecida, assim como não compareceram ao serviço ao qual foram encaminhados. Tais depoimentos suscitaram a inquietação de conhecer de que modo ocorria a prática psicológica nessas instituições.

A partir dessa inquietação, e na busca de ampliar meu campo de conhecimento sobre as práticas ofertadas em instituições de saúde, cursei uma pós-graduação *lato sensu* “Famílias e Intervenções Psicossociais”, a qual apresentou outras possibilidades compreensivas com relação ao fenômeno estudado e me aproximou da compreensão de uma intervenção que considerasse outras dimensões do paciente, além do intrapsíquico. O referido curso ressaltou, ainda, condições de desigualdade social e como estas poderiam interferir na prática psicológica realizada em instituição.

Entretanto, apesar de tal ressalva, fui deparando-me com outra indagação. Será que as práticas psicológicas exercidas em instituições públicas de saúde, mesmo considerando as desigualdades sociais ressaltadas, poderiam acolher a dinâmica da demanda e contemplar as diversas dimensões do sofrimento narrado?

Ainda inquieta, continuei a caminhada e iniciei o curso de Mestrado em Psicologia Clínica, com o intuito de buscar compreender a prática realizada no contexto da saúde pública a partir de um olhar inspirado nos pressupostos da Fenomenologia Existencial. Tal perspectiva, já contatada na iniciação científica e no estágio, orientou a escolha da linha de pesquisa, uma vez que, nela, desenvolvia-se outra possibilidade de compreensão e de encaminhamento da prática exercida em instituições, mais vinculada a uma abordagem compreensiva, na qual o psicólogo não busca conduzir o paciente, mas se dispõe a estar-com ele, acompanhando-o em seu processo de dar conta de sua existência. Esse “estar-com” pode ocorrer por meio de modalidades de prática psicológica diversas, tais como: Psicoterapia, Plantão Psicológico, Oficinas de Criatividade, Psicodiagnóstico Colaborativo, dentre outras.

Tendo explicitado o percurso e tentando delinear meu problema de pesquisa, parti do pressuposto de que a Fenomenologia Existencial poderia possibilitar o questionamento da proposta teórica que norteia a prática psicológica tradicional, bem como ampliar minha compreensão de ação clínica e de outros modos de exercer a prática do psicólogo em instituições de saúde.

Já delineado o campo, outras indagações emergiram: Existiriam protocolos que orientam a prática psicológica em instituições de saúde? Caso existam, será que interferem nas intervenções exercidas? Além disso, como os psicólogos se sentem trabalhando nesse tipo de instituição? Eram muitas as dúvidas e cada vez mais aumentava meu interesse, ao mesmo tempo em que eu não sabia por onde começar e nem o que iria encontrar, e nem como.

Considerando a amplitude do cenário de prática do psicólogo em instituições públicas de saúde, optei por pesquisar a prática psicológica nos serviços ofertados pelas Unidades Ambulatoriais denominadas Policlínicas. Tal escolha permitiu fazer um recorte do campo pesquisado e apresentou possibilidades para compreender a prática do psicólogo, considerando a atual configuração do Sistema de Saúde.

Inicialmente, busquei encontrar como poderia definir a prática psicológica em nível ambulatorial. A consulta, realizada em banco de dados, apontou para a predominância de trabalhos realizados em ambulatórios hospitalares, que apresentam práticas diferentes das encontradas em Policlínicas. Essas publicações, no contexto hospitalar, salientam a falta de

esclarecimento sobre a função do psicólogo nesses serviços de saúde (Silva & Kruehl, 2012; Marcon, Luna & Lisboa, 2004).

Ao voltarem-se para as Policlínicas, as pesquisas consultadas enfocam, principalmente, as condições físicas e estruturais do ambiente de trabalho. Poucas problematizam sobre a prática psicológica neste contexto e, ao fazerem, consideram que se encontra em construção, devendo questionar o modelo assistencialista assumido. Ressaltam, ainda, a importância do tencionamento entre teoria e prática na “escolha” da proposta de prática a ser exercida (Cimino & Barreto, 2013; Santana, 2009).

É importante esclarecer que não pretendemos propor, nesse capítulo, modelos para a prática do psicólogo, mas compreender como foi inserida na saúde pública e com quais propostas de intervenção. Feita essa observação, a presente pesquisa pretendeu, então, compreender a experiência de psicólogos que exercem sua prática em Policlínicas públicas, buscando ressaltar algumas dimensões da prática exercida, além de tentar desvelar possíveis compreensões que possam advir do diálogo com a perspectiva fenomenológica existencial, ao modo de Heidegger.

A escolha em dialogar com o pensamento de Heidegger justifica-se pela relevância dos questionamentos críticos que apresenta e que possibilitam reflexões que põem em xeque as premissas teórico-metafísicas que fundamentam as teorias psicológicas. Desse modo, parti do pressuposto de que a hermenêutica assumida na Analítica Existencial de Heidegger, ao privilegiar a dimensão temporal da existência humana, pode oferecer, enquanto pressuposto ontológico, novas possibilidades de tematização dos fenômenos psicológicos e da prática psicológica.

Considerando o objetivo da presente pesquisa, este trabalho foi dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo, apresentamos uma contextualização do campo da pesquisa, caracterizando, inicialmente, a prática psicológica em saúde pública, através de uma breve explanação sobre seu percurso histórico e, em seguida, o funcionamento das Policlínicas em meio às contribuições desse histórico. No segundo capítulo, o modelo de clínica tradicional consultorial individual, ancorado no modelo biomédico, é questionado, e outra possibilidade de pensar a prática psicológica é discutida. Neste contexto, são apresentadas as contribuições de autores que discutem sobre a prática enquanto ação clínica (cuidado), a partir do olhar fenomenológico existencial. No terceiro, a metodologia de pesquisa é apresentada. E, finalmente, no quarto capítulo, as compreensões acerca das experiências das psicólogas entrevistadas são discutidas e articuladas com a perspectiva teórica assumida no presente estudo.

A pesquisa revelou a insuficiência do modelo biomédico e do modelo centrado numa perspectiva intrapsíquica para dar conta da demanda que chega ao contexto da Policlínica. Vale, ainda, destacar que as psicólogas denunciam a burocratização do sistema de marcação, o que, na visão delas, dificulta o acolhimento da população, além de não possibilitar uma atitude de problematização das práticas exercidas entre os diversos profissionais/especialistas. Apresentam questionamentos que não são considerados pela gerência, gerando desconforto e não satisfação com o atendimento psicológico realizado no contexto da Policlínica. Por fim, observou-se que não há espaço, na instituição, para uma discussão entre os profissionais, com relação aos casos atendidos e aos encaminhamentos realizados.

1 A PSICOLOGIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS POLICLÍNICAS

Neste capítulo, iremos focalizar a prática do psicólogo no contexto da saúde pública no Brasil. Iniciaremos por um percurso que objetiva acompanhar como tal prática se foi consolidando no cenário profissional. Ao seguirmos tal percurso, constatamos a necessidade de uma breve revisão sobre as concepções de prática psicológica que se desenvolveram ao longo da história da Psicologia.

Em tal conjuntura, pudemos perceber que a ação do psicólogo em instituições de saúde estava direcionada para uma concepção tradicional de Psicologia Clínica que engloba atividades de psicoterapia e psicodiagnóstico (Ferreira Neto, 2004), voltada para a dimensão consultorial e intrapsíquica. No entanto, quando questionamos a prática do psicólogo em instituições de saúde, não podemos deixar de considerar os interesses sociais e econômicos que norteiam as políticas públicas, o que gera a necessidade de um posicionamento crítico constante, considerando a clientela atendida e a proposta da instituição. Nessa direção, o autor supracitado chama atenção para:

Assimilar essa mudança à simples adequação do instrumental técnico para a atuação com as classes populares, sem colocar em xeque a concepção de subjetividade implicada nessas novas práticas, acarreta na manutenção de um modelo de clínica consoante à flexibilização, no sentido neoliberal recente, mantendo sua função normalizadora de produção de subjetividades a serviço do controle social (p.94).

Outro marco que merece destaque no percurso histórico da Psicologia é o impacto que a Reforma Sanitária, na década de 1970, vem trazer para a formação e ação do psicólogo. Tal reforma propõe uma nova política de saúde pública, o que contribuiu para transformações na organização do Sistema de Saúde e na atuação do psicólogo. Iniciaremos, assim, a explanação do percurso histórico, com uma breve contextualização sobre a regulamentação da prática psicológica no Brasil até o momento atual, passando por sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS). Posteriormente, iremos contextualizar o campo de pesquisa, apresentando as Policlínicas como instituições de saúde.

1.1 “Passeando” por entre veredas: histórico da prática psicológica no SUS

Para ampliar as discussões trazidas nesse capítulo, precisamos refletir, primeiro, sobre a metáfora do subtítulo “*Passeando*” por entre veredas. Passear vem de passar, do latim *passare*, que significa caminhar. Caminhar vem de caminho, do Latim vulgar *camminum*, derivado do Indo-Europeu *gam* (andar, deslocar-se). Nessa direção, passear implica em deslocamento. Deslocar vem do latim *des* (fora), *locare* (colocar), que vem de *lócus* (lugar) (Albuquerque, 2011). Assim, “passear” por entre veredas significa um deslocar-se e ir na busca de possibilidades compreensivas a partir de caminhos possíveis. Dito isto, veremos que o caminhar agora apresentado parte de um lugar – a prática psicológica tradicional – e caminha por veredas na busca de outras possibilidades para pensar a prática do psicólogo.

Antes mesmo de sua regulamentação, a atuação em Psicologia vinha sendo guiada e se reconstituindo a partir do que era demandado, tanto pela população quanto por instituições e profissionais. De acordo com Baptista (2010, p. 172), Bernardes, em 2004, mostra que o início da industrialização no país, na década de 1930, e o crescente processo de urbanização, já demandavam ações psicológicas não apenas para favorecer a organização do trabalho, mas, também, para atuar nas escolas e, principalmente, no atendimento a crianças em clínica privada. Segundo ele, a meta nacionalista daquele momento era possibilitar a construção de um homem novo para um país novo, e a fundamentação dessa meta era buscada no positivismo e no tecnicismo, com a Psicologia funcionando como um apoio.

Isso porque junto ao crescente processo de industrialização, esse movimento nacional carregava influências do modo de funcionar das sociedades industriais europeias. O ritmo acelerado da vida urbana conduziu a população ao individualismo e ao isolamento (Moreira, Romagnoli & Neves, 2007), e a classe detentora dos meios de produção, que estava em maior ascensão financeira que o proletariado, queria manter esta dinâmica social. Assim, “o surgimento das ciências humanas, inclusive o da Psicologia, esteve ligado aos interesses da nova detentora dos poderes político, econômico e social: a burguesia” (p. 614).

Na década de 1950, houve enorme preocupação pela modernização dos padrões industriais, pela expansão de órgãos públicos e com a modernização do sistema de ensino, em especial universitário, de modo a servir às necessidades de desenvolvimento do país.

Os projetos que pediam pela regulamentação da profissão e da formação, nessa época, segundo Baptista (2010, p. 184, *itálico da autora*), defendiam o trabalho do psicólogo nos serviços de Psicologia com as seguintes atribuições: trabalhar em serviços de Psicologia

aplicada à educação e ao trabalho, dirigir e realizar diagnósticos, aplicar, avaliar e interpretar testes, aconselhamento psicológico, seleção e orientação profissional e realizar “orientação educacional e *solução de problemas de ajustamento* que não se enquadrassem na área da psicopatologia, específica da profissão médica”.

Este último porque os psicólogos, considerados como técnicos a serviço de, estavam subordinados aos médicos quanto às decisões sobre os pacientes. Fato que acontece ainda hoje, mas de forma atenuada. O modelo biomédico predomina na área de saúde e influencia a prática do psicólogo, dando ênfase ao diagnóstico, tratamento e resolução do sofrimento. O imaginário desse modelo ainda perdura, tanto por profissionais da saúde, incluindo os psicólogos, quanto pelos pacientes (Rutsatz & Câmara, 2006).

A profissão só foi regulamentada a partir da lei nº 4119, de 27 de agosto de 1962; no entanto, como mencionado, “apesar da falta de regulamentação, a Psicologia já era conhecida e vinha sendo praticada em nosso país há algumas décadas. Estima-se que essa ciência esteja presente no Brasil há pelo menos cem anos” (Silva Júnior, Cantarini & Prudente, 2006, p. 163).

O primeiro anteprojeto de lei sobre a formação e a regulamentação da profissão foi apresentado em novembro de 1953 ao Ministério de Educação e Cultura, sendo organizado por alguns profissionais do Rio de Janeiro filiados à Associação Brasileira de Psicotécnica. Segundo Baptista (2010, p. 175), o memorial que acompanhou o anteprojeto apresentava necessidades sociais que exigiam “as atividades de orientadores educacionais, psicologistas⁴ escolares, professores para anormais e desajustados, selecionadores de pessoal, conselheiros de formação profissional, técnicos em psicodiagnóstico e em ajustamento psicológico”.

As circunstâncias desse período requeriam trabalhadores com “boa saúde” mental; por isso, os candidatos aos cargos eram avaliados de acordo com um padrão de normalidade que comprovaria se estariam aptos ou não. Consonante a esse modelo, o cenário da prática psicológica apresentou interesses de controle e dominação social. Herdeira do modelo biomédico, tratava o “doente” para que ele se adequasse à vida em sociedade (Moreira et al., 2007) e aquelas pessoas que não correspondessem ao tratamento eram consideradas desadaptáveis.

Com o intuito de melhorar, progredir, os psicólogos eram responsáveis em entender o que seria melhor para o paciente e tinham a autoridade de aconselhá-lo. Nesse sentido, esse

⁴ Baptista (2010) destaca que Anita Cabral publicou um artigo em 1953, no qual ressalta os requisitos básicos para a formação de psicologistas, esses seriam: preparo específico, teórico, experimental e prático. O termo “psicologista” referiu-se ao profissional da Psicologia, que não deveria ser um simples técnico ou cientista, mas unir em sua prática uma perspectiva experimental, teoria e habilidade técnica para a compreensão do humano.

modelo poderia contribuir para um atendimento assistencialista, uma vez que não estimulava o paciente para que se implicasse no processo de atendimento e pudesse apropriar-se de sua demanda. Desse modo, os psicólogos precisariam tentar “melhorar” os que não estivessem no padrão, sendo sua prática focada na adaptação dos comportamentos e na eliminação dos sintomas. Esse modo de pensar sugeria modos de ser que deveriam ser comuns a maioria das pessoas, desconsiderando sua singularidade.

Além disso, mostrava-se necessária rapidez na resolução da problemática apresentada (Lo Bianco, Bastos, Nunes & Silva, 1994), sendo a doença, o distúrbio, o transtorno, expressões de uma situação propriamente individual do paciente. E o sigilo, o segredo diante do que se escutava, era considerado indispensável ao processo terapêutico e sustentou a visão de que a prática deveria ser necessariamente individual (Moreira et al., 2007).

Dizer desse enfoque individualizado sobre a doença e a prática psicológica, indica que não havia uma leitura interdisciplinar além desse olhar médico e especialista. Fato que perdura ainda hoje em algumas práticas psicológicas e que traduz a hegemonia do saber biomédico. Lembremo-nos de que esse saber se articula a uma prática corretiva e de eliminação dos sintomas. Daí a necessidade de pensar a prática em saúde, realizada por todos os profissionais, não só os psicólogos, que busque “reconstruir, a partir dos problemas e tensões apontados, uma atenção integral à saúde de indivíduos e comunidades” (Ayres, 2009, p. 18).

Pensando nessa atenção, o autor propõe um acolhimento e uma escuta nos atendimentos médicos, salientando que “é preciso ouvir mais. Ouvir mais porque o relato das pessoas na orientação do raciocínio diagnóstico e terapêutico foi sendo progressivamente substituído pelo impressionante arsenal de tecnologias diagnósticas, terapêuticas e prognósticas desenvolvidas ao longo do século XX” (Ayres, 2009, p. 18).

Precisamos, então, de uma prática interdisciplinar, que esteja aberta a não focar em especialidades, mas a promover uma atenção integral e contextualizada, através de uma equipe em que as especialidades se articulem.

Retomando o percurso histórico da Psicologia no Brasil, importa ressaltar que, por volta de 1964, em meio ao clima de repressão da Ditadura Militar, o trabalho dos psicólogos consistia, principalmente, na adaptação e no ajustamento das pessoas. A prática vigente exercida apresentava-se assim: modalidades de psicodiagnóstico e terapias individuais e grupais; atividades em consultórios particulares para segmentos sociais mais abastados; tratava-se de uma atividade autônoma do psicólogo, trabalhando como profissional liberal (o que poderia lhe dar *status* social); um trabalho apoiado no enfoque intraindividual, centrado

em um indivíduo a-histórico e abstrato e a aceitação da autoridade do profissional na relação com o paciente (Lo Bianco et al., 1994).

A prática era realizada em consultórios particulares, escolas e empresas (Baptista, 2010; Ferreira Neto, 2011 e Paulin & Luzio, 2009), sendo considerada, inicialmente, um serviço para a elite consumidora do mercado industrial em ascensão, passando a atender, posteriormente, a funcionários de empresas vinculados aos planos de saúde (Vargas, 2008). Os psicólogos quase não trabalhavam na saúde pública, com a exceção de alguns, segundo Andrade e Morato (2004), que trabalhavam em hospitais psiquiátricos. Assim, apenas uma “parte” da população tinha acesso a atendimento psicológico.

Como explicam Mendes e Caldas Júnior (2001),

essa ordem econômica neoliberal privilegiava modelos de assistência à saúde desenvolvidos pela iniciativa privada, prevalência dos interesses do complexo médico-industrial e médico-hospitalar, financiamentos e controles centralizados. As implicações políticas dessa visão, dentre outras, são as de que, necessariamente, o direito aos serviços de saúde e bem-estar social não existem e, portanto, não é função do Estado oferecê-los, pois pertencem ao âmbito da caridade e não da justiça (p. 21).

Durante a década de 1970, houve vários movimentos em defesa dos direitos sociais, da democracia e de resistência ao regime militar, e um deles ocorreu na área da saúde: o Movimento Sanitário (Ferreira Neto, 2010). Formado, basicamente, por intelectuais progressistas, objetivava constituir-se enquanto um saber contra-hegemônico de crítica ao modelo dominante de atenção à saúde e produzir uma reforma nas políticas e práticas de saúde, possibilitando saúde para toda a população (Silva & Parente, 2008).

Outro movimento importante e que contribuiu para a inserção do psicólogo na saúde pública foi a Reforma Psiquiátrica. O movimento psiquiátrico surge em resposta ao modelo de instituição psiquiátrica do século XVIII, que era sustentado pelo estigma do diferente, do anormal, do que está fora dos padrões de comportamento esperados pela sociedade (Gonçalves & Sena, 2001). Por isso, “com a finalidade de construir modelos alternativos ao hospital psiquiátrico, com vistas à redução de custos e maior eficácia dos atendimentos” (Pires & Braga, 2009, p. 152), no início desse período, que ainda não acabou, ocorreu a inserção do psicólogo nos serviços públicos de saúde. No começo dessa inserção, o psicólogo passou a trabalhar como membro de uma equipe multiprofissional voltada para a saúde mental (Ferreira Neto, 2011).

Os autores Carvalho e Yamamoto, destacam, em 2002, outros dois fatos que contribuíram para essa inserção (Pires & Braga, 2009):

primeiro, a redução do mercado de atendimento psicológico privado, em decorrência da crise econômica pela qual o país estava sendo afetado, e, segundo, a crítica à Psicologia clínica tradicional, por não apresentar significado social, a qual motivava o surgimento de práticas alternativas socialmente mais relevantes (p. 152).

A partir desses movimentos (Ferreira Neto, 2011, p. 28), as questões político-sociais passaram a ser problematizadas “no cotidiano, nas relações entre os gêneros, entre as diferentes faixas etárias, entre as raças, na relação entre os doentes e os especialistas”. Além disso, Paulin e Luzio (2009, p. 98) destacam que “aquilo que antes era visto somente como a ausência de doença física, começou a considerar aspectos sociais e culturais do indivíduo. Com esse novo programa de saúde, passou-se a valorizar ... a atuação em equipes multiprofissionais”.

Além disso, o Estado buscava diminuir os gastos com a saúde e com os custos hospitalares, o que, segundo Lo Bianco et al. (1994), aumentou a atenção primária e secundária, abrindo “espaços para as equipes multiprofissionais” em que estavam inseridos os psicólogos. Eles nos lembram que

A tradição da Psicologia, até então, estava sempre associada aos modelos de atendimento de nível secundário, que envolvia o seguimento contínuo e especializado; e de nível terciário, mas somente no que dizia respeito aos programas de saúde mental. Ou seja, essa tradição centrava-se nos tratamentos ambulatoriais e em hospitais psiquiátricos (p. 39).

No entanto, essas novas estratégias de atuação profissional não garantiram mudanças quanto à compreensão sobre a “relação” com o paciente (Ferreira Neto, 2011; Moreira, Romagnoli & Neves, 2007). De acordo com Andrade e Morato (2004, p. 345), até o término da década de 1970, a Psicologia não se preocupava com as questões referentes a uma ética no trato com a população, pois era um produto a ser oferecido “e, para que esta oferta fosse bem sucedida, o psicólogo deveria ignorar os possíveis desafios e críticas à sua atuação e compactuar com os poderes instituídos⁵ a fim de garantir a reprodução do sistema social”.

Os psicólogos foram ocupando um outro espaço e passaram a habitar um lugar até então desconhecido. Um trabalho publicado em 2003 por Spink, fala do impacto que sofreram os psicólogos ao saírem do modelo de consultório privado, no qual as normas são definidas

⁵ O termo “instituído”, de acordo com Reibnitz (2004), relaciona-se com aquilo que já está estabelecido, normatizado. O que ainda está em movimento é chamado de instituinte, e pode interferir/mudar no que está estabelecido. Desse modo “quando o instituinte é assimilado como norma ou padrão, ele passa a ser instituído... para que as transformações aconteçam, o instituinte precisa tornar-se instituído e assim sucessivamente” (p.699). Caso contrário, o já estabelecido não deixa espaço para refletir sobre outras possibilidades demandadas, sobre outros modos de funcionar.

por eles próprios, e passam a exercer a profissão considerando a proposta da clínica ambulatorial, submetida a um contexto em que existem normas institucionais e a acolher demandas outras diferentes daquelas que trabalhavam na clínica privada. Ao iniciar a prática em instituições, o psicólogo, além de ser levado a questionar o modelo consultorial, teria de acolher as demandas institucionais e definir qual o lugar que poderia ocupar na equipe de saúde (Ferreira Neto, 2010).

Na década de 1980, houve algumas propostas de mudanças em relação à saúde, devido, principalmente, aos baixos índices da qualidade dos atendimentos e da produtividade, desperdício de recursos e fraudes (Dimenstein, 1998, p. 60). Nesse período, o Ministério da Saúde cria o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), objetivando “propor normas mais adequadas para a prestação da assistência à saúde da população, para alocação de recursos financeiros, como também para propor medidas de avaliação e controle do sistema de assistência médica”. Esse conselho buscou “um maior acesso das populações rurais e urbanas aos serviços de saúde. Para isso, dava prioridade às ações básicas de saúde, com ênfase na assistência primária e no atendimento ambulatorial”.

Após a Constituição de 1988, o campo das políticas públicas contratou, “via Estado ou Organizações não Governamentais (ONGs)”, muitos profissionais para trabalharem para a sociedade (Ferreira Neto, 2011, p. 24), e o psicólogo que foi trabalhar na “área social” foi inserido em equipes multiprofissionais, assim como aqueles que atuavam nas equipes de saúde mental.

No entanto, esse autor nos lembra que a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, permitiu que o setor privado participasse desse movimento, continuando a influenciar a saúde pública com o modelo liberal das práticas de cuidado. Embora o ingresso do psicólogo na saúde pública não tenha se apresentado, segundo ele, como uma conquista em relação a tratamentos mais preocupados em acolher a demanda da população, com a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1989, a prática psicológica passou a considerar mais o contexto social que atravessava a demanda do paciente.

Essa necessidade de se adaptar a um contexto diverso do que o originalmente proposto quando da regulamentação da profissão do psicólogo ainda vem sendo problematizada, e as recentes publicações que tratam sobre a prática do psicólogo na saúde pública apontam para a presença de uma variedade de modalidades de prática psicológica que parecem não atender/acolher a demanda dos usuários dos serviços públicos de saúde.

Considerando tal contexto, pesquisadores desenvolvem trabalhos que defendem a necessidade de mudanças na formação em Psicologia, de modo que estabeleçam metas mais

direcionadas à prática psicológica na saúde pública, visando a capacitar profissionais para uma ação voltada a atender às necessidades dos pacientes recebidos (Abdala, Batista, S. H & Batista, N. A., 2008; Andrade & Morato, 2004; Brasil, 2004; Dutra, 2004; Ferreira Neto, 2010; 2011; Francisco, 2012; Paulin & Luzio, 2009).

Nesse panorama, ressalta-se a contribuição de Brasil (2004), que aponta duas dificuldades encontradas por psicólogos no exercício da prática: superar os interesses corporativos e a cultura profissional das instituições de saúde, tanto no espaço público quanto no privado. Na opinião da autora, os psicólogos, ao abandonarem o papel questionador e transformador das instituições, contribuem para a reprodução das relações de poder.

Além disso (Ceccim & Ferla, 2008),

coadjuvam para compor essa situação, jogos de influência das corporações e do mercado de interesses do complexo produtivo da saúde, a disputa pelos imaginários profissionais promovida pelas corporações e pelo ideário social neoliberal e conflitos de posição em estruturas de poder no trabalho, mas também deficiências no processo de educação dos professores, de composição dos cenários de aprendizagem e de interação das instituições formadoras com as instâncias de condução setorial e atuação profissional da saúde (p. 446).

Tudo isso mostra a prática psicológica sendo atravessada pelos múltiplos interesses em perpetuar a geração de riquezas. Nesse cenário, para o enfrentamento das questões sobre as políticas públicas vinculadas à saúde da população, Francisco (2016) salienta a importância da integração de diferentes saberes. Aponta para a atenção psicológica como intervenção psicossocial e eixo norteador das práticas psicológicas, constituindo-se, assim, como possibilidade de escuta/acolhimento a multidimensionalidade do sofrimento humano, nos diversos âmbitos em que ele se apresenta.

Em tal direção, a partir da compreensão de Vasconcelos, em 2008, a referida autora (Francisco, 2016) indica que as abordagens psicossociais constituem uma área de conhecimento

cujo objeto é a intervenção junto a fenômenos psicológicos, sociais, biológicos e ambientais, formando um campo aplicado e orientado por princípios teóricos, nos quais se enfatiza a não reprodução do dispositivo de prática terapêutica convencional – que não raramente, coloca entre parênteses o contexto histórico e suas determinações – e seus objetivos de protagonismo e transformação social (p. 144).

Concluimos, assim, trazendo a proposta de uma permanente cartografia institucional, cujo foco estaria voltado tanto à demanda dos pacientes, como a toda esfera de instituições e interesses a que a prática psicológica está vinculada, podendo passar por contínuas mudanças.

1.2 Policlínicas

É chegado o momento de apresentar o campo de pesquisa escolhido para discutir/compreender a ação clínica do psicólogo em saúde pública. Nessa direção, como já mencionado, encolheu-se a Policlínica como *lócus* da pesquisa, partindo do pressuposto de que a prática psicológica pode ser discutida tendo como referência a ação do psicólogo em tais instituições.

Cabe aqui uma breve contextualização do surgimento das Policlínicas enquanto instituições de saúde ambulatorial. Elas existem no Brasil desde o século XIX. As publicações consultadas mostram como pioneira no país a Policlínica Geral do Rio de Janeiro, que surge em 1881. Foi fundada por um grupo de médicos, com o objetivo de atender à vasta demanda da Atenção à Saúde, especialmente prestando assistência médica à população que não podia pagar pelo tratamento, além de contribuir para o ensino da Medicina (Sanglard, 2007).

A autora supracitada (2007) indica que as Policlínicas surgiram nos reinos germânicos e no Império Austro-Húngaro. Nesse último, eram organizações privadas e beneficentes. Vale destacar que a Policlínica Geral do Rio de Janeiro foi influenciada pelo chamado “modelo austríaco”, portanto, era uma instituição filantrópica que garantia atendimento gratuito, ao mesmo tempo em que cobrava daqueles que podiam pagar.

Esse modelo buscava uma atenção à saúde, preocupando-se com a parte da população desassistida e com a construção de grandes hospitais que pudessem atender a essa demanda. Nessa direção, Sanglard (2007), ressalta a elaboração do Projeto Mascarenhas, em 1920, pelo médico José Mendonça, que propunha uma organização hospitalar, influenciada pelo modelo austríaco, que privilegiava, de certo modo, os pacientes que tinham uma maior probabilidade de cura. Dentro dessa lógica, tal projeto propunha que as Policlínicas, as Emergências e as Maternidades, consideradas hospitais para internações curtas por tratarem “doentes curáveis”, fossem construídas em terrenos caros disponibilizados pela prefeitura, enquanto “as casas de convalescentes, os sanatórios para tuberculosos, os hospitais de alienados, e os sanatórios destinados a ‘nervosos e viciados’” (p. 263) seriam construídos em terrenos mais baratos.

Esse modo de olhar a população serve como mais uma ilustração para nossas reflexões acerca das condições de saúde no Brasil. Certamente não podemos separar essas influências do próprio caminhar da prática psicológica e do processo de lutas por melhores condições de saúde. O psicólogo, quando é inserido na saúde pública e passa a fazer parte de equipes multiprofissionais, carrega no seu fazer toda essa carga histórica e política.

Quanto a sua definição, uma Policlínica é uma unidade de saúde, vinculada à Atenção Secundária, que presta serviços ambulatoriais. De acordo com a Portaria/SNAS nº 224 de 29 de janeiro de 1992 (Brasil, 1992), a atenção ambulatorial inclui atendimentos individuais, grupais e visitas domiciliares. Pode funcionar, também, com pronto atendimento 24 horas (Brasil, 2006). Nela trabalham profissionais de várias especialidades (equipe multiprofissional), não só da área de saúde, podendo incluir as especialidades da Rede Básica, contando com um Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapia – SADT. Importa ressaltar que, nas Policlínicas, não ocorrem serviços de internamento, ou seja, o usuário não permanece mais do que quatro horas em observação, sendo, caso necessário, encaminhado para outra instituição de saúde.

Nessa direção, está vinculada à Rede de Média Complexidade do SUS, que objetiva “atender os principais agravos de saúde da população, com procedimentos e atendimentos especializados. São serviços como consultas hospitalares e ambulatoriais, exames e alguns procedimentos cirúrgicos” (Brasil, 2006, p. 22). Por se tratar de uma instituição construída a partir de políticas públicas, é relevante lembrarmos-nos que a escolha dos especialistas que irão compor a equipe de uma Policlínica depende do que for considerado pelo poder público como necessidade populacional. Igualmente, as atividades que eles podem ou não realizar, não dependem unicamente das demandas da população.

Encontra-se integrada à Rede Básica de saúde por um Sistema de Regulação. A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2008), instituída pela Portaria nº 1.559, em 2008, foi criada visando ao aprimoramento e à integração dos processos de trabalho do SUS, como o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, o que poderia garantir acesso equânime, integral e qualificado para a população, e diminuir as filas de espera.

De acordo com a fonte supracitada, as ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação do Acesso à Assistência e Regulação da Atenção à Saúde. Esta última é exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e, dentre outras ações, é responsável pela supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar.

A Secretaria Executiva de Regulação em Saúde visa a contribuir para a melhoria de acesso dos usuários aos serviços de saúde e para a constituição de uma Rede de assistência integral e de qualidade (Governo de Pernambuco, 2016). Assim, para ter acesso à Policlínica, é necessário que o paciente primeiro procure a Atenção Primária dessa Rede, responsável pela

avaliação, acompanhamento e encaminhamento dos usuários de seu território aos serviços especializados.

Considerando o que foi visto até agora, precisamos compreender como uma prática psicológica realizada em Policlínicas hoje, após tantas mudanças em seu fazer-saber, vem sendo realizada, objeto de estudo da presente pesquisa. Para nos auxiliar nessa questão, no capítulo seguinte, iremos discutir acerca da prática psicológica, tentando articular possíveis encaminhamentos e orientações com realce para a perspectiva fenomenológica existencial.

2 PRÁTICA PSICOLÓGICA E O SER-NO-MUNDO: AÇÃO CLÍNICA COMO POSSIBILIDADE DE CAMINHAR JUNTO AO PACIENTE

É chegado o momento de questionarmos se as modalidades de prática psicológica tradicionais, embasadas no modelo biomédico, ainda respondem às demandas da população atendida e às novas configurações do sofrimento na atualidade. Também importa discutir as condições e as configurações dos atendimentos ofertados por psicólogos, considerando as solicitações dos espaços instituídos no âmbito da saúde; como também as expectativas daqueles que procuram tais serviços na busca de encontrar soluções para seus problemas, revestidos e atravessados pelas condições sociais, políticas e econômicas que configuram o modo como habitam o mundo.

Para nos auxiliar a refletir sobre essas e outras questões, traremos alguns autores que pesquisam sobre a prática psicológica em instituições de saúde, dialogando com o olhar fenomenológico existencial. Iniciaremos o percurso com uma discussão mais ampla que, para além das diversas correntes psicológicas, objetiva discutir uma escuta clínica que possibilite amparo e acompanhamento desse ser humano que se encontra em sofrimento, buscando alento e apoio para poder pôr-se novamente a caminho, na tarefa árdua de cuidar de sua existência. Importa ressaltar que o presente capítulo não objetiva discutir as especificidades da ação clínica do psicólogo nas Policlínicas, mas oferecer subsídios para pensar as possibilidades de intervenção que serão discutidas no capítulo da análise das entrevistas.

2.1 Encontro: outra possibilidade de experimentar(-se) (n)o mundo

A prática psicológica tradicional se caracteriza, entre outros aspectos, por estar demarcada por agendamentos prévios nos moldes da psicoterapia consultorial e individual, seguindo o paradigma biomédico. Tal modelo foi transposto para o atendimento em saúde pública quando o psicólogo passou a trabalhar nessas instituições, sem reflexão prévia sobre as demandas institucionais e da população atendida. Predominava uma visão de homem voltada mais para a patologia e o diagnóstico, com generalização de comportamentos e sintomas. Esse modelo continua sendo questionado quanto à sua adequação, entretanto, ainda que o psicólogo possa estar vinculado a esse modelo, “pode-se dizer que, na atualidade,

grande parte dos psicólogos se caracteriza como prestadores de serviços a instituições.... Às áreas antigas e convencionais vêm sendo acrescentadas práticas novas, quer se dêem em espaços convencionais ou, também, em ambientes inovadores” (Francisco & Barbosa, 2008, p. 17).

Embora tenha havido mudanças em relação ao modo de atendimento do psicólogo, que passa do predomínio do modelo consultorial centrado no intrapsíquico para outras modalidades de prática psicológica, voltadas para pensar e tentar atender às demandas sociais, as autoras supracitadas lamentam que esse movimento

apesar de promissor, está longe de atender a realidade concreta de grande parte dos psicólogos, não só pela carência de referenciais teóricos, mas também, pela escassez de pesquisas e relatos de experiências que possam servir como subsídio e dispositivo de interlocução para profissionais e estudantes de Psicologia engajados em diferentes modalidades de prática psicológica voltadas ao contexto institucional (p. 11).

Corroboram com tal posicionamento as reflexões de Andrade e Morato (2004), ao apontarem que a Psicologia vem sendo instituída a partir de um modelo já definido e que caracteriza a atuação tradicional do psicólogo, desconsiderando as diferenças e propostas emergentes nas diversas modalidades⁶ de prática psicológica, que vêm se desenvolvendo em contextos institucionais. Para além dessa constatação, também criticam o modo de pensar que permeia a atuação do psicólogo clínico por valorizar uma conduta técnica regida por uma dimensão ético-moral e utilizá-la como referência, muitas vezes não considerando que uma dimensão ética deve ser compreendida enquanto (*éthos*), o que significa acolher as diferenças emergentes nos diversos contextos.

Em tal linha de reflexão, as referidas autoras apontam para a possibilidade de que assumir tal posicionamento pode levar a questionar um outro modo de fazer diante do acolhimento de demandas político-sociais. Assim, levantam o questionamento quanto à função e à atuação do psicólogo, uma vez que sua formação ressalta seu caráter técnico e a neutralidade como posição a ser assumida, segundo orientações definidas pelo reconhecimento da Psicologia como ciência e profissão.

A partir desses questionamentos quanto ao modo de atuação, também mostrou-se necessária pensar a intervenção do psicólogo, nas diversas modalidades de prática psicológica. Em tal proposta, a ênfase deve ser dada ao reconhecimento da singularidade do paciente, realçando a necessidade do psicólogo assumir uma atitude que possibilite o

⁶ No artigo, as autoras utilizam o termo “práticas psicológicas”, porém, no presente trabalho, acrescentamos a palavra “modalidades” por compreendermos a referência no texto aos diversos tipos de prática do psicólogo.

acolhimento a demanda que se apresenta, com abertura para rever e propor modos de intervenção que possam acolher tal demanda. Para auxiliar esse caminhar que se vem desvelando à Psicologia, Figueiredo (1993) propõe

caracterizar o psicólogo, em qualquer contexto em que trabalhe, como 'profissional do encontro' ... assinalando o fato de que o lidar com o outro (indivíduo, grupo ou instituição) na sua alteridade faz parte da nossa atividade cotidiana. Mesmo que cheguemos a este encontro com a relativa e muito precária segurança de nossas teorias e técnicas, o que sempre importa é a nossa disponibilidade para a alteridade nas suas dimensões de algo desconhecido, desafiante e diferente; ... algo que do outro se impõe a nós e nos contesta, fazendo-nos efetivamente outros que nós mesmos (p. 93).

Tal compreensão, independente do referencial teórico assumido, chama atenção para o modo do psicólogo está presente na relação, privilegiando a alteridade e o “encontro” no lugar de aplicação de conhecimentos e técnicas, como fica claro nas indicações de Dutra (2004); Figueiredo (1993); Sá (2009); Francisco e Barbosa (2008); Francisco (2012).

2.2 Contribuições da Fenomenologia Existencial

A prática psicológica inspirada na perspectiva fenomenológica existencial, por assumir pressupostos decorrentes da filosofia, apresenta-se como uma possibilidade para pensar a ação do psicólogo desvinculada dos ditames das teorias psicológicas que partem de premissas teórico-científicas. Nessa direção, por assumir outra compreensão da existência humana, realça a dimensão histórico-temporal do acontecer humano de modo a poder contemplar seu contexto social, político, econômico, familiar, uma vez que é compreendido enquanto ser-no-mundo. Constituir-se no mundo enquanto homem/poder-ser revela a dimensão ontológica da condição humana, no entanto, aponta para diversas possibilidades de escolha diante das situações concretas da existência.

Considerando essa visão, o psicólogo assume o pressuposto de que a apropriação da demanda é um acontecimento experienciado pelo paciente na companhia do psicólogo, em um processo de colaboração (Yehia, 2004), no qual, o paciente pode ampliar seu conhecimento sobre seus modos de ser, de modo a poder escolher mais propriamente diante das situações que a vida lhe apresenta. Nela vamos ver *clínica* no sentido de inclinar-se para o paciente (*pathos*), para aquele que sofre, e acolher o que desse encontro se desvelar.

Desse modo, o psicólogo passa a ocupar um outro lugar na situação clínica, não se apresenta como detentor de um conhecimento teórico acerca de algumas questões sobre o existir humano de um paciente(s) que pede explicações sobre a situação em que se percebe vivendo. Nessa outra possibilidade, o psicólogo, considerado como “profissional do encontro”, acompanha e acolhe as experiências narradas pelo paciente. Acolhimento, no presente contexto, deriva do verbo acolher, que provém do latim *accolligere*, traduzida por “receber”, “levar em consideração” (Albuquerque, 2011). É esse o sentido que estamos considerando para discutir o psicólogo como “profissional do encontro” (Figueiredo, 1993).

Nessa perspectiva, tanto psicólogo quanto paciente são compreendidos como poder-ser. Em tal direção, importa acolher o que se mostra como singular sem se fixar em preconceitos prévios que dirijam o olhar para diagnosticar ou aconselhar, mas sim acolher o que se desvela no “encontro”, acompanhando o paciente na busca de sentido do seu modo de ser no mundo junto aos outros.

Na perspectiva da clínica tradicional, o foco estava em explicitar para o paciente a causa de seu sintoma; na abordagem fenomenológica existencial, a intenção do psicólogo volta-se para acompanhar o paciente na busca de direcionar-se na sua própria vida. Acompanhar refere-se a compreender, interpretar, pensar a verdade (*alethéia*, no sentido de desvelamento) da história de vida do paciente, na busca de que se aproprie de sua demanda. Nessa perspectiva, o adoecimento é compreendido como modo de ser no mundo em um tempo e espaço, não sendo objetivo da ação do psicólogo preveni-lo ou eliminá-lo, já que desvela um modo singular de existir.

É interessante refletirmos que, até para falarmos em outro modo de estar-com o paciente, partimos da referência do modelo clínico tradicional. Nosso olhar contém nossa história e seus atravessamentos, geralmente nossa visão parte do que nos é familiar, do que está instituído para nós. É difícil se desfazer dessa compreensão que nos acompanha desde o surgimento da Psicologia, mas importa ter uma postura crítica, questionando os protocolos técnico-explicativos que não podem ser considerados como única direção de um trabalho “eficaz”.

Nessa direção, a perspectiva fenomenológica existencial pode apresentar ressonâncias para pensar a prática psicológica, já que tem como pressuposto outra compreensão da condição humana enquanto poder-ser. Em tal perspectiva, o fazer do psicólogo não é orientado por um saber técnico, embora não descarte a possibilidade de procedimentos técnicos, como o uso de testes psicológicos. Importa, assim, mudar o olhar e a ação psicológica, independente da modalidade de prática.

É inegável que muito se tem feito para atendermos às demandas, mas ainda precisamos mudar, e o foco da mudança parece ser agora o modo de intervenção. Passamos do modelo de clínica, restrita a um fazer técnico-explicativo, para pensar outros modos de *fazer*, outras modalidades de prática psicológica. A fenomenologia existencial pode contribuir para pensar outra possibilidade de *intervenção* psicológica.

A prática psicológica na perspectiva da Fenomenologia Existencial tem como proposta interventiva compartilhar com o paciente as possíveis compreensões que vão se apresentando, à medida que o psicólogo é afetado pela narrativa do paciente. Essa ação pode possibilitar uma ampliação da apropriação da situação por ambos e se apresenta como um convite ao paciente para que assuma o cuidado de si.

Segundo Inwood (2002), Heidegger define cuidado por três palavras cognatas: *Sorge*, *Besorgen* e *Fürsorge*. *Sorge* constitui o *Dasein* (ser-aí), sendo seu desdobramento a ocupação com os entes que estão a sua volta (*Besorgen*) ou preocupação/solicitude (*Fürsorgen*) (Rocha, 2010). Por solicitude, entende-se (Moraes & Morato, 2011):

"mover-se por inteiro", "incitar ao movimento", "preocupar-se em fazer mover". Desse modo, o modo de ser como solicitude refere-se a uma disposição humana dirigida ao outro, ou seja, ao "tender com atenção", próprios do ser clínico. A solicitude apresenta-se como atitude originária e fundante que possibilita ações para a elaboração e busca ao sentido de ser (p. 90).

Esse modo de compreender a prática psicológica procura acolher cada paciente no seu modo singular de ser-no-mundo, aqui compreendido como a teia de sentidos que acolhe o modo como pode ser nos diversos momentos na vida. É um modo de acolher que se inclina ao sofrimento do outro. Assim (Sá & Barreto, 2011),

nessa compreensão, não há nenhum direcionamento, mas a desconstrução das meras opiniões ditadas pelo falatório do impessoal e a quebra das habitualidades abrem fissuras que deixam entrever possíveis mudanças, transformando o acontecer clínico em experiência apropriada e tematizada.... uma postura clínica fenomenológica não deve pretender excluir os comportamentos terapêuticos "naturais" de cuidado substitutivo, isto é, as prescrições técnicas e os conselhos pessoais, e, sim, retirar desses comportamentos seu caráter de fundamento da clínica, subordinando-os a uma atenção que busca sustentar a lembrança da dinâmica de realização terapêutica enquanto possibilidade ôntica da nossa condição ontológica de ser-no-mundo-com-o-outro (p. 10).

Essa postura/ação se dá enquanto acolhimento ao inesperado do existir que se desvela no encontro psicólogo(s)-paciente(s) e não ocorre de forma passiva e neutra, mas o psicólogo busca compreender junto ao paciente a situação de sofrimento. Essa ação psicológica busca acompanhar o paciente no desvelamento de suas compreensões acerca da situação na qual está

inserido, possibilitando um “testemunho questionador”, de forma que ele se aproprie da situação e decida o que fazer.

A atitude clínica enquanto atitude de pré-ocupação, um modo de ser-com-o-outro (paciente), convoca para uma não neutralidade, um olhar para suas próprias referências e seu modo de estar no mundo. Uma vez que o ser-no-mundo é ser-com, a apropriação do psicólogo de sua condição de cuidado naquela situação pode facilitar para que o paciente também se aproprie. Tal situação possibilita que o paciente possa narrar sua experiência e sentir-se nela, encaminhando-se na vida (poder-ser). Consonante Sá e Barreto (2011) apontam:

é mediante essa apropriação narrativa da sua conjuntura e das suas maneiras de sentir-se e de responder praticamente a ela, que o cliente chegará a compreender-se como aquele cujo ser está sempre em jogo no conjunto das circunstâncias existenciais que lhe são tematicamente abertas na interlocução clínica. Dessa forma, pode compreender-se e aceitar-se, sejam quais forem os seus sofrimentos, como responsável, no sentido de responder e apropriar-se das solicitações concretas da vida. Longe de uma culpabilização paralisante, essa responsabilidade é uma ampliação da liberdade (p. 10).

Feijoo (2008, p.3) aponta que a liberdade em Heidegger se dá no movimento dinâmico do ser em abertura às possibilidades de existir. Essa autora sinaliza que o “sofrimento é uma questão de restrição da liberdade”. Considera, então, que “à clínica psicológica caberia então a tematização das questões trazidas pelo cliente” (p. 5), permitindo um resgate de sua singularidade.

Pensar a intervenção clínica como um modo de cuidado decorre da desconstrução empreendida por Heidegger, em *Ser e Tempo* (2008), acerca do pensamento metafísico⁷, permitindo um não vinculamento da ação clínica a procedimentos técnicos decorrentes de teorias psicológicas teórico-explicativas. Nessa direção, importa trazer a crítica de Heidegger à técnica moderna, época que exalta a realização de planejamentos e pesquisas avançadas de extrema utilidade. No entanto, ele nos adverte sobre o perigo que tal domínio representa, ressaltando dois modos de pensar: o pensamento que calcula e o pensamento que reflete e medita. Ambos são necessários, porém salienta que uma reflexão meditativa que desconsidera o contexto que a atravessa, não dá conta da vida prática e cotidiana. Defende, então, que, em nosso cotidiano, podemos dizer **sim** à utilização inevitável da técnica como objeto e, ao

⁷ Segundo Heidegger (2008), o modo de pensar ocidental, que ele irá nomear de metafísico, apesar de, inicialmente, voltar-se para a questão do ser, afastou-se desse caminho, resultando numa objetivação do ente. O filósofo alerta-nos que o pensamento metafísico se constitui de um esquecimento do ser e da “diferença ontológica” entre ser e ente.

mesmo tempo, **não** a sua utilização impensada e extremamente dependente. A esta atitude de sim e não simultâneos, ele denominou *serenidade*.

Tal atitude implica um aguardar paciente e solícito que acompanha o outro (o paciente) no seu movimento de desvelar-se/velar-se na situação clínica, solicitando uma atitude de dispor-se ao acolhimento da imprevisibilidade que constitui a condição humana. De acordo com Heidegger (2001), este *aguardar* não se refere a estar em expectativa, uma vez que esta implica representação e cálculo. Aproxima-se do que Heidegger (2001, p. 24, itálico do autor) apresenta como “*serenidade para com as coisas*”, o que nos permite estar com o outro de modo silencioso e atento à abertura e ao mistério que se desvelam. Isso significa que não se espera por algo, apenas se pode aguardar sem saber do que se trata.

Já o pensamento que calcula, busca controlar as situações, formula conceitos, relacionando-se com os outros como se fossem objetos. É um pensamento que busca investigar a partir de um caminho previamente posto, que se revela enquanto procedimentos metodológicos, que visam ao controle e à previsibilidade dos resultados. Ocupa-se em tentar prever oportunidades novas, eficazes e econômicas para responder às demandas que se apresentam no mundo.

Vale ressaltar que esses dois tipos de pensamento são necessários e legítimos; no entanto, se há um domínio do pensamento que calcula, corremos o risco de submetermo-nos ao poder oculto da técnica, que domina a relação do homem com o que existe no mundo. Marca fundante desse contexto epocal que vivemos. Heidegger (2001) alerta-nos que a técnica, enquanto modo do descobrimento/desvelamento, lança o homem a um encontro com o mundo no qual as coisas e o próprio ser do homem se revelam enquanto recursos a serem explorados e/ou manipulados. Tudo já se desvela a partir de uma composição (de uma armação), e, nesse sentido, as coisas, inclusive o próprio homem, já se revelam como objetos dispostos, não havendo com esse um modo de estar-com que reflète.

O autor destaca ainda que “a revolução da técnica que se está a processar na era atômica poderia prender, enfeitiçar, ofuscar e deslumbrar o Homem de tal modo que, um dia, o pensamento que calcula viesse a ser o único pensamento admitido e exercido” (2001, p. 26). Nessa direção, o grande perigo reina na possibilidade de o Homem afastar-se de si-mesmo, “renegando e rejeitando aquilo que tem de mais próprio, ou seja, o facto de ser um ser que reflecte” (p.26), que pensa. Assim, sem percebermos, podemos nos tornar escravos da técnica.

Apesar de tomarmos conhecimento de tal perigo, não refletimos que se prepara aqui, com os meios tecnológicos, uma agressão à vida e à natureza humana. Todavia, importa relembrar que não se trata de condenar a técnica, mas apenas de resgatar-se uma atitude

crítica diante da vida, lançando-nos diante da possibilidade de um pensar que reflete/medita. Em tal contexto, poderíamos pensar a ação clínica “como um modo de estar com o outro/cliente, que poderá manter-nos despertos, no aguardar, silencioso e atento ao pensamento que medita” (Barreto, 2013, pp. 49-50).

2.3 Prática psicológica e ação clínica

Dando continuidade à tentativa de pensar a prática psicológica numa perspectiva fenomenológica existencial, chamaremos para dialogar autores/psicólogos que vêm trabalhando com tal temática.

Iniciamos com Augras (2000), quando ressalta a possibilidade da fenomenologia poder oferecer ao psicólogo outro olhar sobre o modo como apreende o fenômeno de seu ser-com e o do paciente. Nessa direção, irá acolher o paciente compreendendo que a complexidade humana não se encerra dentro de um diagnóstico, ressaltando que o paciente pode ou não se apropriar de sua vida de forma mais responsável. A ação do psicólogo, nessa perspectiva, não se refere a uma técnica que objetiva a apropriação do sofrimento pelo paciente, mas de uma postura de estar-com, acompanhando o paciente no apropriar-se do seu sofrimento, aguardando que encaminhe sua vida.

A prática inspirada na perspectiva fenomenológica existencial não se fundamenta em pré-compreensões sobre o paciente cristalizadas e tomadas como verdadeiras, uma vez que compreende o ser-aí como poder-ser. Assume que não existe uma verdade absoluta, portanto, a cada experiência nova trazida ao espaço clínico, novas possibilidades compreensivas emergem e se desvelam, sendo que a compreensão, nesse espaço, nunca é conclusiva, sempre abrindo questionamentos para outras possibilidades.

Barreto (2009), partindo de uma prática inspirada na fenomenologia existencial, considera que a ação clínica pode ser compreendida como postura/atitude do psicólogo que se apresenta nas diversas modalidades de prática psicológica, desde a Psicoterapia Consultorial às outras modalidades de prática que podem ser ofertadas em instituições de saúde e formação. Enquanto postura, apresenta-se “desvinculada da perspectiva tradicional da Psicologia e busca compreender o ser humano na amplitude de seu modo de ser, ressaltando facetas ontológicas que necessitam ser contempladas para acolher o poder constituir-se do ser humano como participante do mundo” (p. 23).

A ação clínica, em tal perspectiva, acolhe o homem em sofrimento levando em conta sua condição histórico-temporal de ser-no-mundo. Busca que o paciente se aproprie de seus modos de ser e possa assumir a responsabilidade por seu cuidado. Revela-se enquanto possibilidade do psicólogo numa atitude de antecipação cuidadosa aguardar que o paciente possa (ou não) apropriar-se de sua demanda, encaminhando-se na vida e na sua história. Compreendida desse modo (Barreto, 2009, p. 21), a ação clínica “rompe com o modo de contato construído numa concepção técnico/explicativa, constituindo-se numa disponibilidade para acompanhar o outro (paciente) em seu cuidar das suas possibilidades mais próprias, dispondo delas livremente e com responsabilidade”.

Ainda para a referida autora (2006), o espaço da clínica pode apresentar-se como possibilidade para refletir sobre o modo como o homem se relaciona consigo, com o mundo e com os outros entes. Ao assumir os pressupostos ontológicos do pensamento heideggeriano (Barreto, 2006),

entende-se ação clínica como possibilidade de intervenção do psicólogo implicado no movimento de experienciação do cliente, acompanhando-o na tarefa de ampliar aquilo que sabe pré-ontologicamente, possibilitando que, na sua situação concreta e singular, se compreenda e assuma o que ele está sendo e no que pode ser (p. 205).

De tal modo, a ação interventiva considera a angústia desvelada como possibilidade mobilizadora para “encontrar saída” diante da situação de sofrimento. É uma ação que acompanha o paciente nesse processo, não se apresentando como uma tentativa de “solucionar o problema” por ele, mas como um modo de caminhar junto em possibilidades de compreender/lidar com o que se apresenta e possibilitar que outros sentidos se desvelem acerca dessa condição de estar-no-mundo. Assim, o próprio paciente poderá revelar e compreender sua demanda, não dependendo de um diagnóstico já estabelecido.

Continuando a busca de compreender fenomenologicamente a prática psicológica, é chegado o momento de ir a campo e dialogar com psicólogos que exercem sua prática nas Policlínicas, campo escolhido para a realização da pesquisa.

3 NOSSO CAMINHAR: A NARRATIVA COMO VIA DE ACESSO À EXPERIÊNCIA

Objetivando compreender a experiência de psicólogos que exercem sua prática em Policlínicas públicas, a presente dissertação tem como bússola uma pesquisa de natureza qualitativa numa perspectiva fenomenológica. Em uma pesquisa qualitativa, “valoriza-se o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo estudada”, uma vez que “um fenômeno pode ser mais bem observado e compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte” (Godoy, 1995, p. 62).

Na pesquisa qualitativa, não se faz necessário o controle de variáveis. Direciona-se para compreender o “significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida” (Godoy, 1995, p. 63), não havendo, portanto, generalizações. Além disso, o pesquisador está imbricado na observação, seleção, análise e interpretação dos dados colhidos⁸, o que assume um caráter de não-neutralidade. As interpretações da pesquisa se dão a partir da narrativa que ele constrói sobre o/no fenômeno pesquisado. A interpretação pode ser “definida como uma organização em contextos de significação”, que por sua vez apontam para o entrelaçamento dos “elementos” da experiência e de sua decorrência (Szymanski, Almeida & Prandini, 2004, p. 70).

Assim, este tipo de pesquisa trabalha com fenômenos e não com fatos. O fato trata de algo objetivo, que pode ser definido de forma precisa, através da observação sistemática que assegure certeza ao pesquisador. Essa ideia se baseia nas premissas empiristas, cartesianas e do positivismo clássico (Martins, Aparecida & Bicudo, 2003). Já a compreensão de fenômeno presente neste trabalho dissertativo está vinculada à Fenomenologia Existencial.

A pesquisa fenomenológica busca compreender o sentido da experiência no mundo, ou seja, considera o contexto que atravessa essa experiência. Um fenômeno (*phainomenon* em grego), mostra-se sempre em situação onde *alguém o sente* e pode descrever sobre esse sentir (Martins, Aparecida & Bicudo, 2003). Desse modo, o fenômeno pode mostrar-se *a si mesmo* de vários modos. Sendo assim, esse método não busca revelar uma verdade que dê conta de explicar algo em sua totalidade, mas se apresenta como possibilidade de interpretar uma “dimensão” do fenômeno. Sua validade científica está em buscar no fenômeno possibilidades para compreender a questão de pesquisa, não objetivando atingir uma resposta definitiva.

⁸ Não se trata de dados coletados em que se busca uma análise a partir do que foi encontrado e já estava posto, mas são dados que nos vêm ao encontro e são colhidos a partir da nossa tentativa de compreensão dos sentidos desvelados.

A abordagem fenomenológica existencial diz de uma perspectiva de conhecimento que se desvela em um método fenomenológico que não busca uma única via de acesso ao “real”.

Essa perspectiva surgiu (Critelli, 2007)

como um questionamento da dissolução da filosofia no modo científico de pensar; da lógica inerente às ciências modernas; como crítica à metodologia de conhecimento científico que rejeita do âmbito do real e do próprio conhecimento tudo aquilo que não possa estar subordinado à sua estrita noção de verdade, de sujeito cognoscente e de objeto cognoscível (pp. 7-8).

O que diz de algo como existente no mundo é seu aparecer para alguém. E o que é visto também vê a si mesmo e aos outros, pois “aparecer significa sempre parecer para outros, e esse parecer varia de acordo com o ponto de vista e com a perspectiva dos espectadores” (Arendt, 2009, p.37). Essa perspectiva, por sua vez, é influenciada por uma pluralidade de outros que aparecem e assim por diante. Desse modo, o que aparece é percebido por uma pluralidade de espectadores e de modos singulares, não havendo uma verdade única e universal.

Apresenta-se como um modo de interpretar/pensar sem especulações metafísicas abstratas e que busca entrar em contato com a experiência vivida (Moreira, 2002). Uma vez que o sentido não se esgota, sempre pode haver possibilidades compreensivas diferentes sobre uma “mesma” experiência. Assim, também não há como definir previamente um *caminho* por onde seguir, mas apenas propor este caminho, podendo ser modificado no decorrer da pesquisa.

Igualmente, o *caminhar fenomenológico* não tem pretensão de acontecer de forma embasada, fundamentada, pautada ou baseada em um modelo específico, mas apenas voltada para o acontecer do fenômeno, o “abrir-se da janela” e suas possibilidades emergentes. Isso porque deixar que o mundo se revele para nós, não se trata de um modo de revelar o mundo (Moreira, 2002).

Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador não procura explicações, mas compreender o sentido da experiência. Não trabalha com hipóteses e tem que se deixar guiar pelo que a pesquisa irá pedir quanto à extensão da amostra, instrumentos de “coleta” de dados e procedimentos analíticos (Gil, 2010). Busca ampliar a compreensão acerca do fenômeno que deseja conhecer através da descrição, compreensão e interpretação desse fenômeno, realizadas tanto pelos pesquisadores quanto pelos participantes.

3.1 Companheiros de expedição das pesquisadoras

Seguindo o caminho indicado, utilizamos uma *Amostra Intencional* de três psicólogas que trabalham numa mesma Policlínica da Rede Municipal de Saúde do Recife. Uma amostra intencional é a seleção de um grupo de pessoas devido à relevância que elas têm para a temática pesquisada (Turato, 2003). Assim, para compreender o sentido de como se manifesta a prática psicológica em Policlínica, buscamos encontrar quem nos possibilitasse compreender esse fenômeno.

Visto que o interesse não está na generalização e os objetivos da pesquisa podem ser alcançados a partir do sentido desvelado pela *experiência* dos colaboradores/participantes da pesquisa, “não há razão para selecionar uma amostra proporcional e representativa em relação a determinado universo de pesquisa” (Gil, 2010, p.8).

Precisávamos de psicólogos que tivessem experiência de, no mínimo, 2 (dois) anos trabalhando em Policlínicas públicas e aceitassem participar da pesquisa, independente de idade, sexo e orientação teórica. O critério para seleção quanto ao tempo de serviço deve-se ao fato de considerar que pouco tempo na área (menos de dois anos) poderia suscitar relatos pautados em uma perspectiva puramente teórica.

Nossas participantes foram três psicólogas que receberam os nomes fictícios de Helena, Lúcia e Márcia. Todas têm mais de quinze anos de experiência trabalhando em Policlínicas públicas e aceitaram participar da pesquisa. Importa destacar que Helena tem 49 anos e, há 25 anos, formou-se em Psicologia, em um Instituto de Ensino Superior particular. Realiza atendimentos de Triagem e Psicoterapia em Grupo, e sua clientela é exclusivamente adulta. Lúcia tem 50 anos e 26 de formada. Também estudou em uma instituição particular, atende a demandas de adolescentes, adultos e idosos, e atua em Psicoterapia Individual, Grupos Operativos e Palestra de Planejamento Familiar. Já Márcia tem 57 anos e 33 de formação acadêmica em uma universidade federal. Realiza atendimentos nas modalidades de Grupos Operativos, Ludoterapia, Psicoterapia Individual, Psicodiagnóstico em grupo e acolhe demandas de crianças, adolescentes e adultos.

Todas têm mais ou menos o mesmo tempo de instituição e entraram por meio de concurso público. Todas têm formação em Psicologia Clínica e realizaram Plantão Psicológico na Policlínica; todavia, atualmente essa modalidade de prática se encontra desativada devido ao Sistema de Regulação.

É relevante mencionar, também, que a presente dissertação teve como campo de pesquisa apenas uma única Policlínica da cidade do Recife-PE. Contudo, inicialmente, prevíamos sua realização com psicólogos de outras Policlínicas. No entanto, o acesso às referidas Policlínicas foi difícil, sendo necessária a intervenção de uma psicóloga, lotada na Policlínica pesquisada, para abrir o caminho de acesso à pesquisadora.

3.2 Modo de caminhar

Em nossas reflexões acerca do tema proposto, a *Cartografia* se mostrou como possibilidade de método para nossa caminhada, o que nos fez realizarmos, ao longo de toda pesquisa, um trabalho cartográfico. Tal método pode ser *praticado*, mas não *aplicado* como os métodos científicos cartesianos. Isso porque “não se trata de um método baseado em regras gerais que servem para casos particulares. A cartografia é um procedimento... a ser construído caso a caso” (Kastrup & Barros, 2015, p. 76). Nesse sentido, não busca representar ou identificar, mas colher pistas que irão possibilitar compreender o fenômeno pesquisado.

Barros e Kastrup (2015) enunciam que cartografar significa *acompanhar processos* em curso, valendo esclarecer que “processo”, aqui, se refere à processualidade e não ao processamento. Desse modo,

no contexto da ciência moderna, as etapas da pesquisa – coleta, análise e discussão de dados – constituem uma série sucessiva de momentos separados. Terminada uma tarefa, passa-se à próxima. Diferentemente, o caminho da pesquisa cartográfica é constituído de passos que se sucedem sem se separar. Como o próprio ato de caminhar, onde um passo segue o outro num movimento contínuo, cada momento da pesquisa traz consigo o anterior e se prolonga nos momentos seguintes. O objeto-processo requer uma pesquisa igualmente processual e a processualidade está presente em todos os momentos – na coleta, na análise, na discussão dos dados e também... na escrita dos textos (p. 59).

Ao assumir, a compreensão de que toda pesquisa realizada entre humanos apresenta o caráter de intervenção, uma vez que não há como estar-com “o outro” de outro modo que não seja por meio da afetação, Morato, Andrade e Schmidt (2007) revelam outras dimensões da pesquisa cartográfica. Nesse sentido, compreendem que a Cartografia enquanto um caminho que se revela no seu próprio caminhar, “enquanto método, cumpre uma dupla função: detectar a paisagem, seus acidentes, suas mutações e, ao mesmo tempo, criar vias de passagem através deles” (Morato, Andrade & Schmidt, 2007, p. 10).

Na trilha desconhecida que investiga, o pesquisador/cartógrafo faria uma trilha com suas pegadas e olhares, também constituindo a paisagem que busca compreender (Nunes & Morato, 2009). Essa ideia de percorrer caminhos por entre seus vestígios de modo implicado auxiliou esses autores a se aproximarem da ideia de *démarche* (modo de andar, atitude) da concepção de Rolnik (1987) acerca de um trabalho cartográfico.

Como a paisagem não se encontra pronta, mas vai sendo moldada, o pesquisador não sabe o que vai encontrar. De tal modo que seu caminhar é curioso como o de uma criança que desconhece os próximos caminhos que irá tomar ao aventurar-se na vida.

Nesse sentido,

O significado/sentido de *démarche* clínica como *primeiros passos de uma criança* diz de um dispor-se para uma ação clínica que solicita o espantar-se, resgatando a atenção curiosa da criança a cada novo espaço que se dá a conhecer. Fala, também, da perplexidade de uma aprendizagem através da experiência e do gozo de cada conquista: passo a passo (Andrade et al., 2007, p. 10).

Considerando tal atitude clínica, para compor/construir a trilha desconhecida, mostra-se necessária uma disponibilidade para acolher o que se desvela do modo como se desvela. Através de diferentes modos de sentir a experiência, levando em conta o contexto institucional percebido/compreendido, as compreensões de pesquisadores e participantes vão-se entrelaçando e podem ser ampliadas.

Cartografar se trata, do mesmo modo, de uma entrega ao desconhecido, não sendo uma investigação do que já estava posto, e assim, “num tear constante, a instituição se desvela em cada gesto, em cada palavra, em cada sensação de incômodo ou constrangimento” (Aun & Morato, 2009, p.123).

Nesse encaminhar-se, era preciso conhecermos a instituição, seus atravessamentos, modos de funcionar, para que esse contexto pudesse, do modo como fôssemos afetadas, auxiliar-nos a pensar na experiência de prática psicológica em Policlínica das psicólogas.

3.3 Meios de acesso às experiências

Com o intuito de compreender a prática psicológica em Policlínicas a partir da experiência das psicólogas, utilizamos dois instrumentos de pesquisa: *Diário de Bordo* e o que estamos chamando de *Entrevista Narrativa*, a partir da compreensão de Benjamin (1994).

Instrumentos são artifícios utilizados “para colher dados sobre o fenômeno que se pretende compreender” (Moreira, 2002, p. 450). Esses dois instrumentos foram escolhidos por privilegiarem a narrativa. De acordo com a compreensão de Benjamin (1994), uma narração é um modo de expressão, não apenas sonoro, mas também gestual, da experiência, que precisa da coparticipação do narrador e do ouvinte e não pretende explicar ou informar fatos, o que possibilita ampliar sua possibilidade de reflexão.

Inspiramo-nos na Entrevista Narrativa, desenvolvida por Fritz Schütze na década de 1970, a qual o pesquisador vai procurar conhecer os “relatos que o entrevistado produz sem preparação [de forma improvisada] e sem a interrupção do entrevistador” (Germano, 2009, p.1).

Nela, Jovchelovich e Bauer esclarecem que o entrevistador deve expor um “tópico central” que tem a função de ser disparador da narração (Muylaret, Sarubbi Jr., Gallo, Rolim Neto & Reis, 2014). Desse modo, no primeiro momento desse tipo de entrevista, “o entrevistador apresenta uma ‘questão gerativa’, que estimule uma narração extemporânea e não respostas pontuais.... As interrupções só acontecem quando o entrevistador é incapaz de compreender o conteúdo relatado, quando então, pede esclarecimentos” (Germano, 2009, p. 2).

Em nossas entrevistas, entretanto, não houve preocupação em interromper ou perguntar de determinada forma, o que foi questionado era o que era sentido pela entrevistadora. Poderiam ser realizadas, portanto, interrupções para ampliar a compreensão e construir a narrativa junto a cada participante, sem esperar que ela terminasse para então começar a interagir verbalmente.

Utilizamos uma questão disparadora que, como uma faísca, pode possibilitar o desvelamento de uma “labareda” de compreensões sustentada e, concomitantemente, coelaborada⁹, por ouvinte e narrador. A pergunta foi utilizada para nortear as pesquisadoras acerca de seu objetivo de pesquisa, pois a análise é feita a partir da narrativa do pesquisador diante do que compreende da narrativa do participante. No entanto, enquanto faísca, não gera algo já pré-pensado, apenas dispara e “vê” o que da experiência se desvela, podendo ser um momento desalojador, tanto para o narrador quanto para o ouvinte. O objetivo da pergunta/questão é a compreensão da experiência (por participante e pesquisador), não se

⁹ No presente trabalho, a partir da compreensão fenomenológica existencial, acrescentamos hífen à palavra “coelaborada”, objetivando diferenciá-la do seu significado usual para enfatizar a condição ontológica de coexistência.

tratando de um instrumento utilizado para extrair uma resposta previamente conhecida pelo narrador, mas que para este também vai se desvelando à medida que narra.

Nas entrevistas, foi realizada a seguinte questão disparadora: **Você poderia contar sua experiência de prática em Policlínica?** Ao possibilitar a reflexão sobre sua experiência, a narrativa se apresenta aos participantes (narrador e ouvinte) como um modo de organizar-se no mundo. A narrativa não vai informar expondo ao ouvinte um conteúdo previamente pronto enquanto relato do passado, desvinculada de mundo, da experiência do narrador, mas possibilita, enquanto co-construção¹⁰, o desvelamento de realidades mais apropriadas, a medida que narrador e ouvinte devolvem um ao outro suas compreensões.

Do mesmo modo, a interpretação também não existe enquanto “efeito” do que é dito, mas se trata de uma co-construção da compreensão que vai sendo desvelada por narrador e ouvinte. Assim, a linguagem na Entrevista Narrativa não se refere a uma representação de um conteúdo *a priori*, mas se apresenta como posição de estar-no-mundo. Isto porque “a narrativa contempla a experiência contada pelo narrador e ouvida pelo outro, o ouvinte. Este, por sua vez, ao contar aquilo que ouviu, transforma-se ele mesmo em narrador, por já ter amalgamado à sua experiência a história ouvida” (Dutra, 2002, pg. 373).

A narrativa possibilita diferentes interpretações, que vão se realizando articuladas às pré-compreensões de ambos acerca do que vai sendo desvelado. Ocorre, portanto, uma Entrevista Narrativa, ou seja, algo que surge no entre das visões do narrador e do ouvinte. Eles tecem juntos uma compreensão que se constrói atravessada pela história de vida de ambos.

Assim, “as entrevistas narrativas se caracterizam como ferramentas não estruturadas, visando à profundidade, de aspectos específicos, a partir das quais emergem histórias de vida, tanto do entrevistado como as entrecruzadas no contexto situacional” (Muylaret et al., 2014, p. 194).

Os autores supracitados mencionam uma “característica colaborativa” nas entrevistas, uma vez que a história narrada emerge a partir do diálogo entre entrevistador e participante. Ampliando esse conceito, o sentido dado a “colaboração”, em nosso trabalho, parte da compreensão de Yehia (2004), inspirada em Heidegger e que foi mencionada na introdução desta dissertação, na qual narrador e ouvinte são participantes ativos no processo da co-construção narrativa.

Aqui, o que é narrado é sempre co-construído enquanto manifestação ôntica do que ontologicamente nos constitui como possibilidades de ser-com-os-outros. Assim, em tal

¹⁰ Semelhante à nota anterior, o hífen foi acrescentado para enfatizar a coexistência, uma vez que a co-construção narrativa/elaboração de compreensões acontece com-os-outros-no-mundo.

compreensão não cabe ao pesquisador tentar conduzir o participante a um posicionamento, mas dialogar/posicionar-se a fim de compreender a experiência narrada, podendo apontar sua compreensão sobre ela e, assim, tanto ele quanto o entrevistado podem apropriar-se de seu modo de estar-no-mundo.

E para refletir acerca das nossas compreensões, todas as dezoito visitas à Policlínica foram registradas no Diário de Bordo. Aun e Morato (2009, p. 123), fazendo uma analogia, comparam-no ao “diário de expedição de um viajante, feito a próprio punho pelo protagonista disposto a compartilhar uma experiência”.

Uma vez que a narrativa não se refere a um relato do que foi observado e sentido em um presente momento, mas contém as compreensões atravessadas pela história de vida do pesquisador, articuladas a seus valores morais e compreensões já instituídas em seu saber, enquanto um instrumento que comunica (Moraes & Morato, 2011)

algo vivido e sentido, um diário é como um tecer de muitas estórias interligadas, que também são tecidas por entre outras narrativas. Assim, Diários de Bordo não são apenas restituições da historicidade de uma pesquisa e/ou trabalho, são narrações de biografias da experiência de profissionais: trata-se da perspectiva de quem comunica como ocorreu o revelar-se do outro a um profissional/ pesquisador.... É desse modo que tal forma de registro transpassa um simples relatório descritivo, pois relata a experiência vivida pelo narrador, desvelando o modo de ser humano numa temporalidade não cronológica (p. 86).

Ao narrar uma biografia acerca da experiência do pesquisador de como ocorreu o revelar-se do outro, os diários de bordo distanciam-se, portanto, de um relatório descritivo. O narrador autentica o plural e único que foi vivido e sentido (Aun & Morato, 2009).

3.4 Como se deu o acesso às experiências

Anteriormente às entrevistas, participamos de outras ações interventivas, acompanhando os atendimentos em grupo e individuais das psicólogas. Para realização dessas visitas, já tínhamos posse da Carta de Aceite, emitida pela Secretaria Municipal de Saúde do Recife, e da autorização do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Além disso, realizamos, inicialmente, um primeiro contato com cada uma delas em seu local de trabalho, para lhes apresentar, individualmente, o objetivo geral do projeto, solicitar permissão para

acompanhar por um tempo, cerca de seis meses, sua prática na Policlínica e, posteriormente, realizar uma entrevista individual.

Após essas idas à instituição, a qual foi de grande aprendizado, devido à emergência de diálogos com os pacientes e com as psicólogas, foi marcada a data da entrevista, e solicitada sua permissão para gravar. No momento da entrevista, foi-lhes entregue, para assinatura, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nesse documento, as participantes foram informadas do porquê foram selecionadas, que sua participação seria voluntária, que poderiam retirar seu consentimento a qualquer momento, que sua recusa não traria nenhum prejuízo em sua relação com as pesquisadoras ou com a Policlínica ou com a Secretaria Municipal de Saúde do Recife, e que seriam resguardados os critérios de sigilo.

Também foram novamente informadas sobre os objetivos da pesquisa, como seria sua participação, os benefícios e riscos de participar e que receberiam uma cópia do documento. A privacidade de cada participante será assegurada pela utilização de nomes fictícios na publicação e da não identificação da Policlínica em que trabalham. A gravação e a redação das narrativas ficarão guardadas numa pasta comigo e serão destruídas após cinco anos da data de colheita.

Cada entrevista foi realizada em horário conveniente para as psicólogas, sem prejudicar suas atividades. Foram realizadas individualmente em um único encontro, em seu local de trabalho, e gravadas por dois celulares e um MP3, transcritas e autenticadas por elas para publicação.

3.5 Para compreender as entrevistas

A Fenomenologia Existencial inspira a utilização de um procedimento de análise diferente do que comumente utilizamos. Destarte, para compreensão das narrativas, foi utilizado um método de análise que segue essa mesma perspectiva: o método da *Analítica do Sentido*. Trata-se de uma proposta de Critelli (2007), na qual a narrativa se apresenta como um modo de apropriação da experiência, por possibilitar o desvelamento de outros sentidos sobre o fenômeno.

A autora supracitada conta que Heidegger e Hannah Arendt fundaram e nutriram esse seu método da Analítica do Sentido. Ela compreende o mundo como uma rede de relações significativas, e “o modo de o homem habitar o mundo é realizando o mundo, os outros, a si

mesmo. Através desta realização ele *cuida de ser*, dá conta de ser. Cuidando de ser, ele realiza a si mesmo e ao mundo” (Critelli, 2007, p. 112). Isso porque homem e mundo são compreendidos como “co-originários” desse/nesse/para esse *movimento de realização do real*.

Ao existirmos enquanto *ser-no-mundo-com-os-outros* estamos tratando do lugar onde o ente se manifesta e também do olhar que provê essa manifestação. O aparecer do fenômeno consiste naquilo que se mostra, mas também no que se oculta para um olhar. Não se consegue apreender/compreender a totalidade de algo, pois os sentidos são-nos sempre desvelados, não congelam em uma compreensão, e o modo como os compreendemos está sempre atravessado por outras compreensões.

Desse modo, o movimento de realização é permeado pela afetação. Critelli (2007) o divide, didaticamente, em cinco etapas que se desdobram simultaneamente. São elas: desvelamento, revelação, testemunho, veracização e autenticação. De acordo com a autora, esse movimento não é apenas metodológico, mas tem fundamento e desdobramento existenciais. O fenômeno é percebido, retirado de seu ocultamento, sendo *DESVELADO* de uma determinada maneira, que pode ir sendo modificada. Ao mesmo tempo que os fenômenos aparecem em suas possibilidades de ser, também mostram-se em velamento. O sol e o vento, por exemplo, um dia foram desvelados enquanto possibilidades de obtenção de energia solar e eólica, respectivamente, mas até então essa possibilidade estava velada e se mostravam como sol e vento.

A confirmação e conservação, por meio da linguagem, da existência do fenômeno tal como foi desvelado constituem a *REVELAÇÃO*. A comunicação possibilita “a *conservação do aparecer* e a possibilidade de se cuidar dele.... No nome está contido o que é, como é, para que é algo (ou alguém), no nome está dado o seu destinar-se” (Critelli, 2007, p. 82).

A palavra revela e o que comunica abre espaço para o *TESTEMUNHO*, que também se desdobra como um momento de desvelamento/revelação, modificando quem compreende. A possibilidade de algo existir é aparecer para alguém de algum modo, ser testemunhado. É importante salientarmos, todavia, que algo pode ser falado e não ser dito, pode não revelar-se, ou seja, conserva o fenômeno, mas não o comunica. Em Hannah Arendt (1991), o testemunho possibilita a singularidade. Para essa autora, cada pessoa é única e pode contribuir com a existência humana em possibilidades diferentes e inéditas.

O fenômeno manifesto precisa ser reconhecido como verdadeiro, ter relevância pública, ser *VERACIZADO*. Para tanto, é necessário haver uma referência prévia, um critério, algo que autorize o fenômeno a ser o que se mostra do modo como se mostra. E enquanto possibilidade de realização do real, “a concessão de relevância pública a algo, veracizando-o,

abre o *sentido de ser ...* como o rumo, o norte, o alvo e o princípio, ao mesmo tempo, em relação aos quais se deve *dar conta de ser, de existir*” (Critelli, 2007, pp. 98-99).

O fenômeno é vivenciado em uma experiência singular, é sentido de modo único em/para cada ser-no-mundo. A consistência desse sentir e o modo como ela é compreendida, a *AUTENTICAÇÃO*, só quem sente pode contar. E autenticar depende de nossos estados de ânimos (humores) e de nossas escolhas. Segundo Critelli (2007, p. 108, itálico da autora), as coisas nos são manifestas pelos estados de ânimo, que expressam o sentido (enquanto direcionamento) de nossa existência, dando-nos “*a base das escolhas que fazemos para ser*”.

Vimos que pesquisador e participantes são sempre co-elaboradores da compreensão. Na entrevista, o fenômeno é retirado de seu ocultamento, desvela-se pelo narrador e é revelado pela narrativa, é testemunhado pelo pesquisador ao ouvi-lo, veracizado ao ser articulado às pré-compreensões do pesquisador e autenticado pelos participantes se a forma como compreendemos está ou não coerente com o que contaram.

Os sentidos emergentes proporcionam não apenas o rumo que a pesquisa vai tomando, mas uma apropriação de modos de ser e um “direcionamento” nas vidas dos seus co-elaboradores. Isso porque, “enquanto falamos, organizamos os fatos em uma cadeia de relações significativas. Essas cadeias de relações funcionam como mapas dos acontecimentos e de alguma maneira nos oferecem direções para lidar com eles. Interferem nas nossas emoções e podem modificá-las” (Critelli, 2012, p. 43).

E para refletirmos acerca de nossas compreensões/posicionamentos, a partir de agora iremos discutir sobre os momentos de visita à Policlínica, passando por nossas conversas “informais”, pelas entrevistas, articulando-os às compreensões contidas no Diário de Bordo e dialogando com teóricos que nos auxiliaram na construção das compreensões tecidas.

4 O QUE “VERDES”? (DES)VELAMENTOS A PARTIR DAS NARRATIVAS

Para compreendermos a prática psicológica em Policlínica, tematizamos, até o presente momento, sobre seu percurso na saúde pública e sobre um outro modo de compreender a ação clínica, dialogando com a perspectiva fenomenológica existencial, ao modo de Heidegger. Dando continuidade, no presente capítulo, irei discutir sobre o período em que estive na Policlínica, considerando as possibilidades que me foram desveladas.

Como mencionado no capítulo anterior, entrevistei e acompanhei/testemunhei o trabalho de três psicólogas: Helena, Lúcia e Márcia. Nas entrevistas, todas elas narraram, de modo geral, como cada uma vem tentando dar conta do que é demandado na Policlínica. Não me surpreendi com a fala dessas psicólogas nas entrevistas porque, anteriormente a este momento, fui conhecer o campo e pude acompanhar alguns grupos e atendimentos, conversar com as psicólogas e perceber o dia a dia da instituição.

Acompanhei os trabalhos com grupo de Helena e Lúcia, e acompanhei alguns atendimentos individuais de Márcia. Esses momentos foram intensos por poder já entrar em contato com a compreensão das psicólogas sobre seu trabalho. O que foi revelado em meio a suas narrativas e atendimentos foram seus questionamentos quanto ao modo como exerciam a prática psicológica na Policlínica.

Percebi que durante toda a pesquisa de campo fui afetada pela experiência das psicólogas, do mesmo modo que elas também relataram que se sentiram afetadas pelo fato de serem solicitadas a refletir sobre a sua prática. Em nossos encontros, Lúcia às vezes chorava e sempre reclamava da burocracia institucional. Helena, no momento da entrevista, mostrou-se indignada com algumas conquistas que não se concretizaram da forma como ela gostaria; e Márcia, antes e durante a entrevista, mostrou-se relutante e angustiada em falar sobre suas questões. Foi-lhes dado um apoio nesses momentos de inquietação e elas sabiam que poderiam desistir de participar a qualquer momento, mas não desistiram.

Para mim, foi uma experiência de bastante aprendizado e descobertas, pois eu nunca havia ido a uma Policlínica antes de pensar nesta pesquisa. E por mais que eu me espantasse com algumas situações diferentes do que imaginei, fui compreendendo o modo de olhar das psicólogas diante de suas práticas, e essas impressões e inquietações puderam ser autenticadas por elas quando as entrevistei.

Quando se faz uma cartografia, é preciso desbravar um campo desconhecido e, por isso, o espanto se faz presente. Campo que, assim como o próprio pesquisador, encontra-se em constante movimento e que, nesse encontro, possibilita que algumas compreensões emerjam. Tais compreensões são sempre possibilidades compreensivas que decorrem do modo como o pesquisador é afetado e compreende tal situação. Ao reconhecer a condição de movimento de revelação e ocultação constitutiva do fenômeno, torna-se possível perceber que as compreensões que se vão revelando/velando nesse encontro nem sempre se apresentam de forma nítida, convocando-nos para uma atitude que aguarda e acompanha seu desvelamento. Nessa direção, o cartografar nos possibilita que tais interpretações possam ir se apresentando de forma mais clara, sem, todavia, esquecermo-nos de que são sempre provisórias.

De acordo com Vasconcelos (2011), espanto se refere a um estranhamento, diferente do medo;

estranhar-se diante do mundo é deixar estranhar-se dele, ficar estranho a ele. Essa estranheza gera o contraste posto pela diferença entre o familiar e aquilo que se constitui como o outro. Desse conflito admirado surge a questão. Perturbadora e provocante, a questão inaugura a conversão da posição ingênua para a atitude filosófica (p. 79).

Nesse sentido, o “espantar-se” pode possibilitar reflexão e o desvelamento de outras compreensões. Assim, passei momentos de espanto, indignação, impaciência, encanto, familiaridade, saudade e dúvidas. Analogamente, posso comparar o que senti com alguém que observa atentamente uma imagem de olho mágico. À primeira vista, a prática realizada em Policlínica me pareceu estranha, mostrou-se como uma imagem, que também pode suscitar questões, e que se apresentaram confusas, borradas, coloridas em diversos tons.

Ao aguardar com vontade de conhecer o que poderia revelar-se, outra imagem pode surgir em alto relevo, causando-me surpresa pela descoberta inesperada. No entanto, diferente do que ocorre numa imagem de olho mágico, não havia algo fixo que se mostrava finalmente a mim. A imagem se transformou em outra, e esta em outras, sendo cada uma encantadora do modo como se apresentava.

Tal cenário permite-nos considerar o espantar-se como uma *imagem-questão*. E para tentar ampliar a compreensão acerca dessas *imagens-questões* e esperando que outras possam emergir, a partir de agora, continuarei a narrativa apresentando alguns trechos das entrevistas, contextualizando-as com o auxílio dessas primeiras impressões contidas no Diário de Bordo e trazendo, quando necessário, alguns autores para dialogar.

4.1 Cantinho das cadeiras verdes e marcação de consultas

Nesse momento da narrativa, irei refletir sobre as compreensões e impactos que se revelaram nas minhas idas à Policlínica, tentando tecer uma compreensão acerca desse contexto. Em tal direção, lembro que, quando fui conhecer o campo e apresentar a proposta de pesquisa a uma das psicólogas, observei a estrutura da instituição e fiquei atenta aos detalhes, pois tudo para mim era novidade. Chamou a minha atenção a organização que há lá. As especialidades são separadas por grupos e estes, por cores, e as cadeiras da área de espera de cada grupo têm essas mesmas cores. A área de Psicologia ficava nas cadeiras *verdes*, junto à Psiquiatria, Ginecologia e outras especialidades e, sempre que eu chegava, sentava-me nelas, junto aos pacientes, o que também ajudou em minhas reflexões acerca do objetivo da pesquisa.

Na direção de refletir sobre a instituição, trago uma das imagens-questões que emergiram nesse “cantinho das cadeiras verdes”. Cantinho em que eu aguardava por algo que pudesse me ajudar a refletir sobre o “verde”, sobre a prática do psicólogo em policlínica para Helena, Lúcia e Márcia. Tal **imagem-questão** emergiu no primeiro dia em que fui à Policlínica.

Fui para conhecer o campo e marquei com uma psicóloga para conversar sobre o trabalho que eu pretendo fazer, saber sua opinião e se seria possível que fosse feito lá. Cheguei bem cedo e me informei nas recepções onde era a parte de Psicologia. São várias recepções, cada uma com uma placa indicando as especialidades que cada setor cuida.... Sentei junto aos pacientes. Como cheguei cedo, fiquei conversando com algumas pacientes grávidas que estavam aguardando pela ginecologista. Tinha uma muito irritada porque já era a terceira vez que estava lá e a ginecologista só avisava que não ia no dia da consulta, quando a paciente já estava na Policlínica. (Diário da pesquisadora, 07/12/2014)

Tal situação me levou a refletir sobre o tempo de espera das pacientes na ginecologia, além de observar que eram frequentes as faltas das profissionais, levando os pacientes a comparecerem diversas vezes ao setor e não serem atendidos. Nessa direção, importa observar que, para vários pacientes, essa situação envolve um gasto com passagem e a frustração de suas expectativas.

Por outro lado, as psicólogas eram bastante frequentes, no entanto, pude experienciar algo semelhante aos pacientes quando uma atividade não foi realizada porque uma das psicólogas faltou. Nessa direção, ao dar-me conta da minha frustração devido a expectativa de espera e pela situação de não saber se a psicóloga iria à Policlínica, penso o quanto deve ser

difícil para o paciente e o familiar que esperam sem, muitas vezes, saberem se serão atendidos, mesmo tendo sido marcados previamente.

Durante o meu caminhar, observei que existem algumas sistemáticas no que diz respeito às marcações de consultas para atendimento nesse contexto, que passaram a apresentar-se como outra **imagem-questão**. Há uma Política de Regulação, como vimos no primeiro capítulo, que visa à sistematização e ao controle das marcações dos pacientes que serão atendidos pelas diversas especialidades na instituição, sendo essa marcação realizada pela Atenção Básica ou pelas Unidades de Saúde da Família, por meio de uma central de marcação. Tais marcações são agendadas num dia em que o profissional estará na Policlínica e o atendimento é realizado pela ordem de chegada.

Esse enquadramento advindo da Política de Regulação, em conversa com Helena, ela

explicou que as pessoas são encaminhadas pelo setor básico ou CAPs, mas que se procurarem a Policlínica, não estando cobertos pelo território, podem ser encaminhadas de lá mesmo. Essas pessoas são ouvidas em um atendimento individual... e podem ser encaminhadas para lá mesmo (para serem atendidas em grupo) ou, se for caso de transtorno mental ou atendimento individual, para outra Policlínica ou para uma clínica-escola que atenda de graça. (Diário da pesquisadora, 10/03/2015)

Importa destacar que, na Policlínica visitada, até há pouco tempo, o setor de Psicologia não estava submetido a regras da Política de Regulação, mas, devido a exigências recentes da Secretaria de Saúde do Município de Recife-PE, as psicólogas tiveram que adequar suas práticas.

Márcia, ao compreender que essa Política de Regulação se apresenta como uma perda para o serviço e para o atendimento dos pacientes, à medida que não se dispõe para acolher as demandas espontâneas no momento da procura, fez questão de me apresentar o modo como o serviço de Psicologia acontecia antes dessa implementação. Na ocasião, recordo que:

Quando Márcia chegou, chamou de uma vez todos os que a estavam esperando, inclusive a mim, para sua sala. Os pacientes se sentaram formando um semicírculo.... Ela falou a todos que o atendimento não era por ordem de chegada, mas da necessidade que ela percebia do paciente.... [Uma] paciente de cabelo cacheado se incomodou, pois disse ter compromissos e ter chegado cedo, mas aceitou depois que Márcia lhe explicou que era lei os mais 'graves' serem atendidos primeiro. Então todos saíram para que fossem atendidos individualmente, por ordem de chegada, exceto o primeiro que seria pela necessidade. (Diário da pesquisadora, 07/12/2014)

Em nosso primeiro encontro, Márcia atendeu primeiro àqueles pacientes que precisavam ser atendidos com urgência, e não por ordem de chegada. Esse modelo de atendimento é um modelo antigo que havia na Policlínica e não ocorre mais, o que eu só fui descobrir depois. Na instituição, os atendimentos, hoje, só não acontecem por ordem de chegada se houver um caso que já tenha sido encaminhado para as psicólogas com urgência.

Torna-se relevante atentarmos para o fato de essa psicóloga ter-me apresentado um modo de atendimento diferente do modelo agora instituído pela Política de Regulação. Nesse outro modo de atender, os pacientes não precisavam marcar horário e era dado a eles um esclarecimento em grupo sobre o atendimento a ser realizado, sendo atendidos, primeiramente, os “mais graves”. Isso porque, no início dos atendimentos em Psicologia dessa Policlínica, havia pacientes marcados que não compareciam e outros presentes que não haviam sido marcados e, portanto, não poderiam ser atendidos. Diante dessa realidade, a equipe de Psicologia optou, naquela época, por acabar com a necessidade de marcação, uma vez que essa ainda não era normatizada, pensando numa possibilidade de acolhimento direto.

Consonante, em 1996, começou o serviço de Plantão Psicológico na Policlínica. Esse fora implantado por Márcia, e as outras acabaram voluntariamente aderindo a esse serviço. Tal modo de atender à população se consolidou como um modo aberto para o atendimento das emergências, que ia para além das normas institucionais. Todavia, foi extinto em 2014, devido à Secretaria de Saúde do Recife-PE exigir a entrada da Psicologia no Sistema de Regulação.

Ao lamentar-se por essa decisão da Secretaria de Saúde e, ao mesmo tempo, ressaltando os ganhos que o serviço teve na época da implementação e existência do Plantão, Márcia ressalta que:

foi um ganho muito grande.... esse aporte de sensibilizar a equipe e a equipe entrou, éramos mais quatro pessoas pra atender as pessoas que buscavam acesso e não conseguiam... pela Regulação.... E... esse Plantão foi muito interessante, é... era escuTAR, sem o compromisso de, de cuRAR ou encaminhar.... Veja, veja quantas coisas: o paciente vai ao, ao atendimento... geral, né, aquele protocolo de atendimento. Aliás, ele não, o, o agente de saúde marca pra ele, ele depois vai saber o dia que foi marcado, pelo Sistema, pra chegar à gente. Né, por mais que a gente diga pra, pra, como é que se diz... A gente já teve várias reuniões, né, mostrando a especificidade do atendimento psicológico, a importância de um acesso direto ao psicólogo.... Não é... e, e... a gente mostrou a especificidade de, da, da atenção psicológica, que não pode ser confundida com a especificidade de uma clínica ambulatorial médica.
(Márcia)

Essa fala de Márcia salienta, assim, a seguinte **imagem-questão**: a necessidade que as psicólogas sentem de haver outros modos de acolher os pacientes que chegam à Policlínica,

que ultrapassassem a perspectiva prescritiva hegemônica no contexto ambulatorial e permita o acesso direto do paciente ao serviço.

Como podemos ver também, Márcia se queixa por Helena, Lúcia e ela não serem ouvidas pela instituição, em detrimento de um serviço que simplifique o controle dos atendimentos de todas as especialidades. De modo semelhante, embora a psicóloga Helena, em toda sua narrativa, faça comparações com o modelo consultorial privativo de atendimento individual, também se mostra incomodada com o Sistema de Regulação, à medida que o primeiro contato com o paciente deixa de ser com elas. Lembra, pois, que

no Plantão Psicológico, nesse acolhimento, a gente já tinha, assim... uma liberdade maior de, assim, muitas vezes, numa só consulta às vezes, a, a demanda do paciente já era resolvida.... Assim, pra o paciente era muito melhor porque ele tinha um acesso direto pra gente. Havia uma, um esclarecimento do que era o serviço, do que era o tratamento psicológico, né. E assim, isso facilitava muito a, a... o nosso trabalho aqui. (Helena)

Ao também lembrar da época do Plantão e contrapô-la a realidade atual da marcação, Lúcia destaca que

uma coisa é eu chegar aqui e saber que tal dia e tal hora existe um profissional de Psicologia pra me atender. (pequena pausa) Que aí seria o Plantão. Outra coisa seria eu chegar, querendo falar com um psicólogo, e marcar essa consulta só daqui há dois meses, três meses.... Né, esse impacto é que eu fico às vezes aperrriada, que é uma coisa que a gente vem questionando, né, ora, a Regulação tem tal e tal vantagem, mas o Plantão antes funcionava assim e assim, e a gente tinha um resultado mais positivo em relação ao acolhimento e a assistida. (Lúcia)

Aponta, assim, para os “benefícios” de um serviço que acolha a demanda espontânea no que diz respeito ao atendimento das longas e demoradas filas de esperas. Helena também revela preocupação em relação ao tempo de espera por parte do paciente, e percebe o Plantão Psicológico como possibilidade de ofertar um atendimento menos demorado à população. A este respeito destaca que,

agora, por fim, veio essa questão da Regulação, né, que a prefeitura tá trabalhando com a Regulação, que significa que todos os pacientes que querem ter acesso ao nosso serviço, eles vão ter de passar por uma marcação EXTRA-Policlínica. Não é... Então, essa marcação, esse primeiro atendimento não depende mais da gente, né, então eu acho que isso foi uma perda pra o paciente, né, mas de alguma maneira, assim, houve uma organização do serviço mas eu acho que se perdeu um pouco daquela coisa da espontaneidade. Do paciente ‘Eu tô precisando, eu vou em busca.’.... Porque desde que ele vai marcar essa consulta, às vezes pra ele chegar pra mim, essa consulta é marcada com no mínimo trinta dias antes. Então, o que é que eu, eu percebo hoje, que muitos faltam a primeira consulta, porque talvez o motivo que levou a marcar, depois de trinta dias não existia mais.... nós brigamos e esse atendimento

subsequente continua sob nosso controle. Porque não tinha como a gente liberar um paciente depois de vinte sessões, pra esse paciente sair, fazer uma marcação extra-Policlínica pra retornar pra mim. Podia ser que ele retornasse ou não... Podia ser que ele conseguisse retornar, ou não, e esse vínculo ia se perder. (Helena)

As três psicólogas falaram sobre esse não comparecimento dos pacientes, inclusive para a primeira consulta, o que também era uma questão que se apresentava a mim e que contribuiu para a curiosidade em realizar essa pesquisa. Embora Helena considere a marcação pelo Sistema de Regulação já um primeiro atendimento, acredita que seria melhor se esse atendimento fosse feito pelo próprio psicólogo que vai acompanhar o paciente, demonstrando preocupação com o vínculo. Lamenta a perda do contato direto com o paciente e o acolhimento a demanda no momento de seu surgimento.

A marcação dos atendimentos aparece como algo relevante para as psicólogas, não apenas para a proximidade com os pacientes, mas também para que eles tenham um maior esclarecimento do trabalho do psicólogo e se impliquem no processo. Nessa direção, compreendem a forma como os pacientes estão tendo acesso ao serviço como algo ruim, que dificulta o “pronto atendimento”, mostrando-se preocupadas com os pacientes que procuram o serviço e que, muitas vezes, não chegam a ser atendidos devido ao longo período de tempo que decorre entre a marcação e a consulta. Apontam que se perde a oportunidade de prestar um atendimento ao paciente no momento em que a procura se dá.

Partindo da Regulação, outra **imagem-questão** vai-se configurando, atravessando a expectativa e insatisfação das psicólogas, o que me leva a questionar: como reimplantar o Plantão Psicológico, modalidade que consideram importante no atendimento à demanda, considerando a atual configuração da Policlínica?

O Plantão, por ser uma modalidade de prática que acolhe, como mostraram, a demanda quando ela emerge, parece ir de encontro à exigência da marcação de consultas conforme preconizado pelo Sistema de Regulação.

É curioso que o modo de funcionar do Sistema de Saúde esteja apresentando-se como um empecilho para a prática psicológica em Policlínica, uma vez que foi pensado para melhorar o atendimento à demanda dos pacientes (Brasil, 2010).

O trabalho na área da saúde é realizado em Rede, sendo os níveis de atenção à saúde complementares entre si, ou seja, um não substitui o outro em sua função, mas o auxilia. Assim, a depender do nível de complexidade do risco de adoecimento ou da doença sobre o qual o paciente atendido se encontra, ele pode, ou não, ser encaminhado para alguma

especialidade da Policlínica (média complexidade). E, caso necessário, os especialistas da Policlínica podem encaminhar os pacientes para os hospitais, que oferecem atendimento de saúde especializado de média e alta complexidade. Eles também podem ser encaminhados ao hospital depois de serem atendidos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), considerada porta de entrada do paciente no SUS, ou em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que atende à urgência e à emergência, devido ao processo de troca de informações no SUS (Governo de Minas Gerais, 2016).

Diante dessa configuração, como pensar um acolhimento em Psicologia receptivo à procura espontânea do paciente pelo serviço, considerando a gravidade de cada caso?

Após todas as **imagens-questões** que se mostraram, até agora, com vistas a ampliar nossa compreensão, cabe, aqui, complementar a discussão com um breve comentário acerca da prática dos psicólogos e dos outros profissionais de saúde, que desenvolvem trabalhos nos três níveis de atenção. Poubel (2014) observa que a atuação dos profissionais na saúde mental se constitui um espaço de cuidado vinculado a uma perspectiva de atenção que se ampara no modelo biomédico e destinada à população “identificada com a loucura”.

Complementando essa observação, Rutsatz e Câmara (2006, p. 56) discutem a trajetória do psicólogo na saúde pública e nos lembram que “o modelo assistencial predominante no país teve suas práticas centradas no atendimento terciário e o hospital constituiu-se como meio e fim do cuidado aos indivíduos que sofriam agravos à saúde”.

Tal discussão também abarca os outros profissionais da saúde, uma vez que o modelo tradicional de organização de atenção à saúde está centrado na doença e no atendimento hospitalocêntrico. Ainda hoje, o hospital é visto como um trabalho de melhor qualidade, tanto por pacientes quanto por profissionais (Ceccim & Ferla, 2008). Há um imaginário, segundo os autores, vinculado a interesses corporativos e particulares, de que o emprego público tenha menor relevância, contribuindo para que os profissionais se dediquem ao subsector privado. Assim, os serviços públicos de saúde deixam de ser considerados como política pública e passam a ser pensados como serviços para quem não pode ter um “melhor” atendimento.

4.2 O espaço físico e o fazer-saber das psicólogas

Na busca de interrogar como Márcia, Helena e Lúcia compreendem suas práticas, outra **imagem-questão** me salta aos olhos: o espaço ocupado pelo setor de Psicologia e o incômodo que, muitas vezes, as psicólogas sentem nesse espaço. Todas as salas da instituição são iguais e atendem aos apelos do modelo biomédico. Essa condição da sala incomoda Helena, além da questão das marcações, à medida que se dá conta de que, nesse espaço físico, não consegue realizar uma prática psicológica em conformidade com aquilo que aprendeu na faculdade e considera como sendo uma boa intervenção. Enuncia, pois, que na sua experiência na Policlínica vai percebendo que

tudo aquilo que a gente aprende na faculdade, do consultório, do SETTING terapêutico, não é... Da... Daquela questão toda de neutralidade, de tudo né... Aquela organização toda. No serviço público isso deixa, fica um pouco a desejar, né?... Ainda bem assim.... Graças a Deus a gente tem, né... tem um, tem um respeito, vamos dizer assim, da direção, nós temos uma sala... no início não era assim. No início, quando eu comecei, a gente atendia na sala dos médicos. Não é, era o espaço que a gente tinha pra trabalhar, então a gente atendia... é, numa sala totalmente... assim, assim, vamos dizer desprovida desse setting que a gente conhece, né. Depois as coisas foram se organizando, sensibilizamos a direção na época.... O setting que eu digo é a sala, assim, é... é... organizada pra o atendimento psicológico. Tanto que você vê que ainda tem a questão do birô, a questão das cadeiras assim organizadas, que é uma coisa assim muito médica, né!? (Helena)

Por outro lado, no decorrer da entrevista, a importância de um espaço para ela vai-se mostrando ainda maior. Ela demonstra orgulho em ter batalhado e conseguido uma sala na Policlínica, uma vez que considera o fato de atender em outro ambiente algo que desvaloriza seu trabalho, não apenas por a prática não ser a ideal, mas porque considera a sala, além de um espaço físico, o sinônimo de uma identidade profissional.

Também refletindo sobre o espaço físico das salas e o quanto esse interfere em seus atendimentos, Lúcia observa que algumas questões

são coisas que... que parecem banais mas quando a gente vai ver na prá-ti-ca têm um impacto muito grande. Têm um impacto e... essa coisa que vem de cima, que é até besta, porque você pode dizer assim: “Mas você tá questionando por quê na sua sala tem um birô que é de MÁRMORE, que é pregado na pare-de... Você não pode modificar tal e tal porque o mesmo é pregado na parede. Se eu precisar fazer um trabalho de grupo, eu não posso pegar o birô e botar onde eu quiser.... Não foi perguntado a gente qual era a opinião da gente. Ele já veio assim.... Porque imagine você trabalhar com uma criança tendo um espaço... esse espaço aqui (mostra colocando as mãos em cima do birô de mármore), que é o espaço que eu tenho pra

trabalhar, né... para pegar os brinquedos, para fazer desenho, para espalhar... nesse espaço que eu tenho aqui.... Então eu subentendo que não há respeito às especificidades de cada especialidade. (Lúcia)

É interessante atentar para o modo como cada uma das três compreende o *setting* terapêutico. Helena se incomoda com a falta de um *setting* terapêutico, nos moldes do modelo de clínica consultorial privada. Lúcia também, mas esta acredita que lá não há espaço para esse modo de atender organizado. Já Márcia acredita que, na Policlínica, há o *setting* e que pode atender às singularidades da demanda junto a esse *setting*, sem sentir-se presa aos modelos tradicionais.

Quando Márcia ingressou na Policlínica, não havia sala individual. Ela atendia em uma mesma sala, junto a seus estagiários.

E era muito interessante porque não havia sala, isso aqui não era, né, a Policlínica depois que foi construída. A sala da gente era uma sala grande, que tinha um ar-condicionado muito quebrado, muito velho. Era a, a condição pra que a gente pudesse ficar três numa sala. Se desligasse o ar-condicionado todo mundo ouvia todo mundo. Foi muito bonito. (Márcia)

Das três psicólogas, ela parece que é quem menos se importa com essas questões estruturais, mas, assim como Lúcia e Helena, também não gosta quando está atendendo e alguém bate à porta, apesar de haver uma placa indicando que está em atendimento. Nesse trecho da entrevista com Helena, esta mostra seu incômodo quanto a essas questões:

Então muitas coisas que a gente aprende em faculdade, a gente vê que assim, na tua prática as coisas vão sendo adaptadas em algum momento. Né... Como eu falei, essa questão da neutralidade, você tá atendendo, você bota uma placa na porta “Não interromper”, mas de repente uma pessoa abre a porta... “Doutora, não sei o quê...”. Um paciente que não achou a sala da médica, “Ah pensei que era doutora fulana.” Não é, então assim, são coisas que a gente não tem como controlar, não é, MAS que são coisas que de repente fazem parte já do nosso atendimento, não é, as interrupções, as coisas, a gente já tá aprendendo. A gente teve que se reorganizar pra atender nessa... nessa realidade de Policlínica. (Helena)

Nesse trecho apresentado, Helena questiona se esses atravessamentos já fariam parte do que constitui o trabalho do psicólogo em Policlínica. Na tentativa de ofertar atendimento ao grande número de pacientes que procuram o serviço, as psicólogas foram descobrindo outros modos de intervir para além do modelo psicoterapêutico individual, que ainda continua sendo realizado na Policlínica. Nessa direção, foram pensando a possibilidade de desenvolverem atendimentos grupais, possibilidade que pode ser pensada como outra **imagem-questão**.

No período em que estive circulando pela Policlínica, pude participar de alguns encontros dos grupos. Em um encontro com o grupo de Helena:

Cada pessoa falava, uma por uma, o que quisesse. Se desse tempo (uma hora de encontro) todos falariam, senão, quem sobrasse só na próxima semana. Ontem houve uma paciente que não falou por não ter dado tempo.... Pareceu-me um atendimento individual realizado num aglomerado de pessoas. Eu sei que, ao ouvir as experiências dos outros, elas podem levar algo para si, algo pode ser significativo na vida delas, mas me parece que, se houvesse uma interação, provocada pela psicóloga, a demanda do grupo poderia ser atendida. (Diário da pesquisadora, 10/03/2015)

Nesse encontro, a psicóloga fez intervenções pontuais, voltadas para o cotidiano dos pacientes, aconselhando-os individualmente. Esse modo de atender não estava claro para mim, pois haveria algum sentido em as psicólogas atenderem assim? Seria uma demanda institucional? Seria uma demanda delas? Ou dos pacientes? Mais a frente, a compreensão dessa imagem-questão será ampliada.

Por enquanto, iremos nos deter a outro questionamento suscitado por essa imagem: será que o cumprimento da produtividade exige atendimentos rápidos, com pouco tempo de horário, ou será que, no horário disponível, haveria um modo de organização em que todos os pacientes, caso quisessem, fossem ouvidos? Ao interrogar, não me refiro à modalidade de prática que essas psicólogas desenvolvem, mas ao modo como as estão desenvolvendo.

Entretanto, interrogo se a intervenção que o grupo proporciona, uma vez que somos ser-com, seria uma possibilidade de acolhimento as demandas dos pacientes. Concluindo, por enquanto, essa indagação, pergunto: será que esse modo de intervir estaria, por si só, concentrando-se apenas na queixa, ou a possibilidade da escuta da fala do outro poderia suscitar alguma apropriação, nos pacientes, acerca de sua demanda?

Parece que não é necessário falar no grupo para ter sua demanda acolhida. Entretanto, quando o paciente sente a necessidade de falar, esse modo de atender, algumas vezes, pode não dar conta de tais necessidades, considerando a “grande” quantidade de pacientes.

Tal imagem vai se apresentando em outras nuances, formando outras **imagens-questões**. Desse modo, continuando a narrativa sobre o modo de atender em Policlínica, trago outro recorte do meu Diário de Bordo:

Foram seis pacientes e elas quase não interagiram, e só três falaram sobre suas questões, sendo que a terceira ainda apressou outra que estava falando, pois disse precisar muito falar hoje. Para esta só haviam restado 5 minutos, ou seja, apenas duas pacientes falaram por

quase uma hora. Ah, outra falou também, mas só quando estávamos ela, Helena e eu na sala, e a psicóloga disse, e eu concordo, que a paciente poderia levar aquilo para o grupo. O problema é que o próximo encontro será só semana que vem e a paciente nem vai poder ir. Ela foi ouvida, mas seria extremamente importante se o grupo pudesse estar ali. Conversamos novamente, Helena e eu, sobre o pouco tempo para ouvir tantas histórias. Discutimos sobre a questão do grupo ser “estruturante” (sic), das pessoas mesmo que não falem estarem ali e de algo se apropriarem. Eu mesma levo algum aprendizado do que é dito, mesmo sem falar. Perguntei quantas horas semanais elas têm de trabalhar e são 30, sendo no mínimo 8 pacientes por dia. São elas que fazem seus próprios horários, o que eu já tinha percebido. Atendendo em grupo, ela consegue mais do que isso, e tem uma quantidade boa no mês, segundo ela. Se atender menos ao todo no mês, sua “produtividade” (sic) foi baixa e se atender mais, foi alta. Achei esses termos muito estranhos para falar de pessoas, mas é assim mesmo lá. Disse que não recebem a mais por isso e sorriu brincando, como se estivesse lamentando. (Diário da pesquisadora, 13/04/2015)

O modelo tradicional de clínica que segue o modelo biomédico, resolve, cura, tem pressa, quer produtividade e lucro. Diante de tal modelo, que parece ter grande repercussão no modo de atender na Policlínica, outra **imagem-questão** se apresenta: o trabalho das psicólogas no contexto ambulatorial da Policlínica, ambiente hegemonicamente médico, está atravessado pelas premissas sustentadas pelo modelo biomédico, que se configura, inclusive, pelo uso de “jalecos” pelas psicólogas. Em meio a esse panorama, questiono-me, então, se a prática psicológica na Policlínica poderia ser diferente.

Contudo, é relevante perceber que o objetivo das psicólogas ao diagnosticarem, por exemplo, parece ser de abertura para dar conta do que compreendem ser demandado, e não o de simplesmente impor uma resolução. Seu reconhecimento como psicólogas está vinculado ao modelo de clínica que resolve um problema que é de caráter individual, portanto elas não têm a autenticação de outro modo de atuação.

Ao continuar refletindo sobre essa prática no contexto da Policlínica, percebi que não apenas Helena atende atravessada pelo modelo tradicional de consultório, mas Lúcia e Márcia atendem de forma parecida, trazendo de volta a **imagem-questão**, já trabalhada anteriormente, só que agora parece haver realce de outra dimensão de tal imagem. As psicólogas costumam explicar, esclarecer, pareceu-me que isso não é apenas um modo de atender dessas psicólogas, mas uma necessidade do serviço público de ser informativo, pois, às vezes, o paciente aparece com alguma patologia da clínica médica e a desconhece. Acredito que é fundamental um psicólogo trabalhar assim, olhando para as necessidades concretas do paciente. Entretanto, é preciso atentar para que as explicações não virem

informações baseadas em premissas diagnósticas, com o risco de focar na queixa e não acolher a demanda.

Sobre esse assunto, no grupo com Helena, as questões que emergiram inicialmente foram tomando outra forma. Percebi que esse modo de intervir das psicólogas, também contribui para ampliar a compreensão do paciente acerca de sua demanda, trazendo outras dimensões que estavam veladas, mas será que poderiam encaminhar outro modo de “cuidar de si”?

Percebi que as intervenções de Helena não eram um bate-papo, mas um modo mais concreto de falar, como um trabalho psicoeducativo necessário para facilitar o afloramento da demanda. Isso possibilitou que eu ampliasse minha compreensão sobre a prática psicológica nesta instituição, tanto em relação ao modo de conduzir o grupo de Helena, quanto ao modo de intervir das outras psicólogas. (Diário da pesquisadora, 23/03/2015)

Esse modo de atender, que ao menos ouve, constitui-se já numa intervenção, o poder falar, escutar e ser escutado possibilita ampliar a compreensão do sofrimento /queixa, podendo apresentar-se como uma intervenção psicoeducativa, dimensão que já aponta para outra **imagem-questão**, e amplia nossa compreensão sobre as anteriores.

Nesse sentido, esse modo de estar-com das psicólogas apresenta-se como uma possibilidade de acolher as demandas a partir de premissas teórico-explicativas. A partir dessa perspectiva, faz sentido um acolhimento psicoeducativo à medida que esse permite

proporcionar um suporte informativo (fornecer informação útil e instrumental sobre a temática) e um suporte emocional (criar espaço para expressão e normalização de emoções associadas à problemática e treino de competências de redução do stresse, gestão das emoções e resolução de problemas) (Centro de Atendimento Cinquenta Mais, 2016).

Tal caminho se apresenta às psicólogas frente à dimensão social expressa nas demandas trazidas por seus pacientes, fazendo com que Lúcia narre um modo de estar-com seus pacientes semelhante ao de Helena. Acompanhando-a em um atendimento, lembro que:

Durante o encontro, havia uma paciente novata. Quando Lúcia perguntou qual delas gostaria de falar hoje (o mesmo fazia Helena), ela foi a primeira a levantar a mão. Enquanto contava suas queixas, Lúcia tentava fazê-la refletir sobre o que dizia. O encontro todo girou em torno do que ela trazia, sendo que as pacientes lhe davam conselhos sobre como ela poderia resolver suas questões e davam suas opiniões. Para fechar o encontro, Lúcia trouxe novamente a reflexão, diante de tudo o que foi dito, para que a paciente percebesse que, e foi mais ou menos o que falou, essas tentativas das outras senhoras lhe ajudarem não bastam se ela não se entregar à proposta do grupo de mudança. (Diário da pesquisadora, 23/04/2015)

De modo semelhante, Helena compreende que o psicólogo tem a função de mostrar ao paciente um caminho diferente, mas, apesar desse modo de pensar que toma para si a responsabilidade em dar conta da demanda do paciente por ele, também o compreende como alguém capaz. E, por isso, quer ensiná-lo a perceber que ele pode aprender a resolver seus problemas, nessa direção, revela que a prática na Policlínica não visa, apenas, a

tratar o paciente, mas ensinar o paciente, a se tornar... ter mais autonomia sobre as dificuldades dele. Né? Então realmente é um processo de aprendizagem. E um processo de aprendizagem ele tem de modificar a pessoa que aprendeu, não é!? Não é um processo de memorização, não é um processo de observação, mas é um processo de, de, de inter é... como é que eu posso dizer, a palavra me fugiu, de colocar pra dentro né, aprender mesmo, é um processo interno. Né, e aquilo ali dentro de você fazer algum sentido e modificar alguma coisa dentro de você. Não é, e dizer “Poxa eu aprendi, agora eu sei fazer”. Não é, “Agora eu sei, que isso aqui eu já sinto”, eu tenho paciente que diz, “eu já sinto quando a Depressão tá querendo chegar, mas aí eu já sei mais ou menos o que eu posso fazer, eu já sei quando eu tenho que procurar ajuda”. (Helena)

Ao intervir e ensinar como seu paciente pode lidar com seus problemas, suas questões, espera-se que ele desenvolva uma autonomia que lhe permita enfrentar suas dificuldades futuras, a esse respeito, enuncia-se:

é a questão de educar o paciente diante daquela problemática que ele tem, fazer um trabalho educativo diante do que ele tem, o que pode tá causando, o que pode tá mantendo, como pode aquilo ser trabalhado, pra que NO FUTURO ele não necessite tanto de um apoio psicológico, mas das coisas que ele aprendeu e incorporou e “eu já sei como lidar com isso”. Né, então eu acho que essa parte educativa do paciente, não é, que eu vejo muito nos meus pacientes de grupo “Eu já aprendi a lidar com isso!”. (Helena)

Gradativamente, vou-me aproximando do modo como experienciam a prática psicológica na Policlínica, momento em outra **imagem-questão** emerge: formação acadêmica x políticas públicas. Percebo que Márcia, desde seu ingresso na instituição, se encontra incomodada com os modelos propostos pela formação acadêmica. Diante disso, buscou modalidades de prática que respondessem à demanda e queixa-se que as políticas públicas contribuem para universalizar os procedimentos de atendimento. O que podemos observar nesse trecho de sua entrevista:

Depois, a própria experiência junto a esse usuário, com esse usuário, é... me deu a condição de interrogar minha prática. Depois, é... coloquei como objeto de estudo do meu Mestrado, e da pós graduação, é... É muito forte, assim, as políticas públicas de saúde quando elas nos determinam o que fazer. E essas políticas públicas elas são cartográficas, elas são muito

importantes.... Foi no fazer-fazendo que a gente começa a entender, né, o que é que seria, né, importante fazer.... Mas quando a gestão, ela pega as políticas públicas, né, e toma como gestão, como política de governo, é possível engessar. Então... ela determina, ela universaliza né!? A política pública ela universaliza e determina. (Márcia)

Outra **imagem-questão** aparece, agora na fala de Lúcia, com relação à prática psicológica. Expressa o conflito que vive entre a rigidez com a qual se sente cobrada na realização de um bom serviço, compreendido como psicoterapia individual, ao mesmo tempo em que percebe que um atendimento psicológico pode acontecer (ou não) em diversas modalidades de prática psicológica. Por exemplo, fazer um grupo operativo ou dar uma “palestra” com informações que vão ajudar aos pacientes, pode ser compreendido como uma intervenção psicológica vinculada ao educacional ou social. Ao compreender a prática psicológica desse modo, sente-se mais confortável com sua atuação na Policlínica. Todo esse conflito é vivenciado do seguinte modo:

Ou você acha que tá fazendo saúde mental só se tiver no seu consultório atendendo o seu paciente que está com Depressão? Porque eu faço também a palestra de planejamento familiar e eu me vejo fazendo saúde mental. Eu não tô somente explicando que a camisinha é desse jeito e bá, bá, bá. Porque, de repente você tem que abrir pra entender aquela mulher que tá ali num problema de planejamento familiar. Então é essa flexibilidade que eu falo.... Eu NÃO ACHO que estou sendo mais psicóloga ou menos psicóloga porque tô dando palestra, né? E, muitas vezes, dentro da palestra a gente identifica um paciente depressivo, a gente identifica uma paciente ansiosa, uma paciente que quer muito ter um filho e não consegue. (Lúcia)

O cuidado com a “saúde mental” está sendo compreendido por ela, assim como para Helena, como surgindo a partir do desenvolvimento de um problema emocional ou psicopatológico, sendo, portanto, diferente do que uma enfermeira ou uma assistente social, por exemplo, faria.

A partir de tal **imagem-questão**, outra se apresenta. Todas demonstraram muita vontade de fazerem o que fosse melhor para os pacientes e um incômodo, muitas vezes, vivenciado por compreenderem que suas ações se distanciam daquilo que cada uma compreende ser o modelo ideal de atendimento em Psicologia.

Nessa direção, cabe sinalizar um atravessador da prática psicológica: a história de constituição da Psicologia como profissão. Ferreira Neto (2008) lembra que,

historicamente, a formação em psicologia tratou da diversidade inerente a nosso campo de modo a segmentar e compartimentalizar, teorias e métodos, diferentes áreas de atuação, diferentes abordagens. Enfim, os cursos tendiam a uma formação setorializada, enfatizando mais os antagonismos que as possibilidades de conexão, o que ainda não foi superado por completo (p. 68).

Desse modo, não só o ambulatório como qualquer outro local de inserção do psicólogo, em tese, está propenso a reproduzir a lógica consultorial do especialista. Importa compreender que Helena, Lúcia e Márcia desenvolvem suas práticas não apenas em meio a um contexto ambulatorial e com hegemonia do pensamento biomédico, mas carregam em seu fazer essa trajetória da formação acadêmica do psicólogo. Tal formação era/é dividida em áreas de atuação que seriam *especializadas* no “contexto social” e áreas que cuidariam especificamente do individual e intrapsíquico. Uma vez que as psicólogas/participantes da pesquisa atendem em Policlínicas (unidades ambulatoriais que oferecem serviços especializados), fica mais claro, agora, compreendermos as posturas de Helena e Lúcia ao desenvolverem seus trabalhos focando na “parte” emocional da vida do paciente.

O que é aprendido na formação acadêmica parece não estar dando conta, sozinho, das demandas populacionais; uma vez que, entre outros fatores, tais demandas também se modificam ao longo do tempo e que cada paciente é único. Assim, como forma de modificar esse cenário, foi proposta uma educação continuada em saúde. Para atingir esse objetivo, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde “propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações” (Brasil, 2007).

Acrescenta-se a esse panorama da compreensão de homem que conheceu em sua formação acadêmica, a questão do trabalho do psicólogo em ambulatórios especializados em atendimentos à saúde mental, como as Policlínicas, estar atravessado por mais uma questão que o psicólogo precisa lidar. De acordo com Guimarães, Oliveira e Yamamoto (2013, p. 665) “os ambulatórios de saúde mental abrigaram duas lógicas de funcionamento contrastantes e, ao mesmo tempo, resultantes da convergência dos movimentos de reforma psiquiátrica e sanitária: o modo asilar e o modo psicossocial”. O modo asilar, vinculado à lógica biomédica, considera a demanda como um problema individual do paciente. Já na lógica psicossocial, busca-se uma apropriação do paciente acerca de sua demanda para que possa dar conta de si vivendo em sociedade.

As psicólogas questionam essa configuração e o modo como aprenderam a prática psicológica na faculdade. Tal questionamento vem apontando para a necessidade de haver um

espaço para problematizar os trabalhos desenvolvidos na Policlínica; o que poderia acolher tanto as demandas dos pacientes quanto as dos funcionários. Vejamos, a seguir, outras demandas apresentadas por Lúcia, Márcia e Helena.

4.3 Desconforto vivenciado pelas psicólogas

Todas elas apresentaram extremo cansaço. Márcia por estar travando uma luta entre o que sente como demanda e o que lhe é determinado que faça na Policlínica. Lúcia e Helena, embora atribuam seu cansaço também às determinações da Policlínica, percebo que ele pode estar sendo reforçado também por separarem o “eu” do “mundo”, o indivíduo do social, cobrando-se por ter de dar conta deste “eu” sem que os problemas do “mundo”, externos ao paciente, estejam “resolvidos”.

Nessa direção, o sofrimento de Helena, por não poder eliminar os problemas pelos quais, de acordo com o seu ponto de vista, justificam e reforçam o sofrimento de seus pacientes, pode apresentar-se como uma **imagem-questão**. Ela separa a demanda no que é da dimensão do psicológico e do social, sendo atribuição do psicólogo cuidar do emocional, que faz parte do indivíduo e se diferencia do mundo, do externo. Um é a solução para melhorar o outro, e se o social estiver “todo resolvido”, ela sente que poderá ver e solucionar, de forma mais rápida e intensa, o problema emocional do paciente. Desse modo, sente-se sobrecarregada. É como se sentisse que não pode doar-se totalmente a seu trabalho.

Ao considerar essa dimensão social que interfere em suas intervenções, enuncia que, em muitos casos, a demanda:

É não ter onde morar, é tá com um aviso prévio “vai perder o emprego”, ou “vai ser despejado da casa” e a pessoa começa a desenvolver algumas questões, algumas questões psicossomáticas, que a gente vai ter muito, muito, muito! Então assim, são coisas sociais que infelizmente a Psicologia não... não tem PODER para mudar, né, e aí a gente vê essa questão social muito, muito, muito arraigada nessa questão do adoecimento desse nosso paciente, de baixa renda. Não é... não é só o psicológico. O psicológico às vezes vem em função de uma situação social, ou vem agravado por uma situação social, não é, pela falta de escolaridade, pela falta de conhecimento, pela falta de informação... Não é, então são fatores agravantes que fogem, infelizmente, ao nosso “poder” entre aspas... de cuidar, de, de “resolver” também entre aspas. Né, então muitas vezes a solução pra aquela questão, muitas vezes, é a pessoa arrumar um emprego, é a pessoa ter que comer, que às vezes, né, tem dificuldade pra conseguir.... Aí o que é que a Psicologia vai fazer: “Vamos lá, você agora vai ter que se adaptar a sua nova fase. Você nem vai poder trabalhar, você nem vai poder comer.” Você se

sente impotente! Né, então assim são coisas que fogem ao nosso controle. E isso é frustrante! (Helena)

Helena sente-se bem em realizar um trabalho com relevância social, uma vez que ajuda aqueles que não podem pagar por um serviço melhor em um consultório particular. Considera social e psicológico âmbitos diferentes. Desse modo, aponta os fatores sociais como causadores dos problemas psicológicos, sendo, assim, empecilhos para realização de uma boa prática. Essa separação que faz entre individual e social, fica mais clara no trecho a seguir, quando destaca que essas duas dimensões

são coisas que se atravessam né, nessa vida dessa pessoa que se apresenta pra gente, que a gente tem que entender que a gente trabalha só uma lacuna, só um... uma questão, que é a emocional. Né, e o ser humano ele é um todo muito complexo, né, tem vários atravessadores que o tornam um todo complexo. (Helena)

As três psicólogas parecem considerar o contexto macropolítico como atravessando suas práticas. Para elas, esse contexto é considerado um problema amplo que não se consegue dar conta apenas com o atendimento psicológico. Assim, consideram-no como uma dimensão da vida do paciente e buscam acolher a demanda considerando as desigualdades sociais que se apresentam.

Junto a essa **imagem-questão**, outra se apresenta no fundo: a produtividade. Elas têm a responsabilidade de dar conta de uma demanda grande, respondendo a ela de modo burocrático, ou seja, têm de cumprir sua quantidade de tarefas e responder por isso ao final do dia.

Diante do cansaço provindo de tanta pressão por produtividade, Lúcia menciona a necessidade de os profissionais da saúde mental também serem ajudados e indica que seu adoecimento foi em função da quantidade de responsabilidade que se colocou e do modo rígido e “correto” de querer lidar com as situações.

A inquietação de querer DAR CONTA de uma demanda, que... é um processo de adoecimento muitas vezes, que faz com que os próprios profissionais que estão NA saúde mental, precisem ser ajudados pra não adoecer da saúde mental.... Porque a Rede de saúde mental para o próprio funcionário também é complicada. (pequena pausa) Né... E aí você vê a demanda, a demanda, a demanda, chegando, chegando, chegando, e você... né, sem conseguir contornar.... Infelizmente, aconteceu comigo uma desistência, e a partir daí eu tive de mudar de estratégia pra poder dar conta. Né!? E aí foi quando eu tive que repensar o que é que eu vou fazer, o que é que eu posso fazer... o que é que eu consigo dar conta.... Então hoje, dessa

forma, tá mais tranquilo e as coisas tão funcionando. Então a cada dia uma atividade, cada dia uma coisa e o que não der pra fazer... ter consciência que não depende só de você. (Lúcia)

No primeiro contato que Lúcia e eu tivemos, que foi o momento de apresentação da proposta de pesquisa, parecia que ela não queria conversar, nem comigo nem com ninguém, e foi surpreendente o que emergiu desse momento.

*Falei sobre meu interesse em participar de algum atendimento para facilitar a compreensão sobre a prática psicológica em Policlínica. Ela disse, para meu espanto, que tudo bem, mas se mostrou preocupada porque não poderia me mostrar tudo o que gostaria. Falou-me que estava doente, indo para psicólogo e psiquiatra. E começou a relatar o seu trabalho na Policlínica atribuindo-o como desencadeador dessa doença. No decorrer de sua fala, percebi que ela ... estava apenas expressando seu cansaço, que era imenso. Acho que passamos mais de trinta minutos conversando, quase que ela não me deixava sair da sala e, quando eu ia saindo, agradeceu dizendo que foi muito bom **desabafar**.* (Diário da pesquisadora, 16/12/2014)

Antes de conseguir falar com Lúcia, fiquei esperando-a no corredor, pois estava atendendo a uma paciente. Observei que esse corredor era

relativamente estreito, só cabem juntas duas pessoas na largura e da outra vez e dessa eu estava com pacientes, que esperavam ser atendidos. O interessante é que todos pegam uma ficha com o número de senha que serão chamados e a cor das cadeiras para esperarem, mas muitos, acho que por impaciência de esperar e às vezes voltar para casa sem atendimento, pois o profissional falta, ficam à porta. Nesse dia os pacientes estavam bem agitados. Uma bagunça. Pessoas passando de um lado para o outro nas cadeiras coloridas, desde a hora que cheguei, e no corredor, onde eu estava agora, havia duas mulheres reclamando alguma coisa. (Diário da pesquisadora, 16/12/2014)

Nesse primeiro diálogo com Lúcia, ela foi contando o que a incomodava, e repetiu na entrevista.

Ela disse que antes de adoecer era uma pessoa dinâmica. Tinha feito grupos com crianças (entre os banheiros e as cadeiras coloridas), levando brinquedos e materiais para trabalhar com eles e com quem os trazia, objetivando atender a um maior número de pessoas. Queixou-se da Secretaria de Saúde não investir em materiais lúdicos, sendo que ela mesma pagava o que levava. Falou do computador, que estava quebrado, e pedia para algum funcionário tirar e ninguém tirava, até que ela mesma tirou e teve mais espaço em sua mesa. (Diário da pesquisadora, 16/12/2014)

Esse modo pelo qual vem compreendendo sua prática está consonante com o clima institucional, pois, a todo momento, é pressionada por produtividade, o que se configura em outra **imagem-questão**, que também diz de uma identidade e de um reconhecimento profissionais. Precisa ter flexibilidade para atender a uma vasta demanda e ainda aguentar ser

vista pelos colegas como não trabalhando com saúde mental nos momentos em que dá palestra de planejamento familiar, pois eles não compreendem que haja ação clínica nesse modelo de prática. Diante desse panorama, como nos desvincularmos do modelo técnico-assistencial da Atenção à Saúde?

Além de cansada, percebo Lúcia bastante frustrada e desanimada. Não está trabalhando como gostaria e se encontra sem perspectiva de que um dia vá conseguir. Desestimulada para pensar estratégias de atendimento que correspondam à demanda, parece-me que está indo à instituição cumprir apenas a carga mínima de atendimentos exigidos.

Diante de todo esse panorama apresentado, questiono se esse movimento de tentativas frustradas de dar conta tanto dos sofrimentos dos pacientes, como também dos seus, possa ter contribuído para que Lúcia desencadeasse um adoecimento. Em nossos encontros, Lúcia demonstrou claramente que precisava de uma escuta e disse que iria procurar um atendimento psicológico, além do psiquiátrico que já faz. Atribui seu modo de estar agora a todo o contexto que me apresentou da Policlínica.

Lúcia levanta a questão de qual seria, afinal, o papel da Policlínica na Rede de Saúde Pública, e acredita que seu trabalho seria melhor se a Rede como um todo, principalmente a Atenção Básica, colaborasse. Questiona-se

qual é de fato, e talvez poderia ser um estudo mais profundo, de qual seria realmente o papel da Policlínica, nesse modelo de saúde que a gente tem hoje? Porque a gente questiona! ... vários concursos foram realizados, porém foi direcionado pra questão da atenção básica... Mas há coisas que ainda chegam pra gente... dando a sensação de que algo ainda não funciona como deveria. Porque a gente não tem, como Policlínica, um centro de especialidades onde você vai em busca de um atendimento altamente especializado. Ou seja, aquilo que a atenção básica não resolveu lá, que não deu conta, que precisa de uma avaliação mais específica, mais profunda, e aí encaminha. E aí às vezes a gente se questiona com situações... fica pensando “isso aqui poderia ter sido resolvido lá.” (Lúcia)

Encontra-se muito cansada e desanimada, carrega um sofrimento muito grande, uma inquietação de deixar a Policlínica, inclusive já pediu licença, por esse modo de estar angustiada em que se encontra. Voltando a narrativa sobre ter de dar conta da demanda,

Helena

explicou que seria ideal se, por exemplo, se conseguisse atender a um grupo apenas para pessoas com Síndrome do Pânico e que, no entanto, na saúde pública isso não é possível, pois é muita gente, não havendo como iniciar um grupo e ter um tempo para terminar aquele mesmo grupo. Os pacientes têm de ser atendidos juntos, havendo, segundo ela, trocas de experiências. Disse que relutou em atender a grupos. Primeiro apenas Márcia e Lúcia

atendiam assim, mas ela foi percebendo que não estava conseguindo dar conta da quantidade de pessoas que procuravam ajuda. (Diário da pesquisadora, 10/03/2015)

Enquanto eu refletia sobre esse seu modo de atender,

Lembrei que Helena havia falado que começou a atender em grupo por conta de que havia muitos pacientes. Falou que relutou e que foi a última das três a atender em grupo, as outras já atendiam faz tempo. Percebo que o modo como ela compreende um atendimento em grupo está consonante a esse fato de ela não ter interesse inicialmente de acolher um grupo, mas de ser mais rápida devido à quantidade de pacientes. Essa minha inquietação não estava, portanto, dizendo apenas sobre o modo diferente do dela que eu me acostumei a trabalhar durante a formação, mas de que algo no grupo não faz sentido. Não significa que poderia ser de um ou outro modo simplesmente, mas que poderia ser de modo mais significativo para a psicóloga e talvez até para os pacientes. Pareceu-me que Helena prefere trabalhar com atendimentos individuais. (Diário da pesquisadora, 24/03/2015)

Para Lúcia, assim como para Helena, há um vínculo entre o modo como trabalham e o modelo clínico tradicional, percebendo o “tratamento” como um processo. Esse vínculo pode contribuir para que seus atendimentos desconsiderem cada encontro como único e que haja a expectativa de continuar o assunto no próximo comparecimento do paciente. Desse modo, quando ele não comparece, é como se o trabalho estivesse sendo mal feito, inacabado, e o que percebem sobre a demanda do paciente que já poderia ser apontada neste momento de percepção, espera o contato seguinte. Nessa mesma linha, lembro:

Lúcia havia me dito que, em sua opinião, no serviço público, as pessoas não entendem o tratamento como um processo. E disse ser difícil, pois algumas pessoas quando melhoravam saíam sem informar ao psicólogo.... Então com essa conversa com Márcia fiquei pensando que, se um atendimento individual já não ocorre como o psicólogo espera... [podendo a prática psicológica] estar sendo compreendida como ‘começou a melhorar, então acabou’, não sendo compreendida pelos pacientes a importância de cumprir o combinado. Ou talvez não sendo compreendida pelos psicólogos a importância de atender sem pensar no combinado, mas aproveitando cada encontro como se fosse único, independente da modalidade. (Diário da pesquisadora, 17/12/2014)

Voltando a narrativa sobre flexibilidade para dar conta da demanda, trago Márcia, que teve uma história de conquistas e também se encontra hoje desanimada. Mostra que, desde o seu ingresso na Policlínica, procurava modos de atender que possibilitassem o acolhimento a demanda. No início, ao mesmo tempo em que ela procurava fundamentar o que fazia, guiando-se por um modelo hospitalocêntrico de atendimento, também não havia, na Policlínica, um entendimento muito claro da função do psicólogo. Desse modo, buscou capacitação para ampliar a compreensão sobre sua prática, o que, além de ajudar a se sentir menos desamparada diante das demandas, contribuiu para suas reflexões acerca das políticas

públicas. Entretanto, salienta que ainda estava presa ao crivo teórico, inclusive por ter de elaborar um diagnóstico a partir de uma relação de causa e efeito, e isso permeava o momento de encontro com o paciente.

Eu me sentia desamparada, lançada, junto ao usuário, é... frente às demandas complexas dele, de uma miséria crítica, de um sofrimento agudo, de um contexto absurdo, né, de desamparo e cidadania, e... eu não estava entendendo, é... “Qual meu ofício diante dessas demandas?”.... Naquele momento eu, eu entendia que a minha formação acadêmica poderia me ajudar a realizar os procedimentos. Isso me ajudou bastante, as academias, e as metodologias, pra interrogar minha prática E também de ter uma certa crítica em relação às políticas públicas, que determinavam meu fazer na Unidade.... É... me deu também uma, uma, uma vista crítica sobre... as amarras que estão dentro da instituição de saúde, que nos determinam essa ação... Mas, é... eu ainda reproduzia o crivo teórico, o crivo metodológico, né, nesse encontro junto a esse usuário. No encontro junto ao usuário. Eu não me permitia, né, chegar a ele sem uma... uma possibilidade de uma compreensão teórica.... Eu queria compreender numa relação de causa e efeito o que é que tava ocorrendo. Porque exigia uma compreensão das demandas para poder explicá-las. (Márcia)

Assim como Helena e Lúcia, seu desânimo para realizar seu trabalho está vinculado ao incômodo sentido com a configuração do modelo ambulatorial. O engessamento a atrapalha para se entregar ao encontro com o paciente, pois há a exigência para atender às prescrições advindas do modelo biomédico, predominante no contexto ambulatorial, que busca o diagnóstico e seu tratamento.

Márcia parece sofrer por uma sensação de aprisionamento, que pode estar sendo reforçada por ter perdido a vida dinâmica que tinha. Reclama porque a Policlínica não tem mais tanto contato com o território. Sente que não se movimenta mais no instituído, contudo busca mudanças que possibilitem questionar esse instituído, por isso participa de congressos, fóruns e desenvolve trabalhos pensando na melhora da instituição. Sente que ainda está movimentando-se atualmente, mas agora encontra mais espaço do “lado de fora” da instituição.

Quanto a essa **imagem-questão**, foi importantíssimo para Márcia o trabalho no território, pois pode entrar em contato com condições que não requeriam um atendimento ambulatorial. Embora procure agir apesar das determinações institucionais, incomoda-se hoje com a falta de dinamicidade na Policlínica, e, assim como Lúcia, da implantação de modelos sem questionamento/estudo suficiente.

Depois eu passei em outro concurso e nesse outro concurso que eu passei, eu tive a oportunidade de ir pro território. Eu atuava aqui na Policlínica de tarde e de manhã estava

no território, eu estava diretamente nas funções de lá.... Essa experiência no território me deu uma condição muito importante pra eu atuar aqui dentro da Policlínica. Sem aquele modelo mais ambulatorial.... São coisas muito bonitas da minha experiência. Eu não tinha me dado conta que tinha entrado no SUS com uma outra forma de, de atender.... Aí veja só, a gente montou, a gente montou uma sala de ludo e nós montamos uma sala de atendimento grupal e individual. Foi uma conquista, né!?... Então hoje uma pessoa... daqui há dois meses... é que marcam pra gente. Então... Perdemos, né, quase doze anos de Plantão, né... favorecia um acesso melhor, né, pra eles. Mas as coisas não vão ficar assim não, viu!? Porque a gente vai virar essa canoa. Eu acho. Eu tenho essa pretensão. (Márcia)

Ao longo de sua entrevista, Márcia fala sobre essa sua “intenção de atender”.

Quando pedi que me explicasse esse termo, ela falou que seria uma vontade de ajudar.

Esclarece que essa vontade está clara para ela em sua prática, mas o como fará isso será decidido junto com o paciente.

Lidar com os atravessadores da instituição se apresenta, para elas, como uma tarefa difícil, fazendo-as sentir-se desamparadas e sozinhas. Márcia estava angustiada e, ao mesmo tempo que diz querer sair da instituição, faz planos porque gostaria de que as coisas acontecessem como no período em que entrou na instituição, antes da Regulação. Sair representaria, de algum modo, o não mais pertencimento à Policlínica. Na tentativa de conciliar essas vontades, parece que está tentando unir o amparo teórico de seus estudos acadêmicos, com a liberdade que encontra na prática.

Hoje eu tô... num momento em que eu preciso sair daqui. Isso dói pra caramba... entendeu? É... Eu quero. Eu quero voltar a ser aquela Márcia que fazia... pegava de manhã saía de noite aqui, né.... Eu... eu perdi os grupos, eu perdi as rodas de conversa, perdi de escutar na dialogia com, com os CAPS álcool e drogas, e de transtorno.... Agora uma coisa é clara pra mim agora, sabe, contando isso pra você, é... a prática psicológica na, na, na minha concepção, ela não pode ser delineada... pré-determinada. A gente pode visualizar nela fundamentos... é, nortes importantes, teóricos, mas, é... a singularidade do outro impede da gente pré-determinar qualquer ação.... A saúde pública, ela te dá um conhecimento... muito amplo da, da, da, das visões, né.... Das nosografias.... Fica muito claro pra gente né, que talvez uma clínica-escola, ela não favoreça tanto, é... a questão mesmo da enfermidade mental, sabe, a questão mesmo da, da... do “sofrimento psíquico”, entre aspas, entendeu!? É... isso, isso dá um... (pequena pausa) Uma boa parte da população, ela vem com isso, e isso não pode ser negado.... Isso é que engessa também o encaminhamento para especialistas, não é!?!.... Mas a vista da academia, aqui, ela... é, é curta. Muito curta, entende!?! (Márcia)

Sua insatisfação aparece, ainda, em outro ângulo. Em sua fala, demonstra perceber que, apesar dos modos instituídos de trabalhar, havia vontade, motivação, o que não sente mais existir, acreditando estar desmotivada devido às orientações de um atendimento engessado pelas determinações institucionais da Política de Regulação, que, ao seu ver, não atende às demandas que chegam.

É... (pequena pausa) eu sei que eu poderia contribuir muito, muito mais do que eu venho contribuindo aqui, nos atendimentos junto ao, ao usuário. É... (pequena pausa) me vejo desmotivada, não somente... eu percebo também as colegas muito desmotivadas.... Antes, a gente tinha essa, esse, esse instituído que engessava todos nós, mas é diferente, a gente tava motivado, né, a gente tava se movimentando nesse instituído, construindo, criando.... Mudou meu modo de habitar aqui. (pequena pausa) Meu modo de habitar aqui... mudou. Mas não é somente isso não... Eu não acho que seja só o meu modo, porque eu vejo isso também nas colegas. E aí eu tô, eu tô compreendendo agora, que eu acho que isso tem a ver com a própria, é... aquilo que É dessa instituição, entendeu?... De um atendimento ambulatorial.... Aquilo que configura um... um ambiente de Policlínica.... Por exemplo, veja, os atendimentos marcados, hoje, eu fiz os atendimentos marcados, ontem, fiz os atendimentos marcados, de-ter-mi-na-dos.... É... quando nós estamos na própria clínica, nessa dinâmica, isso é que é o bom, entendeu? Do encontro né, é, é diferente quando estou com eles. Mas, como é determinado, entendeu, por isso tá muito confuso pra mim. Mas isso... eu vejo que isso... engessa. Isso não me dá tanta motivação de estar aqui.... As pessoas devem elaborar suas experiências coletivas aqui dentro da clínica de saúde. Não precisa ter enfermidade.... Se a gente envolve o instituído nosso, que nos determina enquanto ação aqui, contamina. (Márcia)

Ainda falando de seu desalojamento em relação ao modo de funcionar da prática psicológica em Policlínica, devido a essa insuficiência, Márcia vem procurando um modelo de atuação, desde seu ingresso à instituição. Assim, procurou capacitações teóricas que acredita terem contribuído para um melhor modo de atender.

Eu procurava delinear o saber-fazer junto ao usuário de uma Rede pública de saúde. Hoje eu não procuro delinear, não estou tão preocupada com isso. O que tá claro pra mim hoje é a intenção (pequena pausa) de atencionar. É... Eu sei que tem, né, uma opção de regulá-los. A Psicologia enquanto clínica, ela está sendo regulada pela gestão, foi a última clínica a ser regulada. Então é claro que o paciente pra chegar a um psicólogo nesse momento, ele tem de passar por, por... é... por atendimentos vários. O acesso dele não é mais direto. (Márcia)

4.4 Desarticulação da equipe e falta de comunicação com a Rede

A pesquisa com essas psicólogas apontou a importância de compreender, também, as demandas dos funcionários. Lúcia compreende que as reuniões para discussão das dificuldades sentidas por elas constituem também sua prática, e reclama por isso ser reforçado pela instituição como um momento em que não se está trabalhando. Desse modo, qual o sentido de discutir sobre as necessidades das psicólogas, se, de acordo com a instituição, elas estariam perdendo tempo? Sente-se mal com isso devido, também, ao prejuízo financeiro por ter menos produtividade. Por outro lado, acredita que as dificuldades da Policlínica vão além da instituição e, por isso, o que foi discutido em reunião nem sempre vai funcionar como planejado.

Além da vasta demanda e das mudanças impostas pelo Sistema de Regulação, as psicólogas reclamam da falta de interação entre elas e os outros profissionais.

Então a gente procura um colega... mesmo que seja informalmente, porque a gente não tem uma reunião e tal, mas se você sair do seu lugar... Eu costumo dizer muito “é cada um no seu quadrado” não é!? ... Então... se ficar cada um no seu quadrado vai dar certinho, né? O quadrado da Psicologia, o quadrado da fonoaudiologia, o quadrado da nutrição, entendeu? O paciente... é... todo retalhado. Né? Tem prontuários assim, que você pega e você vai ver quase todas as especialidades.... Mas não há uma unidade. Se você lê o prontuário você ver: foi atendido, foi atendido, foi atendido, foi atendido. Mas qual a conclusão que se tira dessa criatura? ... Então, de repente ele tá na fisioterapia porque tem uma dor no joelho, ou porque tem uma dor na perna, e aí você vai ver que na Psicologia ele relata que tá meio depressivo... não tem vontade de sair, não tem vontade de andar. O que automaticamente vai interferir na fisioterapia. Aí de repente por ele tá depressivo ele não se alimenta direito, aí já dá problema na nutrição. (Lúcia)

A falta de um trabalho em equipe que dialogue, também dificulta a autenticação do modo como estão atuando, o que as incomoda. O que pode ser confirmado por não haver espaço para discussão do que apresentam como insatisfação. À Lúcia incomoda muito a falta de interação entre as equipes da Rede, e de não haver a ideia de todo na responsabilidade pelo paciente; pois, desse modo, não é possível saber como ele está clinicamente e dificulta saber o que o fez melhorar ou piorar.

Ou seja, na medida em que ‘tal paciente melhorou’, certo melhorou, mas o que foi, o que foi que foi oferecido pra esse paciente que ele melhorou? Foi só o remédio? Só a terapia? Foi os dois juntos? Foi a terapia ocupacional? Foi o quê? ... Até quando ele agrava, eu não sei o que aconteceu. Se foi porque ele deixou de tomar a medicação... se foi porque ele deixou de vir pra terapia. (Lúcia)

O modo de funcionar da Policlínica também me chamou a atenção, principalmente nos primeiros momentos em que fui conhecer o campo. Nas várias recepções que a Policlínica possui, ninguém sabe quando as psicólogas comparecem ou não, o que nos leva à outra **imagem-questão**. Já durante as minhas idas iniciais, notei que não havia comunicação entre os funcionários quanto ao todo da instituição, cada um cuidava e sabia o que ocorria na sua parte apenas.

Veio-me a imagem de um cubo mágico, que é um brinquedo em formato de cubo com seis cores diferentes em cada lado, subdivididas em nove quadradinhos cada. Quem vai brincar tem a tarefa primeiro de misturar esses quadradinhos entre si, de embaralhá-los, e depois os separar novamente nas seis cores.... O que me chamou a atenção para que essa imagem surgisse talvez tenham sido as cadeiras da Policlínica, que estão separadas por cores diferentes.... Ainda me perguntando sobre ela, percebo que, na Policlínica, acontece o contrário do que ocorre no cubo mágico. Lá as cores representam a organização em

especialidades (quadradinhos), que não se misturam com as outras, quase não há diálogo sobre o paciente atendido por todos. (Diário da pesquisadora, 17/12/2014)

A demanda é grande, elas têm de dar conta da produtividade e isso é agravado ainda mais porque não há diálogo entre os membros da equipe e com a Rede. Esse fato também foi bastante sinalizado na entrevista de Lúcia. É recorrente seu questionamento quanto à falta de apoio e informação sobre as outras especialidades.

Porque assim o trivial a gente já tá acostumada, que é “Ah o paciente tá com Depressão”. Então é uma coisa que, Depressão, ansiedade, dificuldade na escola, é uma coisa que já é o nosso dia-a-dia. Mas quando vem uma demanda diferenciada, a gente se ver, muitas vezes... uma dificuldade de acolher e assistir. E pra onde encaminhar caso a gente não possa atender? Que é outro grande desafio. (pequena pausa) Porque se eu entendo que eu não tenho possibilidade de atender aquele paciente naquele momento, pra onde, então, encaminhá-lo? É outro desafio.... Às vezes o serviço até existe, mas a gente não tem a informação pra dar. E às vezes o serviço realmente não existe. Então é, é um entrave e a gente fica muito angustiada em não poder ajudar o paciente. Mas, diante disso tudo, eu acredito que o grande desafio é a gente ficar bem, por isso que eu falo dessa qualificação. Que... poderia ser mais facilitada se a gente tivesse mais participação da instituição, no sentido assim, de oferecer mais facilidade de capacitação, PRA REDE como um todo, não só pra Policlínica. Mas abrir pra essas capacitações, entendendo que, na medida que eu invisto em capacitação, eu vou poder oferecer um serviço de melhor qualidade. (Lúcia)

Lúcia acredita que a pouca quantidade de psicólogas na Policlínica é outro ponto de dificuldade no atendimento à demanda. Há muitos anos são apenas as mesmas três psicólogas para atender ao grande número de pacientes. Assim, ela procura evidenciar para eles o contrato de não faltarem para não perderem suas vagas.

Lúcia também procura atender apesar da ausência de recursos institucionais e das situações burocráticas de que precisa dar conta e sobrecarregam-na de responsabilidades. Apesar dessa sobrecarga, que pode estar contribuindo para seu cansaço, apresenta orgulho em ser ativa diante das necessidades percebidas por ela. Mas incomoda-se frente à falta de diálogo entre os profissionais da equipe, situação relatada tanto na entrevista como em nosso primeiro encontro. Neste, ressaltou

que não havia comunicação entre os funcionários, e acrescentou que isso também ocorria no trabalho com os pacientes, sendo multiprofissional (por haver várias especialidades para um mesmo paciente), mas não interprofissional, não há comunicação entre eles sobre o paciente. Não há uma equipe, como ela mesma falou. (Diário da pesquisadora, 16/12/2014)

Ao compreender que a doença não tem uma só causa, as políticas públicas de saúde adotaram o modelo de equipe multiprofissional para as intervenções em saúde, visando a uma

maior eficácia nos atendimentos e redução de custos (Pires, 2009). Para o pensamento que busca eficácia, podemos dizer que, em um atendimento realizado em caráter multiprofissional, o paciente pode ter um maior esclarecimento sobre “sua doença”, pois irá saber de vários aspectos/fatores que estariam causando seu adoecimento. Além disso, após cumprir o seu tratamento junto a todos os profissionais dos quais requereu intervenção, que se voltariam para a “enfermidade”, o paciente sairia da instituição de saúde curado.

Diante disso, é relevante pontuar que as psicólogas apresentam uma demanda de um trabalho interprofissional, e não apenas multiprofissional. O que nos leva a questionar se esse modelo proposto estaria correspondendo às demandas das psicólogas e dos pacientes da Policlínica. Elas sentem a necessidade de dialogar com as outras especialidades e entre si, para poder ampliar a compreensão sobre o paciente e o modo como sua prática está sendo exercida.

Tal inquietação nos conduz a voltarmos, de outro modo, a refletir sobre uma **imagem-questão**: as psicólogas se incomodam com a implantação de modos de funcionar na instituição. Lúcia acredita que os diferentes modos de pensar sobre o trabalho dos profissionais da Policlínica precisam ser considerados para evitar a culpabilização. Lembra que as diversas sugestões propostas entre os órgãos políticos que querem contribuir com a instituição propõem mudanças no modo de trabalhar sem consultar a opinião dos funcionários. Apresenta questionamentos que a incomodam e demonstra sentir-se impotente frente a essas mudanças, uma vez que, como vimos, elas não têm abertura para negociar como realizar suas práticas.

Mas... no mais é um aprendizado mesmo, porque eu tenho vinte anos aqui e a gente já passou por várias sugestões né, inclusive da parte política, no sentido de que cada vez que vem uma mudança, vêm mudanças também na prática, né, nas coisas que são impostas, nas coisas que são trazidas como política de, de, de atuação. E, isso é fundamental porque às vezes quem chega não procura ver o que já existe para que seja melhorado ou continuado. E aí às vezes começa tudo de novo, é como se a gente fosse a cada quatro anos, ou a cada oito anos, ter que começar do zero. Que pra essa área às coisas não são tão... não são dadas a devida importância, no sentido de valorizar, de incentivar as propostas que já estão funcionando, e aquelas que a gente gostaria de implementar. (Lúcia)

E quanto ao não questionamento às psicólogas sobre as mudanças impostas na Policlínica, Márcia acredita que a Policlínica, enquanto instituição, não está sendo vista, e fala

do Matriciamento¹¹ como um programa que é apenas apresentado à Policlínica. Queixa-se por não haver um questionamento sobre sua necessidade nesse contexto e não haver de fato um trabalho em Rede.

É... o fórum de saúde mental vai ser agora dia vinte e sete, e eu tava pensando, né, eles vão explicar, eles vão passar pra gente o Matriciamento.... ele é importante, é uma clínica importante no território. Né, e nós sabemos o que é Matriciamento! Os NASFs realizam o Matriciamento. Mas o, o, o que tem no Matriciamento que vai favorecer, entendeu, aquilo que a clínica ambulatorial nesse momento, em Policlínica, solicita? É... há uns dez anos atrás eu estava questionando, junto com a coordenação de saúde mental e com os treinamentos, né, o Brasil inteiro, né, o Ministério da Saúde, ele coloca como porta de entrada a Atenção Básica, e isso é muito importante. Mas todos os recursos financeiros, humanos, estão indo pra lá, pra Atenção Básica. A Atenção Básica sozinha ela não faz nada, ela precisa de Rede. E, e esse paciente que tá lá na Atenção Básica sendo atendido, ele vai precisar sim de uma Policlínica e de um especialista também.... Então, a clínica ambulatorial ela não tá sendo vista! ... Aí você ver uma Policlínica dentro de uma Rede maior de saúde em que o PSF faz uma atenção de saúde mental, às vezes né, quando cabe, mas vai precisar, porque nas crises de emergência, nas crises de urgência, né, vem, vem ser... aquilo que é da especificidade de uma, de um especialista, uma Mania... uma Mania, né, uma Esquizofrenia, uma complexidade em psiquiatria. Então cabe ao psiquiatra tá junto ali. (Márcia)

A mudança para o Matriciamento, integrando profissionais para refletir e contribuir com as questões de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso, não garante por si só dar conta/cuidar da demanda. Assim como os demais trabalhos em Rede (Francisco, 2016), a Rede de Apoio Matricial também precisa realizar cartografias, sua inserção não pode ser imposta, sem considerar a demanda das instituições. Essa demanda compreende as dos pacientes, por isso, para tentar garantir o que determina o SUS

as abordagens psicossociais devem levar em conta o contexto das desigualdades sociais, étnicas, culturais, linguísticas e de gênero em que se inserem; serem capazes de denunciar os mecanismos de opressão, discriminação e desigualdade no acesso formal aos serviços básicos de saúde (p. 141).

Do mesmo modo, já oferecer modalidades de prática antes que se saiba qual é a demanda, está vinculado a esse pensamento de rapidez, que já se antecipa em estimar qual será a demanda daquela localidade. Compreendendo cada pessoa como poder-ser, não se mostra necessário mudar as modalidades de prática psicológica oferecidas, pois uma instituição requer padronização para facilitar as avaliações e planejamentos. Todavia, será que, para a prática psicológica, cabe estabelecer a marcação pela Regulação como requisito

¹¹ O trabalho em Rede pode ser matriciado. De acordo com Campos e Domitti (2007, p. 399), “o apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde”.

para planejamento das modalidades de prática? Ao mesmo tempo, interrogo-me: será que esse contexto não tem mobilizado o próprio sofrimento, desmotivação das profissionais à medida que não mais se reconhecem em suas práticas ou, pelo menos, sentem-se engessadas em seus fazeres?

5 DEIXANDO A JANELA ABERTA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

É chegado o momento de apresentarmos as possibilidades compreensivas que nos foram reveladas ao longo dos encontros vivenciados nesta pesquisa. Iremos ressaltar alguns aspectos da experiência das psicólogas colaboradoras que, a partir das discussões realizadas, emergiram “em alto relevo” (com relevância).

Como mencionado anteriormente, a elaboração dessa pesquisa partiu dos meus questionamentos acerca da prática psicológica em Saúde Pública. Por compreender a intervenção do psicólogo como acompanhando o paciente no apropriar-se de sua demanda e no destinar-se diante da sua vida, questionei de que modo ocorreria a prática psicológica em Policlínica diante dos protocolos institucionais que possivelmente a atravessariam. Para tentar encontrar possibilidades compreensivas para tais questões, entrevistei e acompanhei a prática psicológica exercida por psicólogas que trabalham em uma Policlínica pública.

Estava bem confuso e desconfortável, no início, compreender a prática psicológica em Policlínica porque havia, para nós, uma mistura de posto de saúde (entrada), com hospital particular (as cadeiras e o ar-condicionado), com atendimento consultorial (as salas das psicólogas), com terapia ocupacional (o modo de atender às idosas), com conversas informais (os atendimentos em grupo), com Triagem e Recepção (primeiros atendimentos). Não conseguia, naquele momento, compreender como se dava a prática das psicólogas na instituição. Tal compreensão foi delineando-se à medida que nos situávamos e acompanhávamos o modo de funcionamento da instituição e as práticas exercidas.

Ampliando essa discussão e tomando-a analogamente para nossa experiência na Policlínica, tudo o que se mostrava, desde o ambiente físico até as pessoas, aparecia de várias “cores”, mas sem mostrar o que seria “a cor verde”- o modo como acontecia a prática psicológica em Policlínica para as psicólogas. A metáfora usada pode ser entendida a partir da Física, onde a possibilidade de enxergar uma cor passa pela nossa percepção visual a partir da interação entre ondas de luz e nossa retina (Scarinci & Marineli, 2014). É interessante que um objeto pode mostrar-se de uma cor se não absorver justamente os raios correspondentes à frequência das ondas dessa cor. Portanto, algo que tenha a cor verde a tem por refleti-la, por mostrá-la, e não por contê-la em seu interior.

Após tal esclarecimento, importa trazer o sentido do “cantinho das cadeiras verdes”, onde eu ficava junto com os pacientes. Este não se encontrava isolado, representando aqui que a prática psicológica em Policlínica só acontece devido à “existência” das outras cores: das

cores dos funcionários, da farmácia, das psicólogas, das pesquisadoras, do Sistema de Regulação, das outras especialidades e de tantas outras que nem alcançamos. Do mesmo modo, percebemos que tal prática em Policlínica, descrita nas narrativas das psicólogas, esteve a todo momento atravessada pelas nossas compreensões, mostrando-se nas/pelas imagens que se desvelavam, cada uma a seu modo.

Feitas essas prévias considerações, narraremos, agora, o que se desvelou ao longo da pesquisa sobre como é a prática em Policlínica para as psicólogas. O que nós conseguimos compreender de toda cartografia é que Márcia, Lúcia e Helena sinalizam tanto uma insuficiência da formação acadêmica quanto do modelo institucional para atender à demanda recebida. Em suas práticas, vêm tentando dar conta da extensa e diversificada demanda, e lamentam, por motivos diferentes, que a Policlínica não funcione mais como no passado, quando tinham mais autonomia no modo de encaminhar os procedimentos de atendimento e conseguiam negociar para que atendessem de modo mais coerente ao que consideram necessário.

Atualmente, perderam esta autonomia e o atendimento é regido por procedimentos institucionais, não possibilitando mais um contato com o paciente desde o momento de sua procura pelo serviço. Diante de tais condições, defendem a necessidade do paciente ser recebido pelo Serviço de Psicologia no momento em que procura tal atendimento, sem precisar ser submetido às normas institucionais de marcação. Helena e Lúcia, seguem o modelo de clínica consultorial biomédico e buscam realizar um bom trabalho tomando como parâmetro esse modelo consultorial de atendimento, que, para elas, é sinônimo do que identifica uma prática psicológica. Já Márcia, não se preocupa em seguir os *a priori* técnicos e teóricos, conseguindo acolher a demanda sem se deixar cristalizar pelas normas institucionais.

As psicólogas tentam dar conta da demanda e lidam com algumas situações que as fazem questionar a sua função como psicólogas na instituição. Lúcia sofria porque a burocracia institucional não acolhe suas demandas: como o cuidado com o cuidador, falta de apoio de outros profissionais que autenticem e veracizem seu trabalho, e visibilidade quanto à prática psicológica em Policlínica. Essa falta de visibilidade é corroborada por quase não haver publicações sobre a temática. Helena demonstrou sofrer por também não ter suas demandas atendidas, o que é sinalizado por sentir falta de um espaço para a prática psicológica na instituição. Márcia se mostrou angustiada por alguns atravessamentos que afetam o modo como exerce sua prática: não tem mais contato com o território como antes e implantou uma modalidade de prática que não pode mais ser exercida por conta do modo como a Policlínica se estruturou.

Também se inquietam por terem de dar conta da produtividade, e se queixam pela falta de uma Rede de apoio e de uma equipe interdisciplinar na própria instituição. Na Policlínica, quando há diálogo entre os especialistas, são pontuais, não se reúnem para compartilhar as ações desenvolvidas e pensar outras a respeito dos pacientes que atendem em comum, e mesmo a outros. Essa integração de diferentes saberes (Francisco, 2016) poderia possibilitar que, juntos, os profissionais da Policlínica pudessem não só ampliar a compreensão sobre os pacientes atendidos, mas realizar uma constante cartografia institucional/entrelaçamento compreensivo com/entre eles mesmos.

Diante de tal situação, delas questionarem sua função na Policlínica, já que acreditam que não estão conseguindo exercer a prática psicológica pretendida, considerando o modelo consultorial biomédico, e do não acatamento pela instituição quanto às suas inquietações, elas se encontram insatisfeitas com o modo de realizar a prática. Além disso, esse cenário contribui para uma prática não problematizada, o que colabora para a manutenção do modelo clínico consultorial individual, sem reflexões sobre outras modalidades de prática que poderiam acolher a realidade institucional.

Desse modo, Helena e Lúcia reproduzem um modelo tradicional de prática tanto por não saberem outro modo de fazer, como, também, por não serem autorizadas a pensar/discutir as necessidades da prática na Policlínica junto a outros profissionais, para não perderem “tempo de produtividade”.

Apesar das dificuldades apresentadas em algumas imposições, a Regulação também trouxe a possibilidade de questionarmos a formação acadêmica voltada à prática psicológica em instituições públicas de saúde, e a atuação do psicólogo enquanto aplicação de ensinamentos já oferecidos. Em tal contexto podemos questionar: como os psicólogos podem dar conta de uma prática que compreende o encontro/acolhimento ao “poder-ser” como possibilidade se a vida cotidiana exige de nós, e de nossos interlocutores (pacientes), agilidade e respostas rápidas?

Diante de um “tempo curto” e da demanda sentida como urgente, tanto os psicólogos como os pacientes parecem assumir uma posição prescritiva e diagnóstica. Nessa direção, para os pacientes, sofrer por algo mais preciso (um diagnóstico) parece possibilitar uma aflição amparada por referências e, assim, sem estranheza, podem não se apropriar da dimensão desalojadora que a situação de sofrimento poderia desvelar. A experiência inicialmente sentida parece ficar, agora, em segundo plano e passa a ser problematizada como uma “doença” com diagnóstico preciso e indicações terapêuticas apropriadas.

Importa realçar que a Psicologia já vem desenvolvendo produções acadêmicas, livros e artigos científicos que questionam a formação profissional e a prática psicológica na saúde pública. Parece-nos que está sendo demandada outra compreensão de clínica que possibilite pensar a especificidade e complexidade da prática psicológica em saúde pública. Mas como nós, psicólogos, vamos compreender o que nos é demandado e nos desvincular de uma identidade profissional gerada em outra época? Como nos desvincular desse “poder” que ampara e sustenta a área clínica? Em meio às surpresas inesperadas do nosso existir, como abdicar do “controle” da técnica ciência?

Muito se tem feito para pensar a atuação do psicólogo em diversos contextos em que trabalha. A janela já foi aberta, essa realidade já se apresenta como questão para a Psicologia. Entretanto, apesar de questionarmos, parece que ainda estamos presos a pré-julgamentos vinculados às questões prévias tradicionalmente definidas como representando a clínica psicológica.

Esquecemo-nos, no contexto de Policlínica, de considerar outros modos possíveis, ou quem sabe, assim como Lúcia e Helena, nem conheçamos. Não nos deixamos ser tocados pelas coisas, sentir a brisa que também toca de algum modo as árvores e as flores (demandas). Parece que não acolhemos as indicações sugeridas pelas demandas que chegam cotidianamente. Parece que o que nos afeta são apenas figuras fixas, que nos apontam o já dito; não imagens-questões, que possibilitam reflexões. Não assumimos uma atitude de “serenidade” diante das coisas. Seguimos um caminho que apenas anda, segue o curso já conhecido há anos, mas não passeia, por entre veredas, permanece na estrada já definida, não aproveita para se deixar tocar pelo novo, ou pelo velho ainda não autenticado.

Partindo da pesquisa realizada e sem querer generalizar, ousamos perguntar: Não seria necessário que o modelo de atendimento assumido pela Policlínica passasse por uma revisão e/ou uma modificação? Não seria também necessário questionar a formação dos psicólogos e o modo como a prática é exercida pelas psicólogas colaboradoras?

Deparamo-nos com uma situação que merece atenção urgente e requer reflexões que não podem ser apresentadas pela presente pesquisa, uma vez que esta proporcionou um recorte da prática de algumas psicólogas em uma determinada policlínica. No entanto, as compreensões que emergiram apontaram tensões que precisam ser cuidadas, trazem um pedido de socorro voltado para as instituições de saúde como, também, para as instituições formadoras. Pedido que precisa ser acolhido nas diversas instâncias para além do objetivo da presente Dissertação.

O que pode ser considerado como possível contribuição seria a discussão dos resultados com a gerência da Policlínica estudada e com as psicólogas envolvidas. Talvez dessa discussão algumas possibilidades possam ser apontadas em nível do atendimento aos pacientes, como também algumas considerações possam ser pontuadas no sentido de promover uma revisão da proposta da instituição. Seria demais pensar em mudanças na política pública de saúde, mas a presente pesquisa apresenta sinais, indicadores que devem ser considerados junto a outros questionamentos mais gerais e institucionais.

Ao pensarmos sobre essa prática psicológica em Policlínica, percebemos que precisamos cheirar as árvores, passear tocando a grama e entre as paisagens, e não sob uma esteira. É preciso se desvincular das ideias, das representações que sustentam nosso orgulho de sermos psicólogos, que está no modelo biomédico. É preciso passear por entre os campos e (des)cobrir o que há para conhecer enquanto próprio também da Psicologia, mesmo que não esteja tão acentuado. É preciso abrimo-nos não só ao novo e diferente, mas abrimo-nos sem pretensão de referenciá-lo ao que já conhecemos. Pensamos que, assim, faz-se possível estar próximos da prática para, então, a partir daí, pensar em possíveis mudanças.

Deixar a janela aberta está sendo compreendido por nós como *ir ao encontro de e refletir*, e não apenas propor algo. Esperamos que esta pesquisa possa oferecer subsídios que apontem para outro modo de pensar a prática psicológica em Policlínicas. Prática que não procure, unicamente, resolver problemas e encaminhar soluções, mas que se disponha a acompanhar os modos de ser entre humanos que se desvelam em suas vicissitudes, em diversas cores, cada uma com seus diversos tons, para que, ao deixar a janela da prática psicológica em Policlínica aberta, novas possibilidades do fazer do psicólogo em instituição também se desvelem.

Portanto, a janela permanecerá aberta por nós e esperamos que continue para que essa temática, tão esquecida nas publicações, continue a ser problematizada. Ao finalmente abrir a janela, aventurei-me em um campo desconhecido, mas que pude questionar-me sobre sua demanda, sobre o que era dito naquele espaço que não se pode ouvir/sentir com a janela fechada. Foi preciso ir ao *encontro* da experiência de prática psicológica em Policlínica de Márcia, Lúcia e Helena para que pudéssemos compreender algumas imagens e elaborar esta dissertação. E nós, ao chegarmos, agora, a seu desfecho, esperamos que esses momentos de reflexão aqui desenvolvidos, possam possibilitar o desvelamento de algo novo. Iremos aguardar...

REFERÊNCIAS

- Abdalla, I. G., Batista, S. H., & Batista, N. A. (2008). Desafios do ensino de Psicologia Clínica em cursos de psicologia. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28 (4), 806 – 819.
- Albuquerque, L. (2011). Origem da Palavra – Site de Etimologia. Recuperado de <http://origemdapalavra.com.br>
- Andrade, A. N., & Morato, H.T.P. (2004, maio-agosto). Para uma dimensão ética da prática psicológica em instituições. *Estudos de Psicologia*, Natal, 9(2), 345-353.
- Arendt, H. (1991). *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Arendt, H. (2009). *A vida do espírito: o pensar, o querer, o julgar*. (tradução Cesar Augusto R. de Almeida, Antônio Abranches e Helena Franco Martins). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Augras, M. (2000). *O ser da compreensão*. Editora Vozes.
- Aun, H. A., & Morato, H. T. P. (2009). Atenção psicológica em instituição: plantão psicológico como cartografia clínica. In Morato, H.T.P., Barreto, C. L. B. T & Nunes, A. P. (coords.) *Aconselhamento Psicológico numa perspectiva Fenomenológica Existencial*. (pp. 121-138). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ayres, J. R. C. M. (2009). Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, (18), 11-23.
- Baptista, M. T. D. S. (2010). A regulamentação da profissão Psicologia: documentos que explicitam o processo histórico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(spe), (pp. 170-191). doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000500008>
- Barreto, C. L. B. T. (2006). *Ação Clínica e os pressupostos fenomenológicos existenciais*. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Barreto, C. L. B. T. (2009). Modalidades de prática psicológica clínica: atenção psicológica e atitude fenomenológica hermenêutica. In *IX Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituições*. Atenção Psicológica: fundamentação, pesquisa e prática. (pp. 15-23). Recife: FASA – UNICAP.

- Barreto, C. L. B. T. (2013). Reflexões para pensar a ação clínica a partir do pensamento de Heidegger: da ontologia fundamental à questão da técnica. In Barreto, C.L.B.T., Morato, H.T.P., & Caldas, M.T. (Orgs). *Prática Psicológica na Perspectiva Fenomenológica*. (pp. 27-50) Curitiba: Juruá.
- Barros, L. P., & Kastrup, V. (2015). Cartografar é acompanhar processos. In Passos, E., Kastrup, V. & Escóssia, L. (orgs.). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. (pp. 52-75). Porto Alegre: Sulina.
- Benjamin, W. (1994). O Narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In Benjamin, W. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. (pp. 197-221). São Paulo: Brasiliense.
- Brasil, A. M. R. C. (2004, abril, maio, junho). Considerações sobre o trabalho do psicólogo em Saúde Pública. *Integração*. Ano X, n. 37, (pp. 181-186). Recuperado de <http://docplayer.com.br/12771305-Consideracoes-sobre-o-trabalho-do-psicologo-em-saude-publica.html>
- Brasil. (1992, janeiro). *Normas para o atendimento ambulatorial (sistema de informações ambulatoriais do sus)*. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 224. Recuperado de <http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/contendo/cao/ccf/quadro%20sinotico%20sus/porp-orta%20sas-ms%20n%C2%BA%20224-92%20-%20diretrizes%20e%20normas%20saude%20mental.pdf>
- Brasil. (2006). *Manual Técnico do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/ CNES – Versão 2*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Brasília/DF.
- Brasil. (2007, agosto). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html
- Brasil. (2008, agosto). *Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS*. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html
- Brasil. (2010, dezembro). *Organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
- Ceccim, R. B., & Ferla, A. A. (2008). Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde*, 6(3), 443-456. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>
- Centro de Atendimento Cinquenta Mais. (2016). *Intervenção Psicoeducativa*. Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Recuperado de <http://www.icbas.up.pt/ca50mais/index.php/intervencao-psicoeducativa>
- Cimino, A. P. N., & Barreto, C. L. B. T. (2013). Prática psicológica em saúde pública: a dimensão ético-política do cuidado nas Policlínicas. In Barreto, C.L.B.T., Morato, H.T.P., & Caldas, M.T. (Orgs). *Prática Psicológica na Perspectiva Fenomenológica*. Curitiba: Juruá.
- Critelli, D. M. (2007). *Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. (2a ed.). São Paulo: EDUC/Brasiliense.
- Critelli, D. M. (2012). *História pessoal e sentido da vida*. São Paulo: EDUC: FAPESP.
- Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. Fundação Municipal de Saúde de Teresina. *Estudos de Psicologia*, 3 (1), 53-81.
- Dutra E. (2002). A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 2002,7(2), 371-378.
- Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 381-387.
- Feijoo, A. M. L. C. (2008, outubro). Fundamentos Fenomenológico-Existenciais Para a Clínica Psicológica Biblioteca Virtual Fantásticas Veredas – Fundação Guimarães Rosa. (pp. 1-10). FGR, Belo Horizonte.
- Ferreira Neto, J. L. (2004). *A formação do psicólogo*. Clínica, social e mercado. São Paulo: Escuta, Universidade Fumec/FCH.

- Ferreira Neto, J. L. (2008). Intervenção psicossocial em saúde e formação do psicólogo. *Revista Psicologia & Sociedade*, 20 (1), 62-69.
- Ferreira Neto, J. L. (2010). A Atuação do Psicólogo no SUS: Análise de Alguns Impasses. *Psicologia ciência e profissão*, 30 (2), 386-399.
- Ferreira Neto, J. L. (2011). *Psicologia, Políticas Públicas e SUS*. São Paulo: Escuta, Belo Horizonte: Fapemig.
- Figueiredo, L. C. (1993). Sob o signo da multiplicidade. *Cadernos de Subjetividade*. No 1, (pp. 89-95). PUC – SP.
- Francisco, A. L. (2012). *Psicologia clínica: práticas em construção e desafios para a formação*. Editora CRV, Curitiba – Brasil.
- Francisco, A. L. (2016). Abordagem psicossocial como possibilidade de ação clínica em instituições. Barreto, C. L. B. T. (coord.), Francisco, A. L., Walckoff, S. D. B. (orgs.). *Prática Psicológica em Instituição: diversas perspectivas*. (pp. 139-148). Curitiba: CRV.
- Francisco, A. L., & Barbosa, L. N. F. (2008). Apresentando reflexões sobre a psicologia na contemporaneidade. Barbosa, L. N. F., Francisco, A. L. (Orgs.). *Modalidades Clínicas de Prática Psicológica em Instituições*. (pp. 11-19) Recife: Fundação Antonio dos Santos Abranches – FASA, v. 1.
- Germano, I. M. P. (2009). Aplicações e implicações do método biográfico de Fritz Schütze em Psicologia Social. *XV Encontro Nacional da ABRAPSO*. Universidade do Ceará. Fortaleza: Associação Brasileira de Psicologia Social-Abrapso.
- Gil, A. C. (2010, outubro). O Projeto Na Pesquisa Fenomenológica. *Anais IV Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos*. Universidade Estadual Paulista Campus Rio Claro. Recuperado de www.sepq.org.br/IVsipeq/anais/artigos/44.pdf
- Godoy, A. S. (1995, março/abril). Uma revisão histórica dos principais autores e obras que refletem esta metodologia de pesquisa em Ciências Sociais. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, 35(2), 57-63.

Gonçalves, A. M., & Sena, R. R. (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-Americana*, 9(2), 48-55.

Governo de Pernambuco (2016). *Regulação em saúde*. Prefeitura do Recife. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/servico/regulacao-em-saude>

Governo de Minas Gerais. (2016). *Entenda o SUS porque ele é seu também*. Secretaria de saúde de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/SUS>

Guimarães, S. B., Oliveira, I. F., & Yamamoto, O. H. (2013). As práticas dos psicólogos em ambulatórios de saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 25(3), 664-673.

Heidegger, M. (2001). *Serenidade*. Lisboa: Instituto Piaget.

Heidegger, M. (2008). *Ser e Tempo*. Tradução de Márcia S. C. Schuback. 3ªed. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco.

Inwood, M. J. (2002). *Dicionário Heidegger*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Kastrup, V., & Barros, R. B. (2015). Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In Passos, E., Kastrup, V. & Escóssia, L. (orgs.). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. (pp. 76-91). Porto Alegre: Sulina.

Lo Bianco, A. C., Bastos, A. V., Nunes, M. L., & Silva, R. C. (1994). Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. In R. Achar, *Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação* (pp. 7-79) São Paulo: Casa do Psicólogo. Recuperado de <https://books.google.com.br/books?id=JercsayabIgC&pg=PA17&lpg=PA17&dq=Concep%C3%A7%C3%B5es+e+atividades+emergentes+na+psicologia+cl%C3%ADnica:+implica%C3%A7%C3%B5es+para+a+forma%C3%A7%C3%A3o.&source=bl&ots=O84L7usxw-&sig=Ud8HjTx6Y6zNY9XsnHjblsiNaEY&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiZ9q27o4rNAhXHJiYKHaDuAJUQ6AEIQjAF#v=onepage&q=Concep%C3%A7%C3%B5es%20e%20atividades%20emergentes%20na%20psicologia%20cl%C3%ADnica%3A%20implica%C3%A7%C3%B5es%20para%20a%20forma%C3%A7%C3%A3o.&f=false>

Marcon, C., Luna, I. J., & Lisbôa, M. L. (2004). O psicólogo nas instituições hospitalares: características e desafios. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24 (1), 28-35.

- Martins, J., Aparecida, M., & Bicudo, V. (2003). *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. 3 ed. São Paulo: Centauro.
- Moraes, T. F., & Morato, H. T. P. (2011). A mobilidade da família: Pesquisa em uma abordagem da Psicossociologia clínica. *Boletim de Psicologia*, 61(134), 79-92. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432011000100007&lng=pt&tlng=pt.
- Morato, H. T. P., Andrade, A. N. de., & Schmidt, M. L. S. (2007). Pesquisa interventiva em instituição: etnografia, cartografia e genealogia. In: Rodrigues, M. M. P. & Menandro, P. R. M.. (Org.). *Lógicas metodológicas: trajetos de pesquisa em psicologia*. 1 ed. Vitória: Editora GM, v. 1, pp. 193-206.
- Moreira, D. A. (2002). *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson.
- Moreira, J. O. Romagnoli, R. C., & Neves, E. O. (2007). O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(4), pp. 608-621. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932007000400004>.
- Mendes, H. W. B., & Caldas Júnior, A. L. (2001, maio) Prática profissional e ética no contexto das políticas de saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 9(3), 20-26
- Muylaert, C. J., Sarubbi Jr., V., Gallo, P. R. , Rolim neto, M. R., & Reis, A. O. (2014, julho). Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa *Revista Escola de Enfermagem*. USP 48(Esp2):193-199 doi: 10.1590/s0080-623420140000800027
- Nunes, A. P., & Morato, H. T. P. (2009). Entre aprendizagem significativa e metodologia interventiva: práxis clínica em um laboratório universitário como aconselhamento psicológico. In Morato, H.T.P., Barreto, C. L. B. T & Nunes, A. P. (coords.) *Aconselhamento Psicológico numa perspectiva Fenomenológica Existencial*. (pp. 89-100) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Paulin, T., & Luzio, C. A. (2009, dezembro). A Psicologia na saúde pública: desafios para a atuação e formação profissional. *Revista de Psicologia da UNESP*, 8(2), 98-109.
- Pires, A. C. T., & Braga, T. M. S. (2009). O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. *Temas em Psicologia*, 17(1), 151-162. Recuperado de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2009000100013&lng=pt&tlng=pt.

- Poubel, P. F. (2014). Psicologia na saúde pública. *Estudos contemporâneos da subjetividade (ECOS)*, 4 (2), 193-200. Recuperado de <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/view/1369>
- Reibnitz, K. S. (2004, novembro-dezembro). Profissional crítico-criativa em enfermagem: a construção do espaço *interseção* na relação pedagógica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF), 57(6), 698-702.
- Rocha, Z. (2010). *A ontologia heideggeriana do cuidado e suas ressonâncias clínicas*.
- Rolnik, S. B. (1987). *Cartografia sentimental da América: produção do desejo na era da cultura industrial*. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Rutsatz, S. N. B., & Câmara, S. G. (2006, janeiro/junho). O psicólogo na Saúde Pública: trajetórias e percepções na conquista desse espaço. *Aletheia*, n.23, 55-64.
- Sá, R. N. (2009, outubro) Práticas Psicológicas Clínicas, Verdade e Liberdade: reflexões fenomenológicas. *IX Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituições – Atenção Psicológica: Fundamentos, Pesquisa e Prática*, pp. 63 - 74.
- Sá, R. N., & Barreto, C. L. B. T. (2011, julho-setembro). A noção fenomenológica de existência e as práticas psicológicas clínicas. *Estudos de psicologia*. (Campinas), 28(3), 389-394. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2011000300011>
- Sanglard, G. (2007, julho-dezembro). Hospitais: espaços de cura e lugares de memória da saúde. *Anais do Museu Paulista*. São Paulo. 15(2), 257-289.
- Santana, A. M. (2009). A experiência do usuário: via de ressignificação do cuidado em ambulatório público de saúde mental. In Morato, H.T.P., Barreto, C. L. B. T & Nunes, A. P. (coords.) *Aconselhamento Psicológico numa perspectiva Fenomenológica Existencial*. (pp. 217-232) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Scarinci, A. L., & Marineli, F. (2014, janeiro-março). O modelo ondulatório da luz como ferramenta para explicar as causas da cor. *Revista Brasileira de Ensino de Física*, 36(1), 1-14. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1806-11172014000100009>

- Silva Júnior, A., Cantarini, M., & Prudente, R. C. A. C. (2006). *1945-1962: OS Antecedentes da regulamentação da psicologia como profissão no Brasil*. CES: Revista Juiz de fora.
- Silva, L. V. L., & Parente, J. G. (2008, novembro). *Profissionais de Saúde e Seu Contexto Laboral*. Saúde Coletiva: Coletânea. n° 2, Recuperado de <http://coletanea2008.no.comunidades.net/index.php?pagina=1225297421>
- Silva, S. L. & Kruel, C. S. (2012). Intervenções psicológicas no âmbito ambulatorial. 5° *Interfaces no fazer psicológico – Direitos Humanos, Diversidade e Diferença*. Psicologia:UNIFRA. Recuperado de <http://www.unifra.br/eventos/interfacespsicologia/Trabalhos/3002.pdf>
- Szymanski, H., Almeida, L. R. de & Prandini, R. C. A. R. (2004). Perspectivas para a análise de entrevistas. In: Szymanski, Heloisa (Org.). *A Entrevista na Pesquisa em Educação: a prática reflexiva*. (4a ed.). (pp. 89-100) Brasília: Liber Livro Editora.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.
- Vargas, J. D. (2008). *História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil: revisão da literatura* (Pós-Graduação *lato sensu*). Escola de Saúde do Exército, Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares, Rio de Janeiro. Recuperado de <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAfOZcAK/cd52-1-ten-al-jeferson-dutra-vargas>
- Vasconcelos, P. S. D. (2011). *Os sentidos do espanto ou contribuições para o ensino de filosofia como educação do pensamento : propósitos pedagógicos em Heidegger e Deleuze*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal da Bahia, Salvador. Recuperado de <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12989/1/TESE%20FINAL.pdf>
- Yehia, G.Y. (2004). Interloquções entre Plantão psicológico e Psicodiagnóstico Colaborativo. *Estudos de Psicologia*, PUC-Campinas, 21(1), 65-72.