

ENTRE O CREPÚSCULO E A AURORA: UMA ARQUEOGENEALOGIA DA CRISE E DOS RESSURGIMENTOS DA CLÍNICA PSICOLÓGICA

*BETWEEN THE TWILIGHT AND THE AURORA: AN ARCHEOGENESIS OF THE CRISIS
AND THE RESURGENCE OF THE PSYCHOLOGICAL CLINIC*

Pablo Severiano Benevides¹
Valdir Barbosa Lima Neto²

Resumo

Este trabalho objetiva uma análise sobre a constituição do espaço clínico psicológico nacional, sob os prelúdios de sua crise. Tomando os discursos que compõe um mosaico de narrativas sobre o surgimento da clínica psicológica no Brasil no começo dos anos 1960 e os enunciados de sua crise a partir do final dos anos 1970 até a atualidade, acompanhamos os crescentes ataques à constituição da clínica psicológica. Curiosamente, junto a tais discursos, percebemos o fortalecimento do “social” como espaço ampliado de práticas em psicologia, convergindo para novas formações discursivas que afirmam a necessidade da ampliação e transformação da psicologia contemporânea. Enunciado como um novo desafio para o psicólogo contemporâneo, o discurso sobre a crise da clínica psicológica parece se converter em um emaranhado de novos contornos para a ciência e para a profissão dos psicólogos brasileiros, sob o horizonte de debates epistemológicos, éticos, técnicos e metodológicos que, aos nossos ouvidos, sussurram e efetivam, com primorosa discrição, o fortalecimento do poder clínico, ampliado sob todos os horizontes de atuação psicológica.

Palavras-chave: Clínica psicológica, Crise, Arqueogenealogia

Abstract

The objective of this work is to present an arqueo-genealogical perspective on the constitution of the national psychological clinical space, on the preludes of its crisis. Taking the discourses that compose a mosaic of narratives about the emergence of the psychological clinic in Brazil in the early 1960s, to the statements of its crisis from the late 1970s to the present day, we follow the increasing attacks on the constitution of clinical practices in psychology. Curiously, along with such discourses, one can see the strengthening of the social as an expanded space of practices and growth of performance in psychology, converging to new discursive formations that affirm the necessity of the expansion and transformation of contemporary psychology, allied to social dispositives. As a new challenge for the contemporary psychologist, the discourse on the crisis of the psychological clinic seems to become a tangle of new contours for the science and profession of Brazilian psychologists, under the horizon of epistemological, ethical, technical and methodological debates which in our ears whisper and effect, with exquisite discretion, the strengthening of clinical power, enlarged under all horizons of psychological action.

Keywords: Keywords: Psychological Clinic, Crisis, Archeogenealogy

¹ Curso de Psicologia (UFC/Sobral) e Programa de Pós-Graduação em Psicologia (UFC/Fortaleza), Universidade Federal do Ceará – Brasil. E-mail: pabloseverianobenevides@hotmail.com

² Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Ceará – Brasil. E-mail: limaneto.vb@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Uma crise incontornável parece atingir a psicologia clínica no Brasil. Pelo menos é o que afirmam alguns autores que, desde o final do século passado, vêm abordando cada vez mais a necessidade de transformar a clínica psicológica contemporânea, ampliá-la e fazê-la mais crítica com o objetivo de validar sua condição de existir na atualidade (Texeira, 1997; Ferreira Neto, 2002; Dutra, 2004; Portela, 2008; Brito, Oliveira, Resende & Freitas, 2015).

O raciocínio que suas falas nos convidam a assumir é que, na atualidade, o alvo e o público da psicologia clínica não seriam mais o mesmo que fora no século passado. Até mesmo os lugares de atuação profissional teriam se transformado e expandido, de modo que novas demandas emergiram e, com elas, novos projetos e campos de inserção passariam a exigir atualização e ampliação da clínica psicológica brasileira (Dutra, 2004; Portela, 2008).

A assim chamada “psicologia clínica tradicional”, que seria entendida por alguns como um espaço de atendimento em consultórios privados, voltado para demandas particulares e íntimas de cada pessoa, traduzido por linguagens técnicas e conceituais, capaz de promover autonomia aos indivíduos para lidar com suas próprias dificuldades de ajustamento social, familiar e/ou existencial, foi percebida, durante boa parte das estórias da Psicologia no Brasil até hoje, como a fina flor da profissão de psicólogo (Figueiredo, 2011). Sob os seus holofotes, a maior parte da identidade social e cultural do psicólogo foi construída, sendo ainda reconhecida como a área de maior concentração de profissionais atuantes e obtendo certa dominância frente aos demais cenários de atuação (Rechtman, 2015).

Dentre essas áreas de atuação, a clínica estabeleceu-se rapidamente como sendo a mais nobre. Marcou de modo intenso não somente os currículos, como também o imaginário social da figura do psicólogo. Este passou a ser cada vez mais identificado com a condição de clínico. A psicologia clínica tornou-se a área que sempre concentrou maior carga horária curricular nos cursos de graduação e funcionou como equivalente geral do que socialmente se entende como sendo a atividade precípua do psicólogo (Ferreira Neto, 2010, p.132).

Diversos autores compreendem que a clínica psicológica foi uma das principais áreas de inserção e crescimento profissional dos psicólogos no país

(Figueiredo, 2011; Dimenstein, 2000, Soares, 2010; Ferreira Neto, 2010). Conta-se que foi por meio de inserções acadêmicas em pesquisas laboratoriais e produções científicas, sobretudo no reino das instituições de ensino médicas, que a clínica psicológica, embalada pela medicina, adubou o solo para o florescimento e inserção profissional no mercado de trabalho dos psicólogos (Pereira & Pereira Neto, 2003). De modo que se credita à psicologia clínica boa parte do crescimento profissional e da inserção social do psicólogo no país.

2. OS PRIMEIROS PASSOS SÃO ARQUITETADOS: INÍCIOS DE UMA PSICOLOGIA NO BRASIL

Já no século XIX, eram encontradas teses de doutoramento e de verificação de títulos tematizando a Psicologia, sobretudo na Bahia e no Rio de Janeiro. No início do século XX, percebia-se o interesse da medicina pela aplicabilidade da ciência psicológica, com a criação, por exemplo, do Laboratório de Psicologia Experimental dentro da *Colônia de psicopatas do Engenho de Dentro*, no Rio de Janeiro, instituído pelo Ministério da Educação como o primeiro centro de pesquisa no país em psicologia. O laboratório ensaiou as primeiras pretensões em desenvolver uma formação superior em ciência psicológica, constituindo-se como um núcleo de pesquisa científica e formação de psicólogos, por meio de práticas psicoterapêuticas e testagens – práticas estas que, para muitos, tornaram-se marcas registradas das atividades do psicólogo no Brasil (Penna, 1980).

Dos anos 20 aos anos 30, a forte vinculação médica é decisiva e marcante para a profissão, sobretudo para a clínica psicológica, profundamente influenciada pela psiquiatria e pela psicanálise (Soares, 2010). Nos anos seguintes, a psicologia passa a ser ensinada como curso de especialização.

Durante os anos 1930 a psicologia foi ganhando cada vez mais espaço dentro das instituições universitárias na formação de outros profissionais. [...] O psicólogo habilitado legalmente deveria frequentar os três primeiros anos de filosofia, biologia, fisiologia, antropologia ou estatística e fazer então os cursos especializados de psicologia. Com a formação dos denominados especialistas em psicologia iniciou-se oficialmente o exercício dessa profissão (Pereira & Pereira Neto, 2003, p.23).

Contudo, é na década de 60 que ocorre a

regulamentação da profissão, seguida da oficialização do que se considerou o primeiro curso de graduação na área. A **Lei Nº 4.119, de agosto de 1962**, sintetiza os objetivos da atuação do psicólogo no artigo quarto, em precisamente quatro pontos: a) diagnosticar; b) orientar e selecionar profissionais; c) orientar pedagogicamente; d) solucionar problemas de ajustamento (Brasil, 1962). Reconhece-se desde os primeiros documentos a marca das práticas clínicas nas atividades do psicólogo e, entre o final dos anos 60, sobretudo nos anos 70, ocorre o crescimento das práticas clínicas psicoterapêuticas e psicanalíticas. Este processo é percebido como coincidente ao florescimento de uma classe média urbana, efeito de um processo de industrialização e de crescimento econômico, graças ao que foi chamado “milagre econômico brasileiro”. Lembram-nos do governo de regime militar ocorrido de 1964 à 1985 no Brasil, período onde os importantes primeiros passos foram dados pelos psicólogos para a construção e formalização profissional. Foi, portanto, sob o solo sociopolítico de um governo militar que se deu o desenvolvimento da profissão e da ciência psicológica brasileira, desenvolvimento este com influências marcadamente autocráticas expressas pelo estado da época (Rechtman, 2015).

Urbanização acelerada, modernização social, formação e ampliação das classes médias urbanas, difusão dos valores individualistas, associados à repressão política, à censura e, contraditoriamente, à revolução de valores, por meio da liberação individual, são o singular caldo de cultura em que se vai promover o “boom” da expansão da Psicologia na sociedade brasileira (Oliveira, 2009, pp.120-121).

O contexto do que alguns autores chamam de “boom” da psicologia é perpassado pelo clima de terrorismo de Estado – o que foi assinalado pelos que contam a história do regime militar, que produziu um implacável combate a todo e qualquer movimento popular ou individual que pudesse antagonizar com o governo (Coimbra, 1995). Não custa lembrar o que nos falam da época da guerra fria, e do tempo onde parecia que o temor do perigoso comunismo, que rondava as vizinhanças do país, ajudava a instalar vários regimes militares na América Latina. Era preciso que o governo tivesse cuidado e constante vigilância para não se deixar influenciar pelo comunismo. Os jovens e as crianças, seres humanos ainda em formação, precisariam de atenção; com isso, a família passa a ser colocada como o aparato principal na regulação e manutenção da saúde social do país. As famílias de

classe média e classe alta tornam-se, então, o grupo focal para conter a ameaça dos subversivos, pois é no trato das famílias que toda uma ênfase no indivíduo e na vida privada passa a ganhar atenção dos especialistas (Coimbra, 1995; Oliveira, 2009; Ferreira Neto, 2010). Na esteira desses acontecimentos correlatos a um cenário político nacional ditatorial, assistimos ao crescimento da valorização da intimidade, em especial pela classe média, e de uma preocupação com as emoções particulares, em uma época “[...] onde o mundo exterior parece nos decepcionar, parece vazio e sem atrativos, fortalece, deste modo, a privacidade familiar e a interiorização das pessoas” (Coimbra, 1995, p.33).

A clínica psicológica, configurada em meio às práticas psicanalíticas e psicoterapêuticas, pareceria atender à manutenção da institucionalização da segregação intimista e particularizada de cada pessoa, respondendo às demandas de ajustamento e conflitos individuais e familiares – o que passou a ser compreendido, em larga medida e em sentido prospectivamente pejorativo, como “psicologização” da classe média urbana. O psicólogo clínico/psicanalista era o especialista certo, que a partir de “[...] sua providencial neutralidade, ‘simplesmente verifica o desejo de seu cliente’, promovendo maior autonomia para os sujeitos em terapia. A família torna-se consumidora ávida de tudo o que pode ajudá-la a realizar-se” (Coimbra, 1995, pp.36-37).

Tínhamos aí, contam-nos, as condições de existência de um clima sócio-cultural que se constituiu como berço da ascensão de uma classe ávida a se realizar e crescer individualmente, ao mesmo tempo em que as ruas estavam cerceadas de vigilância, controle e perseguição. Assim, em um momento onde o público parecia enjaulado, o privado e o íntimo se constituíam como o espaço de liberdade possível. Foi nesses modos, então, que a ciência psicológica conquistou espaço, legitimando-se perante a sociedade, organizando-se, articulando técnicas e saberes, capilarizando-se por vários extratos do tecido social, sobretudo a partir de um serviço que atenderia às aflições emocionais e psicológicas de todos os que passaram a investir em seu próprio cuidado, bem estar e autoconhecimento (Pereira & Pereira Neto, 2003).

3. A ASCENSÃO DO SOCIAL: “PARA UMA NOVA PSICOLOGIA”

A narrativa acerca da emergência da Psicologia Brasileira, entretanto, não se esgota na denúncia; mas, antes, faz desta o passo inicial e necessário para o anúncio de que mudanças estariam por vir nos anos seguintes. Tomou-se, de forma relativamente

consensual, o final dos anos 80 como marco de transformação da categoria. Com isso, é apresentado um novo projeto para as práticas institucionais em saúde e em assistência social, ensaiado desde o final dos anos 70, que afetará de um modo ainda confuso e ambíguo a clínica psicológica. Saindo de uma antiga “mentalidade” privatista-assistencial, com forte cunho mercadológico em atendimentos particulares, as práticas clínicas cresceram e se difundiram na direção de setores específicos em nosso país. Isso efetivou, na opinião de alguns autores, uma marcante exclusão ao acesso de muitos serviços em saúde – o que conflitava com as novas diretrizes sempre prontas a apontar a necessidade da promoção de saúde a todos e da incorporação de mais profissionais ao serviço público de saúde. Com isso, a psicologia logo seria escalada a adentrar nesses novos espaços de promoção de bem-estar físico, emocional e social, a partir de outros formatos de intervenção (Meija, 1984).

Como exemplos desses espaços podemos citar os Centros de Atendimentos Psicossociais, os Centros de Referências de Assistência Social, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dentre outros que passaram cada vez mais a demandar respostas dos psicólogos em termos de uma intervenção diferente daquela realizada em consultório. Norteando-se pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde, afinadas com as políticas públicas, pela reforma psiquiátrica, pelo movimento de desinstitucionalização e pelas novas modalidades de atendimento emergentes na contemporaneidade (como, por exemplo, o plantão psicológico e a psicoterapia breve), alguns autores passariam a denunciar uma séria limitação da clínica psicológica, demonstrando grandes preocupações em relação à situação do clínico nessas novas perspectivas profissionais.

Faz-se necessário termos uma visão crítica em relação à clínica tradicional [...] centrada totalmente na doença e na cura daquele indivíduo, onde os mesmos acabam muitas vezes, rotulando e caracterizando o sujeito pela sua doença. Há muitos aspectos que são extremamente importantes e devem ser levados em consideração para conhecer e entender o processo saúde-doença do sujeito, entre estes está a sua história de vida e uma escuta qualificada, por exemplo (Brito et al., 2015, p.84)

Percebamos como todo esse discurso implicaria que a inserção nesses novos estratos estaria condicionada à adaptação as estas novas diretrizes em saúde, que preveem uma atuação multidisciplinar, voltada e preocupada, sobretudo, com uma população

de baixa renda, em um formato de intervenção focada na prevenção, na informação e na educação popular e gratuita (Brito et al., 2015). Desse modo, o psicólogo necessitaria se imbricar nas instituições públicas de saúde, demandando dos profissionais concepções diferentes acerca de seus métodos e suas práticas, a fim de atender às outras demandas emergentes na própria profissão para dar conta das novas exigências que os próprios psicólogos tomariam para si. Afinal, aparentemente, o modelo clínico-particular de atendimento não parecia saber muita coisa sobre atendimento integral e gratuito a toda população (Dimenstein, 2000). Nesse sentido, a clínica psicológica passou a ser entendida como um instrumento destoante das novas perspectivas de atendimento público às pessoas e às comunidades, sendo acusada de ir de encontro às diretrizes de saúde nacional vigentes, privilegiando a atenção ao âmbito privado e exclusivamente burguês, cercando seus pacientes em salas de atendimento e afastando-o de suas matrizes comunitárias, culturais, relacionais e políticas – e, indo mais além, recebendo frequentemente a acusação de ser uma forma de praticar a psicologia que não consegue atingir a maior parte da sociedade. A psicologia clínica passaria a ser vista, portanto, como um enclave diante das novas conformações sociopolíticas que a própria profissão estava passando a assumir para si. Não só sua estrutura não conseguiria atingir os alvos que a saúde coletiva, por exemplo, pretenderia atingir, como suas configurações privatistas e neoliberais estariam fadadas a estancar diante da necessidade crítica que os autores parecem demandar a partir das conformações oriundas das esferas públicas (Dutra, 2004; Moreira, Romagnoli & Neves, 2007).

Enquanto na clínica psicológica os pacientes permanecerem encarados mediante uma compreensão intelectualista da subjetividade, configurada através da categoria do sujeito psicológico, conceitualizado e internalizado através das práticas clínicas e munido com a neutralidade de um olhar técnico e diagnóstico, a clínica estaria presa à realidade particular de cada subjetividade, naturalizada a partir de concepções teóricas importadas da Europa e dos EUA (Ferreira Neto, 2010). Desse modo, as lentes especializadas das práticas clínicas construídas no Brasil do milagre nada conseguiriam ver ou dizer da então realidade subjetiva e social brasileira. Assim, amplos discursos que abordariam atividades clínicas em psicologia como produto de um dispositivo que tenderia a produzir e perceber as pessoas com graus agravantes de miopia, passariam a ganhar fôlego dentro do cenário profissional, político e institucional da psicologia. Sobre isso, os autores afirmam:

Sem dúvida, é o sujeito psicológico que permeia os saberes e as práticas dos profissionais psi, concepção que surgiu a partir destes saberes e que é compatível com o *Zeitgeist* da modernização da sociedade brasileira e disseminação dos ideais individualizantes [...] existe uma problemática em relação à hegemonia desta concepção de subjetividade no campo psi, na medida em que ela não é contextualizada, relativizada, ou seja, na medida em que ela é universalizada como se fosse o único modelo de subjetividade possível, desprezando-se assim, a complexidade e a multideterminação do processo de subjetivação (Dimenstein, 2000, p.100).

Portanto, os novos discursos democráticos pareciam entrar em conflito direto com a velha clínica psicológica, passando de fato a combatê-la, pelo menos até certo ponto, como veremos mais à frente. E os críticos, esses mesmos que abordamos a algumas páginas atrás, não aliviariam o histórico da psicologia no país. Interpretou-se com virulenta criticidade os discursos e os valores implícitos desde a constituição profissional do psicólogo brasileiro nos anos 60. Alguns autores na psicologia, que chamaremos então de *reformadores da clínica*, passariam a refletir sobre o legado da história da psicologia clínica, problematizando suas ligações com as práticas médicas, influenciadas pelo período ditatorial em que se desenvolveu. Evidenciava-se que a “Psicologia cresceu comprometida com o capital e o consumo, servindo principalmente de suporte científico das ideologias dominantes e de auxílio na perpetuação do status quo” (Dimenstein, 2000, p.101). Desse modo, a psicologia, em sua face clínica, seria impregnada pela ótica diagnóstica, higienista e disciplinar de uma época opressora da história do nosso país. Assim, afirma-se que desde sua oficialização, a profissão do psicólogo está alimentada por práticas e concepções que estão a serviço do capital, da burguesia e da normalização dos indivíduos.

Nós tínhamos, nos anos 1960 e 70, uma formação estreita para uma psicologia que tinha lugar restrito e pequeno na sociedade brasileira. Uma psicologia colada aos interesses da elite que lhe servia nas indústrias, nas escolas, nos consultórios e serviços de saúde, sempre na busca da adaptação dos sujeitos a uma sociedade em transformação; a uma sociedade cuja elite desenhava seu futuro como nação moderna, industrializada e urbana (Bock, 2015, p.114).

A clínica psicológica, tomada como um símbolo dos velhos tempos, desse passado ditatorial condenável no qual o psicólogo clínico atuaria de um modo marcadamente isolado, desenvolvedor de um serviço caro e alheio às possibilidades da maioria, estaria a anos luz de perceber e lidar com as exigências emergentes por ocasião de uma nova psicologia que teria de atender às demandas sociais, econômicas e políticas – demandas com as quais os psicólogos estariam começando a se envolver, uma vez que estas apontariam para um rompimento com o olhar especializado, interventivo e individualizante, em direção a uma abordagem comunitária, coletiva e preventiva (Dimenstein, 2000; Dutra, 2004, Bock, 2015). Para os reformadores da clínica, esse cenário instalou uma verdadeira *crise na psicologia clínica contemporânea*, marcada pela reivindicação de se construir uma psicologia para as necessidades da população carente de recursos econômicos, sob o imperativo de dizer e fazer uma clínica diferente e mais ampla, que atinja todas as camadas e classes sociais (Ferreira Neto, 2002; Dutra, 2004; Portela, 2008).

Contudo, as mudanças desafiavam a psicologia clínica a mudar velhos hábitos que outrora foram extremamente valorizados. Efetivou-se a ação de repensar a clínica e seu lugar junto às outras atuações nas práticas psi. Pois na medida em que a clínica, psicologizando os sujeitos e isolando-os em salas climatizadas, afastava-os de sua vida em comunidade e despolitizando suas questões, tornava-se um veneno para as novas pretensões da psicologia brasileira: “a Psicologia ‘tradicional’ é ‘obrigada’ a se redesenhar, precisando se tornar mais crítica e engajada socialmente”. (Moreira et al., 2007, p. 615). Pululam autores que insistentemente nos trazem a seguinte *narrativa-convocatória*: o contexto social passa a adentrar nos consultórios, impõe que os psicólogos rompam seus muros fechados para responder às novas formas de subjetivação e de adoecimento psíquico no país e, com isso, redesenha por múltiplas mãos os novos desígnios dos psicólogos, que não poderia ser outro que não viabilizar a compreensão da realidade local e efetivar uma psicologia clínica que, realmente, seja direcionada a todos.

A crise parecia pedir atualizações e reformas. De um lado, atacou-se a “clínica tradicional”, a fim de deslocá-la de seu lugar hegemônico na categoria, abrindo novas áreas de atuação aos psicólogos, promovendo e incentivando os profissionais a se engajarem em novos campos. Lembrem-nos do delicado momento de recessão que se instalou no Brasil da década de 80, gerando uma crise econômica e social, atingindo fortemente o mercado de atendimentos privados na época (Dimenstein, 1998; Ferreira Neto,

2010). Entretanto, outras forças se mobilizavam para socorrer a dita “clínica tradicional”: por um lado (I) tratava-se de atualizá-la para responder às novas demandas sociais e integrá-la nas atuais configurações das práticas psi, por outro lado (II) buscava-se retomar aquilo que seria redefinido como sua verdadeira concepção (ampla e contextualizada) para reintegrá-la às práticas sociais. Afinal, entenderam que a clínica, esta importante área tão preciosa para a história da ciência psicológica e da cultura profissional do psicólogo no país, precisaria com urgência ser transformada e aberta a novas perspectivas. É nesse sentido que parece que os reformadores da clínica estão em completo acordo: é preciso tornar a clínica mais social.

Para alguns autores, isso significaria militar por um *novo projeto de sujeito* para a psicologia, afirmando que essas novas roupagens profissionais mais democráticas, comunitárias e inclusivas são efeitos de novos tempos, são a expressão de novas subjetividades e novas configurações que cobram a reinvenção das práticas clínicas em formas mais integradas com o âmbito social:

Tais considerações sugerem que adotar, na clínica, uma dimensão mais concreta do contexto social implica modificações nos referenciais teóricos que ancoram as práticas clínicas, principalmente no que se refere à noção de subjetividade. É nesta direção que se percebe o crescimento de uma tendência na Psicologia Clínica, a qual se centraria na ênfase de uma concepção de subjetividade resultante de uma construção social e histórica. Assim, modifica-se a noção de sujeito e, com ela, a postura diante do ato clínico (Dutra, 2004, pp.382-383)

Orientado por um entrelaçamento entre o indivíduo e sua história, sua cultura e a sociedade na qual este se constitui, seria necessário empreender uma concepção clínica que aborde uma nova forma de sujeito: uma forma atualizada, pós-moderna, desapegada a teorias psicológicas internalistas, generalistas e essencialistas. Mas também a uma forma de sujeito que se aproxime de referenciais filiados ao marxismo e neomarxismo: um sujeito ativo, inserido em um contexto coletivo de ação, um sujeito transformador e em busca da emancipação. Passou-se a debater a importância em transcender as naturalizações empreendidas pelos diagnósticos e teorizações sob o sujeito psicológico, oriundos das práticas clínicas emperradas num certo psicologismo e individualismo, para tornar a clínica mais ampla e, portanto, mais “social” (Dimenstein, 2000; Portela, 2004). *Tudo é social*

– leia-se: “tudo precisa ser social”; ou, ainda, “a clínica sempre foi social”. Então, a estratégia se bifurca: em uma frente, trata-se de dizer que a clínica precisa *tornar-se social*; em outra frente, de forma diversa, cuida-se de afirmar que a clínica *já é social* (e, então, têm-se como tarefa explicitar o que não teria sido, talvez, suficientemente explicitado).

Para nossos reformadores, a crítica à clínica tradicional seria importante para a psicologia ampliar seu campo profissional na medida em que adentrou ao debate da saúde coletiva, contribuiu para as políticas de reforma psiquiátrica e participou da reformulação das políticas de assistência social, dentre muitas outras atividades e espaços conquistados (Portela, 2006). Nesse sentido, a crise parece desdobrar-se, esbanjando certo otimismo em um crescimento e em uma expansão da ciência psicológica e do profissional psicólogo no Brasil. É uma nova psicologia que parece começar a se desenhar na história do país, trazendo novos rumos promissores aos psicólogos (Bock, 2015).

Por estes caminhos, curiosamente, podemos perceber uma tendência de extrema relevância para a psicologia que se faz no Brasil: a necessidade por parte de um extenso volume de autores em tornar, mais do nunca, *toda prática psicológica, bem como toda prática clínica, em uma prática social*. E isto, frequentemente, parece ser efetivado por um discurso de ataque a clínica psicológica por meio de uma performance ambígua – a saber, por um lado desqualificando a psicologia clínica (ao utilizar o codinome “tradicional”) e, por outro, revitalizando-a em uma nova configuração eficiente e digna (Dutra, 2004; Portela, 2006; Moreira et al 2007).

4. A ESTRATÉGIA DE UMA CLÍNICA PARA TODOS: A REDESCOBERTA DO PSICÓLOGO CLÍNICO

Parece que a redemocratização pediria outras formas de se fazer/tratar sujeitos e essas formas-sujeitos pós-modernas, acopladas a concepções marxistas e neomarxistas acerca do sujeito, produziriam novos questionamentos a uma prática psi arcaica – a clínica tradicional – que, por sua vez, urge por uma atualização. *Eis aí a instalação de uma crise na clínica psicológica contemporânea, e junto com sua crise, os anúncios e prescrições para superá-la*. Essa clínica, agora reduzida ao consultório, ao particular e ao individual, deverá, então, se tornar ampliada, coletiva e social. E, ressalta-se, deverá tornar-se tudo isso *urgentemente*. Como nos advertem:

Essa questão é grave e deve ser encara com seriedade. Não se pode mais individualizar e descontextualizar o sofrimento e o transtorno

mental da vida comunitária e de ações que envolvem as políticas públicas e o terceiro setor da comunidade. A Psicologia não pode mais se omitir dessa situação nem da prevenção e promoção em saúde mental em sua prática clínica (Gois, 2012, p.150).

Como resgatar ou trazer a veia social à psicologia clínica? Ao que nos parece, as respostas direcionam-se principalmente à formação profissional. Talvez, nas próprias referências utilizadas até aqui para ilustrar essa narrativa da *crise da clínica* tenha sido fácil perceber como os discursos que a anunciam também acionam, paralelamente, uma preocupação com a formação do psicólogo. É exatamente nos anos 80, e mais em específico na década de 90, que se observa a intensa problematização e discussão curricular do psicólogo no Brasil (Cruces, 2008; Rudá; Coutinho & Almeida Filho, 2015).

Talvez uma das fontes de preocupação dos reformadores da clínica psicológica seja o fato de suas pesquisas ainda apontarem que boa parte dos psicólogos em formação parecem insistentemente atraídos pela sedutora clínica. Não é difícil perceber que, desde a construção do imaginário estudantil, já parece começar uma gestação do que se investirá na trajetória profissional em psicologia. Constantes pesquisas apontariam para a atividade autônoma de consultório ainda como principal área de interesse dos profissionais, e para onde a maior porcentagem de estudantes parecem se endereçar.

Entre os psicólogos (75%) que estavam exercendo a profissão na data da pesquisa, a maioria (54,9%) se dedicava à clínica em consultório, e 12,6% atuava com Psicologia da saúde, sendo que, nesse campo, a prática, na maioria das vezes, também é clínica (Moreira et al, 2007, p. 610).

Apesar de haver o reconhecimento nas pesquisas de uma crescente na quantidade de profissionais atuando na saúde pública e na assistência ao longo dos últimos 20 anos, diversos levantamentos estatísticos ainda parecem apontar a clínica como a área de maior concentração de psicólogos no Brasil (Cruces, 2008; Rudá et al., 2015). Nesse sentido, operam a reforma com uma espécie de reeducação alimentar: a dieta parecia se voltar para as origens do desenvolvimento profissional, consistindo em restringir a ingestão de uma prática clínica privativa e isolada. Percebemos, de antemão, como aos olhos dos críticos, essa inserção não seria fácil para os psicólogos. Ainda mais com certos vícios alimentares históricos que

marcam uma formação oriunda das configurações clínicas médicas, diagnósticas e individualizadas. De modo que, com frequência, passou-se a abordar a limitação, em termos técnicos, políticos, éticos e epistemológicos, dos cursos de psicologia diante do novo público que emergiria e demandava retorno: a comunidade e a população de baixa renda. O psicólogo clínico deverá, a partir de então, envolver-se com as dinâmicas sociais de cada pessoa, sua história contextualizada e sua vida relacionada com sua condição econômica e política, bem como conscientizar-se do trabalho integrado e cooperativo com as demais áreas da saúde – esse é seu atual e inequívoco imperativo, tornar-se ou retornar ao social.

Nossos currículos, por sua vez, espelham e produzem um modelo hegemônico de atuação profissional - o modelo clínico liberal privatista, o modelo da psicoterapia individual de inspiração psicanalítica - e definições extremamente limitadas do que seja atuação psicológica, de forma a determinar a representação social que o público tem da Psicologia e do psicólogo. (Dimenstein, 2000, p.104)

O entendimento de que os psicólogos brasileiros não têm formação para dar conta de suas novas concepções de atuação se torna tão frequente quanto familiar. Uma naturalização da existência de uma crise na psicologia clínica é compreendida, por alguns discursos, então, não como uma *crise social e histórica da clínica*, mas como uma *crise inerente e paradigmática à clínica*, constituinte à própria condição do espaço clínico psicológico nacional – trata-se, portanto, de uma crise política que passa a ser percebida como crise, ao mesmo tempo, histórica e epistemológica.

É nesse sentido que percebemos alguns discursos apelando para a necessidade de se exercer e validar o fazer psicológico sob o formato social, tornando-o algo diferente do que fora antes do “desbravamento” desses atuais espaços de atuação profissional. Inserir-se, portanto, nas novas modalidades e práticas de promoção em saúde. Fazer psicologia clínica, dizem, passou a ser *promover saúde*, e não mais *remediar* – isso a partir de uma concepção integrada, junto à saúde mental, de forma coletiva, não mais restrita, limitada, privada e individualizada. Configurar-se-ia como um espaço virtual de potencialização dos sujeitos, e não apenas de sintomas e tratamentos, vinculando clientes/usuários e equipe multiprofissional, desinstitucionalizando os indivíduos, atuando na coletividade com educação e prevenção.

Aquilo que se fazia no consultório privado foi transportado acriticamente para dentro das salas dos consultórios, só que agora no espaço público. Não existia outra referência sobre o significado de atender as pessoas ou fazer “clínica psicológica”. As noções de setting, agenda, largo prazo, demanda, consulta, paciente pareciam ser as únicas possibilidades de se pensar em uma atuação de tipo clínica. E foi nessa caminhada que, por meio de uma autocrítica coletiva, fomos nos dissociando desse tipo de recurso tecnológico, típico da prática psicoterapêutica individual, face a face, e que fui me associando a outras reflexões sobre esse tema da clínica, que hoje ganha, como adjetivo, o sentido de ampliada, na ideia de uma “clínica ampliada” da saúde mental (Oliveira, 2009, p.107)

Portanto, reafirma-se: é preciso uma nova perspectiva, desde a formação profissional, que reconfigure e diga de uma forma completamente diferente o que deve ser uma atuação clínica em psicologia: crítica, politizada e voltada para o todo social (Teixeira, 1997; Dutra, 2004). Nesse sentido, sua ação caracterizar-se-ia no “descentramento” de seu foco do plano individual, de caráter remediativo, num formato de ação isolada, para uma intervenção em equipe multiprofissional, focada na interdependência com o contexto sociocultural e de caráter preventivo (Teixeira, 1997). Afirmam, nesse sentido, que o ensino da clínica deve ser feito também de maneira contextualizada, refletindo sobre o compromisso com a realidade social, sendo exercida em suas diferentes modalidades.

É desse modo que percebemos mais um discurso paralelo, junto ao projeto de reinvenção de uma clínica atingida por uma grave crise. Dizem eles que é preciso *politizar a formação*. É assim que tornaremos toda prática psi, inclusive uma prática “isolada” como a clínica, uma causa social. Enfatizando o compromisso ético do psicólogo, percebemos um tipo de discurso que parece dessubstancializar a clínica psicológica. É aí que, aos nossos olhos, apareceria uma curiosa forma de construção contemporânea para a psicologia clínica: a compressão desta não mais como apenas um *lugar* do consultório ou mesmo apenas como sinônimo de psicoterapia, mas sim como uma *postura*, uma conduta ética, configurada por sua escuta qualificada – o que a permite adentrar nos mais diferentes espaços públicos e privados (Teixeira, 1997, Figueiredo, 2011). Mas, curiosamente, também a possibilita manter-se espacialmente onde está, uma vez que já teria realizado o essencial: introduzido diversas

variáveis políticas e sociais na compreensão de “seu” sujeito. Assim, se a redefinição da clínica como uma *postura* permite a esta explorar espaços outrora intactos, permite igualmente que a clínica se sinta confortável no espaço em que já está. Feita a transformação conceitual, *qualquer* espaço passa a ser espaço legítimo.

Considero que o método clínico é uma atitude, uma postura, uma forma de raciocinar, um modo de operação que pode ser aplicado à organização, à escola, pode ser aplicado, inclusive, à comunidade. Pode ser aplicado a vários âmbitos e aspectos (Oliveira, 2009, p.124).

Alguns reformadores passaram a denominar as práticas que, na atualidade, tentam articular a clínica e as “questões sociais” de *tendências emergentes*, para diferencia-las da lógica da chamada “clínica tradicional” (Lo Bianco, Bastos, Nunes & Silva, 1994). Apresentam-nos, então, uma tentativa de se fazer uma clínica diferente, transformada, atualizada com as questões contemporâneas da própria profissão. Deslocada e “desfixada” tanto de seu passado como de sua antiga instituição *consultório*, a clínica, mais do que um lugar de referência a qual se vai para descobrir a si mesmo, passa agora a ser, sob o ponto de vista de diversos autores, uma *atitude*. Muito além do lugar que é exercida, a clínica é uma postura, uma conduta, uma escuta e uma prática que promove transformações e crescimento pessoal (Portela, 2008; Figueiredo, 2011; Brito et al, 2015).

O que significa dizer que a prática clínica tem lugar sempre que o sofrimento do sujeito cria uma demanda, mas não necessariamente quando se instala uma patologia. Com esse raciocínio é possível, agora, considerar que o que caracteriza a prática clínica não pode reduzir-se nem ao lugar, consultório; nem ao número de sujeitos ou a sua classe econômica; nem à técnica utilizada ou à patologia diagnosticada. (Dutra, 2004, pp.383-384).

Nesse sentido, parece que o discurso que toma a psicologia clínica como retrógrada, fora de tempo frente ao horizonte atual de atuação da psicologia brasileira, muito mais do que superá-la, está diretamente atrelado ao desenvolvimento e a ampliação da profissão e da própria clínica. Pois, na medida em que se desinstala a clínica do lugar fixo e se busca virtualiza-la e fazê-la funcionar “ao ar livre”, em qualquer

âmbito, espaço e situação que possa se inserir o psicólogo, seus poderes são significativamente aumentados.

Faz-se necessário compreender que a escuta clínica é uma postura ética e política diante do sujeito humano. Não é o local que define a clínica, e sim, a posição do profissional e os objetivos de libertação e potencialização dos sujeitos (Moreira et al., 2007, p.620).

Contudo, podemos nos perguntar sobre os ônus de toda essa empreitada realizada pelos psicólogos brasileiros em prol da construção de uma prática psicológica mais comprometida com o social. E, olhando com um pouco mais de acuidade, aparece a nós um curioso acontecimento cuja importância parece não ter sido claramente percebida por muitos. Haveria, pois, qualquer coisa como uma *reversão da crise da clínica*, cujos efeitos indicariam não um eclipse, mas uma multiplicação das práticas clínicas. Nesse sentido, e abordando por esse ângulo, não parece que nossos reformadores, críticos ferrenhos da clínica psicológica, mostram total interesse em superá-la ou em abandoná-la. Afinal – e isto é bastante compreensível – parece ser ainda o respaldo do saber-poder da clínica que legitima, em grande parte, a profissão do psicólogo, e isto parece ter pouco a ver com uma fundamentação científica ou epistemológica. Trata-se, muito mais, de uma questão estratégica: de não abrir mão, nesse jogo de xadrez, da rainha, ainda que se tenha que sacrificar um bispo ou um cavalo. E a peça-rainha no tabuleiro de xadrez em que a psicologia joga seu jogo ainda é, ao que nos parece, *a clínica*. Talvez melhor seja, pois, maquiá-la, realoca-la, deslocar suas referências últimas, mas só a ponto de, meio sem querer, abrir caminho para novos peões ganharem terreno. Afinal, nossos autores estrategistas parecem conhecer bem o xadrez que jogam, já que, a altos custos, ainda não sacrificaram sua rainha. Apesar de tecerem suas críticas na frente dela, efetivamente juram lealdade pelas suas costas. A clínica, ao que parece, permanece a pleno vapor, assumindo contornos ampliados para mover-se em terrenos outros, aumentar seu alcance e ampliar seu alvo.

REFERÊNCIAS

Bock, A. M. B. (2015). Perspectivas para a formação em psicologia, *Psicologia, Ensino & Formação*.6(2) pp. 114-122.

Brasil.(1962). Presidência da República. Lei nº 4119, de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre a formação em

Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. *Boletim de Psicologia*, 14(44), pp. 71-76.

Brito, D. A. S., Oliveira, I. S. C., Resende, J. W. R., & Freitas, L. M. (2015). A transdisciplinaridade na construção da prática psicológica e no campo da clínica. *Húmus*, 5(14) pp.75-87,

Coimbra, C. M. B. (1995). *Guardiães da ordem: Uma viagem pelas práticas psi no Brasil do milagre*. Rio de Janeiro, RJ: Oficina do Autor,.

Cruces. A. V. V. (2008). A pesquisa na formação de psicólogos brasileiros e suas políticas públicas. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*.28(2), pp. 240-255.

Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos Psicológicos*,3(1), pp. 53-81.

_____. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos Psicológicos*, 5(1)pp. 95-121.

Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*,9(2), pp.381-387.

Ferreira Neto, J. L. (2002). Uma genealogia do presente da formação do psicólogo brasileiro: contribuições foucaultianas, Belo Horizonte, MG, *Psicologia em Revista*, 8(12), pp. 115-116.

_____. (2010). Uma genealogia da formação do psicólogo brasileiro. *Memorandum*, 18, 130-142.

Gois, C. W. L. (2012). *Psicologia clínico-comunitária*. Fortaleza, CE: Banco do Nordeste.

Lo Bianco, A. C., Bastos, A. V. B., Nunes, M. L. T., & Silva, R. C. (1994). *Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação*. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação* (pp. 7-76). São Paulo: Casa do Psicólogo Meijas, N. P. (1984). *O Psicólogo, a Saúde Pública e o esforço preventivo*. São Paulo, SP: Saúde Pública.

Moreira, A. C. G. (2009). Psicoterapia: por uma estratégia de integralidade. In: Conselho Federal de

- Psicologia, *O ano da psicoterapia: textos geradores*, pp. 75-87. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.
- Moreira, J. O., Romagnoli, R. C., & Neves, E. O. (2007). O surgimento da clínica psicológica: da prática à curativa aos dispositivos de promoção de saúde. *Revista Psicologia, Ciência e Profissão* 27(4) pp.608-621.
- Murta, S. G., & Marinho, T. P. C. (2009). A Clínica Ampliada e as Políticas de Assistência Social: uma Experiência com Adolescentes no Programa de Atenção Integral à Família. *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas*, 1(1), pp. 85-72.
- Oliveira, M. V. A ação clínica e os espaços institucionais das políticas públicas: desafios éticos e técnicos. In: Conselho Federal de Psicologia, *O ano da psicoterapia: textos geradores*, pp. 106-130. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.
- Penna, A.G. (1980). A Formação de psicólogos no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 32(1), pp.545-548.
- Pereira, F. M.; Pereira Neto. A. (2003). O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização. *Revista Psicologia em Estudo*, 8(2), pp.19-27.
- Portela, A. M. (2008). A crise da psicologia clínica do mundo contemporâneo. *Estudos de Psicologia*, 25(1), pp.131-140.
- Rechtman, R. (2015). O futuro da psicologia brasileira: uma questão de projeto político, *Psicologia, Diversidade e Saúde*, 4(1), pp. 69-77.
- Rudá. C., Coutinho, D., & Almeida filho, D. C. N. (2015). Formação em psicologia no Brasil: o período do currículo mínimo (1962-2004), *Memorandum*, 29, p. 59-85.
- Soares, A. R. (2010). A psicologia no Brasil. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 30(esp.), 8-41.
- Teixeira, R. T. (1997). Repensando a Psicologia, *Paidéia*, s/v, p.51- 62.