

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC/SP

Gilcinéia Rose Silva dos Santos

**O Processo Psicodiagnóstico em Unidades Básicas de
Saúde**

DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC/SP

Gilcinéia Rose Silva dos Santos

**O Processo Psicodiagnóstico em Unidades Básicas de
Saúde**

DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Tese apresentada à Banca Examinadora
como exigência parcial para obtenção
do título de Doutor em Psicologia
Clínica, pela Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo, sob a orientação
da Prof^a Dr^a. Marília Ancona-Lopez.

SÃO PAULO

2009

Banca Examinadora

RESUMO

O objetivo desta pesquisa é buscar entender como os psicólogos que atuam em UBSs elaboram o psicodiagnóstico infantil, com que intenção o fazem, de que forma avaliam seus pacientes, com vistas a conhecê-los, e ainda qual o papel da formação acadêmica na realização de tal procedimento. Para tanto, apresenta inicialmente os modelos de psicodiagnóstico vigentes, as políticas públicas de saúde no País, as práticas clínicas em instituições de saúde e a formação profissional necessária ao psicólogo para essa atuação. Apresenta em seguida uma pesquisa qualitativa a partir de entrevistas semidirigidas com psicólogas atuantes em UBS na cidade de Maringá, com vistas a compreender de que forma elas realizam o psicodiagnóstico e qual o papel da formação recebida no curso de Psicologia para o desempenho de tal atividade em UBSs. A análise privilegiou três aspectos: formação e realidade de trabalho em UBSs; recursos para atuar em UBSs; e a utilização do psicodiagnóstico em UBSs. A análise final permitiu mostrar que os psicólogos foram preparados utilizar o psicodiagnóstico a partir de modelos clássicos de atuação que não consideraram as condições das instituições de saúde pública. Eles defrontam-se com inúmeros conflitos e contradições na utilização do psicodiagnóstico em UBSs, tanto na utilização do modelo tradicional como nas tentativas de sua adaptação em situações singulares, como a de saúde pública.

Palavras-chave: psicodiagnóstico; unidade básica de saúde; formação acadêmica.

ABSTRACT

This research aims at trying to understand how the psychologists, who work at the Basic Health Units (HBU), develop the child's psychodyagnosis, what their intentions are when they do that, how they evaluate their patients as an attempt to know them, and also which is the role of college education when carrying out such procedure. First of all, it shows the current psychodyagnosis models, the public health policies in the country, the clinical praxis in health institutions and the professional education required for this performance. Secondly, it presents a qualitative research which used semi-directed interviews with psychologists who work at HBUs in Maringa city whose purpose is to understand how they accomplished the psychodyagnosis, and which is the role of college education received during the Psychology course for such activity performance at the HBUs. The analysis favored three aspects: education and working reality at the HBUs; resources for working at the HBUs; and the use of psychodyagnosis at the HBUs. The final analysis allowed us to show that the psychologists were prepared to use the psychodyagnosis based in classical performance models which do not consider the conditions of public health institutions. They face a high number of conflicts and contradictions in the use of psychodyagnosis at the HBUs, both in the use of the traditional model and in the attempts for adapting it to single situations, like the public health system one.

Key words: Psychodyagnosis; Basic Health Unit; College Education

RESUME

Le but de cette recherche est d'essayer d'entendre comment les psychologues qui travaillent chez des Unités Basiques de Santé (UBS) constituent le psychodiagnostic des enfants, avec quelle intention ils le font, de quelle façon ils évaluent leurs patients en vue de les connaître, et encore, quel est le rôle de la formation académique pour la réalisation de tels procédés. Pour cela, on présente premièrement les modèles de psychodiagnostic actuels, les politiques publiques de santé dans le pays, les pratiques cliniques dans des institutions de santé et la formation professionnelle nécessaire au psychologue pour ces actions. On présente ensuite une recherche qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés avec des psychologues travaillant chez des UBS dans la ville de Maringá, en vue de comprendre de quelle manière elles réalisent le psychodiagnostic et quel est le rôle de la formation reçue dans le cours de Psychologie pour l'accomplissement de telle activité auprès des UBS. L'analyse a privilégié trois aspects: formation et réalité de travail dans des UBS; ressources pour agir dans des UBS; et l'utilisation du psychodiagnostic dans des UBS. L'analyse finale a permis de montrer que les psychologues ont été préparés à utiliser le psychodiagnostic à partir de modèles classiques de procédés qui ne considèrent pas les conditions des institutions de santé publiques. Ils font face à d'innombrables conflits et contradictions lors de l'utilisation du psychodiagnostic chez des UBS, aussi pour l'utilisation du modèle traditionnel que pour les essais de son adaptation dans des situations singulières, comme celle de la santé publique.

Mots-clés: psychodiagnostic; unités basiques de santé; formation académique.

AGRADECIMENTOS

À DEUS, porque Ele é Fiel...

“Cada vez que a minha fé é provada
Tu me das a chance de crescer um pouco mais
As montanhas e vales, desertos e mares
Que atravesso me levam pra perto de Ti.

Minhas provações não são maiores que o meu Deus
E não vão me impedir de caminhar
Se diante de mim não se abrir o mar
Deus vai me fazer andar por sobre as águas.

Rompendo em fé
Minha vida se revestirá do Teu poder
Rompendo em fé
Com ousadia vou mover no sobrenatural
Vou lutar e vencer
Vou plantar e colher
A cada dia vou viver rompendo em fé.”
(anonimo)

Aos meus pais, Gelson e Maura, por saber que sempre me apoiaram...

“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, pois cada pessoa é única, e nenhuma substitui outra.” (Antoine Saint-Exupéry)

À minha orientadora, Marília, especial e essencial...

“Cada um que passa em nossa vida, passa sozinho, mas não vai só, nos deixa um pouco de si mesmo.” (Antoine Saint-Exupéry)

As melhores irmãs, Simone, Kellen, Caroline...

“Deixe-se ir junto com a vida, sem tentar fazer com que algo aconteça, mas simplesmente ir, como o rio que ao chegar as pedras, simplesmente se desvia, dá a volta, quando chega a um lugar plano, ele se espalha e fica tranquilo, simplesmente vai se movendo junto com a situação em torno, qualquer que seja ela.” (Barry Stevens)

Aos meus queridos Cunhados (as) e Sobrinhos (as),

“Aquilo que eu ouso
Não é o que quero
Eu quero o repouso
Do que não espero.” (Vinicius de Moraes)

Aos amigos, aqueles que sempre estiveram ao meu lado...

Aqueles, que me acolheram e se foram...

E outros, que estão chegando...

“O que me doi não é
O que há no coração
Mas essas coisa lindas que nunca existirão...
São as formas sem forma
Que passam sem que a dor
As possam conhecer
Ou as sonhar o amor...” (Fernando Pessoa)

*À CAPES pela concessão da bolsa de estudos,
Aos professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da
PUC/SP, pelo respeito e conhecimento compartilhado,
Ao CESUMAR, pelo apoio e contribuição para realização deste trabalho,
À Secretaria de Saúde de Maringá (CECAPES),
Às Psicólogas das UBS que contribuíram através de seus depoimentos, à
todos, meu eterno agradecimento.*

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo Leonardo, por caminharmos juntos até aqui; as minhas lindas filhas, Lenara e Giovana, pelo presente de ser mãe, amo vocês.

“Não te rias de mim, que as minhas lágrimas
São águas para as flores que plantaste
No meu ser infeliz, e isso lhe baste
Para querer-te sempre mais e mais.

Não te esqueças de mim, que desvendaste
A calma ao meu olhar ermo de paz
Nem te ausentes de mim quando se gaste
Em ti esse carinho em que te esvais.

Não me ocultes jamais teu rosto; dize-me
Sempre esse manso adeus de quem guarda
Um novo manso adeus que nunca tarda.” (Vinicius de Moraes)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

1. PSICODIAGNÓSTICO: Aspectos Históricos, Objetivos e Procedimentos.....	08
1.1 Modelo Psicométrico e Comportamental.....	09
1.2 Modelo Psicodinâmico.....	10
1.3 Modelo Fenomenológico.....	20
2. ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.....	27
2.1 Implantação de Atendimento Psicológico em Unidades Básicas de Saúde	30
2.2 Políticas Públicas de Saúde	34
2.3 Práticas Clínicas em Instituição de Saúde e a Formação Profissional	35
3 OBJETIVO e MÉTODO.....	43
3.1 Objetivo.....	43
3.2 Método.....	43
3.2.1 Sujeitos.....	43
3.2.2 Entrevistas.....	44
3.2.3 Análise das Entrevistas.....	45
4 GIOVANA.....	49
4.1 Relato Descritivo da Entrevista	49
4.2 Análise da Entrevista.....	56
5 LENARA.....	78
5.1 Relato Descritivo da Entrevista.....	78
5.2 Análise da Entrevista.....	83

6. CONCLUSÕES.....	103
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	112
ANEXOS.....	117

INTRODUÇÃO

O campo da Psicologia apresenta desafios paradoxais para qualquer pesquisador da área, pois, ao mesmo tempo em que é um terreno amplo, instigante, é também ramificado e com diferentes práticas decorrentes de diferentes visões de homem e mundo. Debruçar-se sobre uma de suas áreas, no caso a clínica, e tentar compreender alguns processos que ali ocorrem, é um destes desafios.

Tendo como ponto de partida a Psicologia Clínica, buscarei focar o tema específico que me motivou a realizar esta pesquisa, qual seja, o procedimento psicodiagnóstico em Unidades Básicas de Saúde (UBSs), em Maringá – Paraná. Este tema tem me motivado a pesquisar mais sobre os procedimentos diagnósticos em geral na clínica dentro da instituição de saúde na tentativa de buscar compreender como os psicólogos em uma instituição de saúde, elaboram a atividade psicodiagnóstica, como avaliam seus pacientes, e que respaldo a formação acadêmica tem dado para a realização do procedimento psicodiagnóstico em UBS.

No que se refere às tentativas de adequação do atendimento psicodiagnóstico para a demanda em serviço público, podemos verificar, historicamente, alterações dos modelos clássicos, na busca de suprir as necessidades de atendimentos específicos da população que procura esses serviços.

Já em 1981, OCAMPO fala da evolução do processo psicodiagnóstico, em dois momentos. No primeiro deles, o psicodiagnóstico é considerado “a partir de fora”, em uma situação na qual o psicólogo se utiliza de instrumentos de avaliação, geralmente a pedido do médico ou da escola, e restringe-se a fazer um encaminhamento baseado apenas nos resultados dos testes, ou simplesmente envia o relatório ao solicitante, sem devolutiva ao paciente.

Nesse processo, para OCAMPO (1995), o psicólogo atua como alguém que aprendeu, o melhor que pode, a aplicar testes, na busca de medir certos aspectos ou características humanas, e aplica os seus instrumentos de forma eficiente, objetiva e neutra a fim de não interferir em seus resultados. O paciente, por seu lado, é alguém que colabora passivamente seguindo as instruções solicitadas pelos testes.

Esta forma de conceber o atendimento diagnóstico reproduz culturalmente o modelo da relação do médico com seu paciente, e respeita os pressupostos da psicometria. O profissional, buscando ser eficiente, objetivo e neutro, mantém distância do seu paciente.

ANASTASI (2000) aponta que os testes psicológicos desde sua origem, tiveram a função de medir diferenças entre indivíduos ou entre as reações do mesmo indivíduo em diferentes circunstâncias, ou seja, os testes psicológicos vieram suprir a necessidade de criar modelos e padrões normativos através de um sistema de classificação.

A questão mensuralista que envolve a psicometria está relacionada ao contexto da época em que surgiu, quando se buscava um modelo de abordar o ser humano compatível ao das ciências naturais. PASQUALI (2003) destaca o surgimento da psicometria no campo das aptidões humanas como um dos grandes temas da época, principalmente por convergir para estudos quantitativos com vistas a medir o comportamento humano.

Na concretude da clínica, no entanto, muitos psicólogos observavam que os resultados dos testes nem sempre correspondiam ao que eles viam em seus pacientes e buscavam uma aproximação mais qualitativa, que levasse em conta o conjunto de suas percepções e não apenas o resultado dos testes, acabando por desenvolver outros modos de realizar o psicodiagnóstico.

Nelas, passaram a basear suas conclusões diagnósticas não apenas nos resultados dos testes, mas, também nas entrevistas e observações do paciente. Do mesmo modo, muitos psicólogos abandonaram a preocupação

em classificar psicopatologicamente os seus pacientes, buscando elaborar uma compreensão ampla das pessoas que os procuravam. Passaram a dar mais ênfase à relação empática, em desenvolver uma escuta aprofundada, e se aproximar da experiência do paciente para compreendê-lo.

O raciocínio clínico, considerando o que viam, ouviam e os dados que obtinham de seus pacientes através de diferentes estratégias, tornou-se o eixo ao redor do qual construía as suas conclusões psicodiagnósticas compreensivas.

Examinando o raciocínio clínico do psicólogo no processo psicodiagnóstico, TRINCA (1983) definiu modalidades ou formas do psicólogo organizar o seu pensamento. Essa explicitação ajudou a esclarecer as mudanças que se processavam no psicodiagnóstico que, além de valer-se das hipóteses levantadas através de testagens, e das possibilidades classificatórias oferecidas pelos quadros nosológicos de psicopatologia, abriu-se também para as imagens intuitivas, para o sentir e perceber.

Estas mudanças basearam-se, principalmente, na consideração dos atendimentos desenvolvidos no contexto dos consultórios particulares. BOARINI em 1995 retratava a queixa de profissionais que encontravam dificuldades em elaborar o diagnóstico, quando ele era desenvolvido fora do setting clínico clássico, como ocorre nas UBSs.

A fim de compreender melhor como os psicólogos desenvolveram o psicodiagnóstico na UBSs, pesquisei a literatura que aponta para formas e procedimentos psicodiagnósticos no setor público de saúde.

A literatura a respeito das formas de intervenções psicodiagnósticas em instituições data de algumas décadas, mas, ainda é escassa. Segundo YAMAMOTO e GOUVEIA (2003), as intervenções psicodiagnósticas nas instituições acompanharam o modelo clínico de consultório, desconsiderando as especificidades da população que busca atendimento em instituições.

Alguns trabalhos neste campo sinalizaram mudanças. Nos Estados Unidos, na Argentina e no Brasil, FISCHER (1972) FRIENDENTHAL (1976) VERTHELYI (1989) e ANCONA-LOPEZ (1995) entre outros, buscaram oferecer outras formas de trabalhar com o psicodiagnóstico em instituições, de forma eficaz. Não encontrei, porém, na bibliografia, publicações que tratassem especificamente do psicodiagnóstico nas UBSs.

Meu interesse em investigar e analisar a prática dos psicólogos clínicos que trabalham nas UBSs, surgiu como uma necessidade, enquanto professora do curso de especialização e supervisora de estágios em Psicologia Clínica e Psicodiagnóstico e Processos Clínicos no Centro Universitário de Maringá - CESUMAR (desde 1997), de entender como os profissionais recém formados se adaptam às demandas e exigências do trabalho psicológico em Saúde Pública, visto que muitos acabam por ingressar nesses serviços.

Porém, anteriormente a esta inquietação quanto às formas de intervenção psicodiagnóstica nas instituições públicas de saúde, meu interesse nesta área vem da época em que ainda aluna do curso de Psicologia, na Universidade Estadual de Maringá – Paraná (UEM), participei de um projeto, no final da década de 80, que se propunha a discutir o serviço de implantação de atendimento psicológico nas UBSs em Maringá.

Na ocasião, o projeto da UEM, intitulado “Psicologia e Unidades Básicas de Saúde: uma análise crítica” visava discutir a implantação do serviço de psicologia nas UBSs, a partir de leituras e discussões críticas quanto ao modelo “elitista” de atuação do psicólogo clínico, baseando-se no modelo de relação médico-paciente.

Confesso que encontrei dificuldades em caminhar até o final do projeto e das discussões referentes à implantação deste serviço, e hoje tenho claro que não consegui caminhar naquele momento, porque via que os psicólogos que atuavam nas UBSs, faziam-no a partir do que era ensinado na Universidade na década de 80, o que me parecia correto, dado que era aquilo que eu aprendia. Consequentemente, não alcançava, na ocasião, as críticas dirigidas a esse modelo.

Este projeto do qual cheguei a participar, assim como vários outros estudos de pesquisadores na área, foram marcos importantes para início de várias discussões que apontavam para inadequação de disciplinas e estágios curriculares descontextualizados, que deixavam grandes lacunas, uma delas o psicodiagnóstico, para o exercício do profissional na área da saúde.

Com as discussões sobre a Reforma Universitária e a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais, os cursos de Psicologia devem passar por mudanças em sua matriz curricular, sendo uma das importantes mudanças assinaladas, a questão da adequação dos procedimentos clínicos voltadas para as políticas públicas e uma formação deste profissional, plural e generalista.

Porém, muitas adequações serão necessárias para que o profissional a ser formado, tenha vivenciado na graduação experiências e discussões que possam dar sustentação, postura ética e reflexiva para atuar na saúde pública, visto que ainda os estágios tem se constituído, principalmente de adaptações de técnicas e procedimentos clínicos aprendidos e reproduzidos da graduação.

A partir de algumas inquietações como supervisora dos estágios de alunos no 4º e 5º ano de Psicologia no Centro Universitário de Maringá (CESUMAR), e supervisora de estágio em um curso de Pós-Graduação Lato-Sensu em Psicologia Clínica e Práticas Institucionais, tive contato novamente com o atendimento clínico em instituições, através das experiências dos alunos de graduação e da pós-graduação. Estes últimos, em sua maioria, buscavam o curso de especialização na expectativa de compartilhar e até encontrar soluções para as angústias que vivenciavam nos atendimentos clínicos realizados em Postos de Saúde e Hospitais da Rede Pública de Saúde.

O que percebo gerar maior angústia nestes profissionais é o tempo limitado que têm para os atendimentos frente ao grande número de consultas diárias que devem realizar para tentar dar conta da fila de espera. Neste

sentido, conversei com alguns destes psicólogos, sobre como realizavam o psicodiagnóstico.

Ao saber que atendiam quatro sessões em média, para o psicodiagnóstico, minha inquietação alcançou maiores proporções, e ouvi destes profissionais, quase que em uníssono: “nós vamos atendendo, meio que perdidos, tentando achar um caminho, acho que nem bem fazemos um psicodiagnóstico”.

Acreditando na importância da realização do psicodiagnóstico pelo psicólogo, como uma forma de compreender a dinâmica do seu paciente, aspectos de sua personalidade e de seus problemas, dando respaldo às possíveis intervenções, percebo o quanto é urgente re-discutir este tipo de prática no setor público.

A intenção em realizar esta pesquisa é portanto, a partir de uma aproximação das experiências dos psicólogos que trabalham nas UBSs, buscar entender como elaboram o psicodiagnóstico infantil, com que intenção o fazem, de que forma avaliam seus pacientes, com vistas a conhecê-los, e ainda qual o papel da formação acadêmica na realização de tal procedimento.

Para tanto, pretendo inicialmente discutir o Psicodiagnóstico, seu histórico, trajetória e principais eixos teóricos que dão sustentação a esta prática. E, em seguida, abordar como o Psicodiagnóstico está inserido no contexto das UBSs, e a formação deste profissional para desenvolver esta atividade num contexto de saúde pública. Investigarei se a formação acadêmica forneceu recursos suficientes para o desenvolvimento deste procedimento, assim como quais os conteúdos na graduação são indispensáveis para atuar em UBS.

Abordarei também, as questões que envolvem a Implantação do Serviço de Psicologia nas UBSs, sendo necessário lançar um olhar para as Políticas Públicas de Saúde que permearam este processo. E seguida, entrevistarei

psicólogos que atuam em UBSs de Maringá, utilizando entrevistas semidirigidas, com vistas a atingir o objetivo deste trabalho.

CAPÍTULO 1

PSICODIAGNÓSTICO: Aspectos Históricos, Objetivos e Procedimentos.

Podemos destacar na literatura das últimas décadas OCAMPO (1981), TRINCA (1984), ANCONA-LOPEZ (1995), CUNHA (2002) como autores, entre outros, que mencionam a existência de modelos diferentes entre si e que nortearam o psicodiagnóstico como processo que busca compreender o homem.

Na Psicologia, três grandes eixos trazem em seu bojo concepções epistemológicas que implicam numa visão de homem e mundo distintas e, conseqüentemente, cada uma delas produz uma concepção diferente do que é psicodiagnóstico. São eles os eixos do Behaviorismo, da Psicanálise e da Fenomenologia, que resultaram em modelos amplos de psicodiagnóstico: o Psicométrico, o Comportamental, o Psicodinâmico e o Fenomenológico.

Autores da história da psicologia, como CUNHA (2002), YAMAMOTO (2003), MASSIMI e GUEDES (2004) e SCHULTZ e SCHULTZ (2005) colocam que o psicodiagnóstico teve sua origem no período áureo da crença na ciência, final do século XIX, sob a tradição médica.

Dadas as condições sociais e políticas desta época, a visão predominante de homem e mundo preconizava que o conhecimento é tanto mais rigoroso quanto mais restrito é o objeto sobre qual incide o olhar da investigação, e quanto mais é possível controlar as variáveis que incidem sobre ele. Esses pressupostos positivistas tiveram força na implantação das idéias psicológicas no Brasil.

1.1 Modelo Psicométrico e Comportamental

Na área diagnóstica desenvolveram-se a partir desses pressupostos o modelo psicométrico e, mais tarde, o modelo comportamental. Os dois modelos, conforme apontado por ANCONA-LOPEZ (1987),

decorrem de uma postura que considera possível o conhecimento objetivo, baseado em observação imparcial e experimentação. (pg. 53)

O psicodiagnóstico dentro desses modelos considera o homem como qualquer outro elemento da natureza que pode e deve ser estudado de maneira neutra, seguindo o método das ciências naturais.

Foi no final do séc. XIX e início do séc. XX, período este na história da psicologia marcado por grandes transformações no campo da ciência, que criaram-se testes visando a medida de inteligência e aptidões.

No Brasil observou-se segundo MASSIMI e GUEDES (2004), na década de 30, a preocupação com a padronização desses testes desenvolvidos em outros países, buscando criar padrões nacionais a partir dos quais os resultados individuais dos brasileiros pudessem ser comparados.

Esta visão mensuralista e objetivista do homem, que veiculava a idéia de neutralidade e controle sobre o objeto de investigação, exigia o distanciamento do pesquisador de seu objeto de estudo a fim de não interferir no resultado dos instrumentos de medida. Consequentemente, o psicólogo buscava manter-se neutro diante de seu paciente, evitando qualquer interação com o mesmo que não fosse necessária para o uso estrito e rigoroso do instrumento de medida.

No final da década de 30 e início dos anos 40, surgiram no Brasil alguns centros de referência de avaliação e diagnóstico psicológico, que tinham como profissionais médicos e educadores. Entre outros, o Instituto de Higiene de São Paulo e Clínica de Orientação Infantil, faziam uso exclusivo dos instrumentos de medidas, no caso testes psicológicos, para a elaboração de diagnóstico.

No contexto educacional, os testes de inteligência buscavam diagnosticar e entender os estudantes que apresentavam problemas de adaptação e aprendizagem.

O desenvolvimento da Psicologia Comportamental, por sua vez, acrescentou ao diagnóstico através de entrevistas dirigidas, registros diários e escalas, além dos testes, buscando conhecer as variáveis e as causas das condutas consideradas inadequadas para poder modificá-las. Assim, o diagnóstico comportamental objetiva, conforme CORDIOLI (1998), determinar com cuidado,

...todos os estímulos desencadeantes, os comportamentos disfuncionais, sejam eles motores, fisiológicos ou cognitivos e as conseqüências do comportamento em questão. (pg. 205)

Simultaneamente ao desenvolvimento dos testes de medida intelectual, despontaram no campo da Psiquiatria, estudos que resultaram na construção de sistemas de classificação dos transtornos mentais. Além dessas classificações nosológicas estabelecerem-se síndromes que permitiram diagnósticos diferenciais. Já não era suficiente medir características humanas, mas, necessário relacioná-las entre si para correlacioná-las a quadros psicopatológicos.

Através de contribuições, como as de Freud, Kraepelin e outros este modelo médico, proporcionou combinações de resultados dos testes com a psicopatologia.

1.2 Modelo Psicodinâmico

A dificuldade em correlacionar os resultados dos testes aos quadros psicopatológicos, as diferenças entre as observações dos psicólogos sobre seus pacientes e os resultados, aliadas ao desenvolvimento dos estudos no

campo da Psicanálise, exigiu um conhecimento do sujeito que ultrapassasse o modelo psicodiagnóstico baseado em medidas.

A avaliação da personalidade, utilizando técnicas associativas e projetivas, começou a ser introduzida no processo psicodiagnóstico e atingiu seu auge nas décadas de 40 e 50. Os inventários de personalidade, o Teste de Apercepção Temática (TAT) desenvolvido por Murray em 1935, o Rorschach, em 1921 e o Teste de Figura Humana criado por Florence Goodenough em 1924, entre outros, passaram a ser utilizados com frequência, tornando-se, muitas vezes o ponto forte do psicodiagnóstico. Neste, passou-se buscar a interpretação e compreensão da dinâmica intra-psíquica do paciente, mais do que sua classificação psicopatológica.

Com a evolução dos estudos psicanalíticos, verificaram-se nos desdobramentos no processo psicodiagnóstico. Conforme destacado por ANCONA LOPEZ (1987), apesar da existência de inúmeras escolas psicanalíticas, todas se apóiam e operam ao redor dos mesmos conceitos básicos. Elas influenciaram fortemente o desenvolvimento do modelo psicodinâmico de psicodiagnóstico.

Alicerçado em conceitos da Psicanálise, e respaldado nas teorias do desenvolvimento, da personalidade, da psicopatologia, e na compreensão dos processos transferenciais, o modelo de psicodiagnóstico psicodinâmico passou a ser largamente utilizado.

Segundo ARZENO (1995), o modelo psicodinâmico vale-se das classificações da psicopatologia, porém, leva em conta os diferentes tipos de personalidade, considera e dá ênfase à história atual e pregressa do indivíduo, incluindo suas relações familiares, sociais e afetivas.

Na atuação clínica, a valorização das entrevistas, observações e testes projetivos, diminuiu a importância dos testes de medidas. Os que continuavam a ser utilizados acresceram à avaliação quantitativa, avaliações qualitativas, como foi o caso do WISC, Terman, e Bender, entre outros.

Na elaboração do psicodiagnóstico psicodinâmico, ZIMERMAN (2004) acentua a importância das entrevistas iniciais com o paciente, e TRINCA (1983) recomenda o uso de procedimentos semi-estruturados conciliando as informações da entrevista com a observação e a percepção daquilo que se passa.

Segundo o autor, se por ventura deixar de existir a integração dos elementos envolvidos no procedimento psicodiagnóstico, o papel, a atitude e as funções de entrevistador e de entrevistado tendem a perder o objetivo, que é o conhecimento mútuo. Nesse caso, a relação do psicólogo e do paciente pode chegar a extremos, à rigidez e esterilidade ou à desestruturação do processo e perda das suas finalidades.

De acordo com CUNHA (2002) constata-se atualmente no processo psicodiagnóstico, a persistência dos dois modelos, sendo que alguns psicólogos preferem o uso de instrumentos mais objetivos, e outros demonstram maior interesse nas estratégias menos estruturadas.

De qualquer modo, no psicodiagnóstico psicodinâmico, o psicólogo passou a lançar mão de vários recursos dependendo de seu objetivo. Assim, o psicodiagnóstico envolve testes, entrevistas e observações de acordo com as finalidades e com o modo de estruturá-lo.

No psicodiagnóstico psicodinâmico, a partir dos dados iniciais, o psicólogo levanta hipóteses que serão investigadas ao longo do processo. Ele elabora um plano de avaliação estabelecido com base nas perguntas ou hipóteses iniciais, a partir das quais definirá os instrumentos necessários, como e quando utilizá-los.

A partir desta visão do processo, vários autores como CUNHA (2002), TRINCA (1984) e FIORINI (1985) trabalharam na sua sistematização ele pode ser descrita nas seguintes etapas:

1. Formulação das perguntas básicas ou hipóteses.

Formulam-se questões relativas ao motivo da consulta, à investigação da queixa, o que permite definir as hipóteses iniciais e estabelecer os objetivos do psicodiagnóstico.

Tendo como ponto de partida o motivo da solicitação, o psicodiagnóstico, poderá ser estruturado de várias maneiras, atendendo a diferentes objetivos. Ele poderá visar a classificação psicopatológica, a avaliação descritiva do comportamento, estruturar-se tendo em vista um diagnóstico diferencial, uma avaliação compreensiva, o entendimento psicodinâmico, ser desenvolvido para fins de prevenção, prognóstico, perícia, orientação, entre outros.

No primeiro momento do processo é importante que o psicólogo estabeleça um bom rapport e, quando possível, um contrato com o avaliando. Cabe ao psicólogo realizar uma anamnese que explore os aspectos da história do indivíduo e obter o máximo de informações, uma vez que a partir dessas ele formulará as hipóteses iniciais, ou ainda, se for o caso, solicitará exames complementares encaminhando a pessoa para profissionais de áreas afins.

2. Planejamento, seleção e utilização de instrumentos.

O psicólogo define os exames que poderão auxiliá-lo na avaliação, e que permitem validar informações obtidas nas entrevistas e observações. Nesse momento, busca usar o número de instrumentos realmente necessários e que contribuam para compreensão do sujeito, considerando-os no seu conjunto e de forma contextualizada.

ARZENO (1995) assinala para o cuidado que o psicólogo deve ter ao escolher os testes, pois não existe uma única forma de compor os instrumentos que serão usados, já que eles devem corresponder ao caso.

É preciso portanto, considerar vários aspectos ao selecionar os testes para o psicodiagnóstico: quem solicitou a avaliação, a idade do avaliando, nível sócio-cultural, presença de algum tipo de deficiência sensorial ou comunicativa, momento vital, contexto da avaliação, e o que se pretende investigar.

3. Análise, interpretação e integração dos dados.

O psicólogo analisa o material obtido, revê minuciosamente as observações e informações, assim como suas hipóteses iniciais, e estabelece uma síntese atendendo aos objetivos do psicodiagnóstico.

Segundo CUNHA (2002), as hipóteses levantadas servirão de critérios para análise e seleção dos dados úteis, enquanto os objetivos fornecerão um enquadramento para a sua integração. Desta maneira, as perguntas indicarão que respostas devem ser buscadas, confirmando ou não as hipóteses. A presença de mais ou menos indícios e a sua compatibilidade e intervalidação permitirão hierarquizar a importância dos dados obtidos. O objetivo do exame norteará a organização de tais informações. (pg. 117)

ARZENO (1995) trata a questão da análise conjunta dos dados de forma a abordar o indivíduo em sua totalidade, lembrando que o profissional:

... deve incorporar um certo rigor a seu trabalho sem renunciar ao seu pensamento psicanalítico, aos seus conhecimentos sobre a dinâmica da personalidade, à gestalt, etc. Além disso deve 'contextualizar' as suas conclusões, ou seja, colocá-las dentro de uma moldura sócio-econômica-cultural e dentro de uma história...(pg.179)

4. Comunicação dos resultados.

O psicólogo realiza a devolutiva ao paciente referente à compreensão da sua dinâmica psíquica, fornecendo as explicações e orientações necessárias, que julgar conveniente transmitir.

A comunicação dos resultados dependerá de alguns pontos a serem considerados:

a) Quem solicitou o diagnóstico (escola, pais, pediatra, juiz, etc.).

Dependendo do encaminhamento ou solicitação, caberá ao psicólogo na devolutiva contemplar de forma clara e sucinta os objetivos propostos. Ressalta-se que, mesmo na entrevista devolutiva, as reações (fala, postura, no

caso dos pais o comparecimento ou não de ambos para a entrevista devolutiva, etc.) do paciente, dos pais ou responsáveis são ainda elementos de observação e dados passíveis de investigação e integração.

b) A quem informar os resultados.

É preciso ter clareza a quem informar sobre o paciente, para, então, selecionar o que será dito. Ao efetuar a devolutiva, é interessante abordar inicialmente os aspectos saudáveis e os pontos positivos do indivíduo, e posteriormente, numa linguagem acessível e em um clima de colaboração mútua, explanar os aspectos patológicos detectados e as possibilidades de comportamentos e atitudes que podem estar comprometidos, observando sempre a tolerância e as reações de quem é informado.

c) O que informar.

É preciso lembrar que o psicodiagnóstico inclui a devolutiva, ou seja, na própria entrevista devolutiva pode-se acrescentar ou suprimir informações de acordo com as reações e atitudes do ouvinte. É importante deixar o mais claro possível o que se conheceu do sujeito, o que pode estar comprometendo o seu funcionamento psíquico, o possível foco do problema, as decorrências destes, as possibilidades de tratamento, recomendações, orientações e encaminhamentos. Informando que as conclusões se respaldam em vários documentos, observações e testes.

Cabe ressaltar que o sigilo profissional prima tanto em não fornecer certas informações, quanto em prestá-las somente a quem de direito, sempre tomando o cuidado de beneficiar o paciente.

Ao realizar o processo psicodiagnóstico, CUNHA (2002) detalha ainda mais as etapas a serem realizadas pelo psicólogo, não obrigatoriamente em seqüência, e que estão diretamente ligadas ao desenvolvimento do processo:

1. determinar os motivos do encaminhamento, ou seja, verificar quais são as queixas;
2. fazer um levantamento de dados, investigar a história de vida (social, médica, profissional, escolar, etc...);
3. levantar dados sobre a história clínica e pessoal no intuito de estabelecer ligações com a situação atual do ponto de vista dinâmico e patológico;

4. investigar através de procedimentos técnicos o exame do estado mental do paciente;
5. levantar hipóteses iniciais;
6. montar um plano de avaliação;
7. realizar um contrato de trabalho com o paciente;
8. aplicar os testes e outros instrumentos psicológicos;
9. levantar dados quantitativos e qualitativos;
10. selecionar e organizar dados coletados;
11. devolutiva;
12. encerramento e encaminhamento.

Embora o psicodiagnóstico tenha gerado estudos e tenha se organizado nas etapas acima, e suas variações conseguido resultados satisfatórios no seu uso em consultórios, dificilmente o modelo foi aplicado com êxito nas UBSs. Nas UBSs, algumas características desse modelo o tornam pouco viável. Uma delas refere-se ao tempo prolongado de duração do processo que aliado às dificuldades de locomoção na cidade, aos dias e horários de trabalho, leva a um grande número de desistências. Grande parte da população que chega às UBSs encaminhadas por terceiros com poucos conhecimentos sobre a função do psicólogo, esperam resultados imediatos do atendimento. Outros fatores envolvem o uso de uma nosologia psicopatológica de cunho genérico que ignora as condições singulares do contexto do paciente e as características regionais e grupais que influem no seu comportamento.

A partir das décadas de 60 e 70 vários autores como MALAN (1963), WOLBERG (1965); ABERASTURY (1972) FIORINI (1973), KNOBEL (1969 e 1977) dedicaram-se à busca por modelos de intervenções ou técnicas mais breves que pudessem adequar-se às demandas, principalmente institucionais.

Essa busca apoiou-se na necessidade de buscar alternativas para atendimentos efetuados em instituições, uma vez que grande parte dos atendimentos psicológicos oferecidos a longo prazo culminavam com interrupções e abandonos do paciente.

Este movimento repercutiu no Brasil resultando, nos anos 80 e 90 em um crescente número de publicações que tratavam das psicoterapias breves com adultos, crianças e adolescentes, individuais ou em grupos (AZEVEDO, 1980; LEMGRUBER, 1984; UCHIDA, 1985; KNOBEL, 1986; YOSHIDA, 1989; MALAN e OSIMO, 1992; DAVANLOO, 1992; LOWENKRON, 1993)

FIORINI (1985), CARACUSHANSKY (1990) e BRAIER (2000) apontam alguns critérios que devem ser observados quando da utilização da psicoterapia breve. Eles concordam que a psicoterapia breve pode, em grau variável, beneficiar praticamente todos os paciente, mas que alguns pacientes obterão melhor benefício com esta técnica do que outros. BRAIER (2000) estabelece critérios para os pacientes da psicoterapia breve:

- a) sofrer transtorno de início recente e agudo que motivem o tratamento;
- b) apresentar patologia de caráter leve;
- c) apresentar força e plasticidade do ego, com funções em bom estado;
- d) alto grau de motivação para o tratamento;
- e) capacidade de insight;
- f) determinação e boa delimitação focal desde o início. (pg. 207 – 209)

De acordo com MITO (1996) há uma variedade de propostas, desde as mais radicais, com critérios de seleção bem definidos para uma população específica, até correntes mais flexíveis que valorizam a capacidade de adaptação do indivíduo como propõe FIORINI (1985) entre outros.

MITO (1996) compreende a psicoterapia breve no atendimento infantil, com pais e criança como um processo indicado:

... através de critérios definidos de seleção, que transcorre em um tempo delimitado, tem um foco definido em conjunto com os pais; é planejado de forma a atingir determinados objetivos, através de estratégias flexíveis, pensadas pelo terapeuta como adequadas ao caso, e que é passível de avaliação. (pg. 20)

Quanto a utilização do psicodiagnóstico, focalizado do ponto de vista da psicoterapia breve, MITO (1996) diz que nos encontros com a criança e seus pais ou responsáveis busca entender:

...a relação que existe entre as dificuldades dos pais e o sintoma da criança, a dinâmica que se estabelece entre eles e também com o terapeuta.(pg.38)

Com a preocupação de sistematizar critérios que pudessem viabilizar os vários procedimentos, triagem, psicodiagnóstico e psicoterapia nos atendimentos breves, YOSHIDA (1990) faz uma revisão da literatura, e destaca o papel do psicodiagnóstico, visto como necessário para a efetividade da intervenção, a partir da dinâmica resultante da interação entre terapeuta e paciente, em que se levam em conta as condições tanto de um como de outro.

Em relação ao psicodiagnóstico, MITO (1995) chama a atenção para dois tipos de avaliação. Uma delas é a avaliação formal com etapas e objetivos previamente estabelecidos. A outra, refere-se a uma avaliação informal e espontânea que acontece quando o profissional recebe o paciente para um primeiro contato, o momento que o psicólogo avalia a possibilidade de “estar com” o paciente para tornar efetivo seu trabalho. Para MITO:

Podemos considerar que a avaliação informal sempre foi utilizada; que a avaliação formal surgiu da necessidade do profissional apegar-se a instrumentos “mais confiáveis” do que sua própria percepção pessoal. Por um bom tempo os profissionais utilizaram “cegamente” os recursos da avaliação formal, com a certeza e a tranqüilidade de estarem fazendo a coisa “certa”, não baseada em inferências pessoais, mas já estruturada e testada por outros. (pg. 39)

A autora, considera que o diagnóstico formal e o informal correspondem a dois níveis diferentes de compreensão do paciente, e um não exclui o outro. Para ela, a avaliação informal é parte integrante no estabelecimento de uma relação profissional-paciente.

MITO (1996) destaca que na avaliação formal é necessário que o psicólogo saiba qual seu objetivo, quais instrumentos poderá lançar mão, que tipo de entrevista utilizará, enfim, que aspectos procurará investigar, e como manejará esses recursos. Segundo MITO:

... ao entendermos o psicodiagnóstico formal e informal como processos configurados a partir do chamado conhecimento representacional e pessoal, constatamos que não há como prescindir de um ou outro. Permanecem como dois processos distintos, mas complementares. (pg. 44)

Trabalhando com o mesmo grupo de autores, em uma abordagem psicodinâmica, SANTIAGO (1986) sugeriu um maior trabalho com as entrevistas devolutivas e com o uso de intervenções já durante o processo psicodiagnóstico.

Um aspecto importante destacado por SANTIAGO (1995) é que quando o indivíduo busca ajuda, principalmente, no caso de crianças, a primeira modalidade de atendimento que ele encontra é usualmente o psicodiagnóstico. Segundo a autora, ele:

... tem uma importância significativa, não só quanto à conclusão diagnóstica, mas principalmente quanto ao modo de o psicólogo acolher o paciente, relacionar-se com ele, dimensionar com justeza suas dificuldades sem torná-las o objeto único de suas investigações. (pg. 11)

SANTIAGO (1995) recomenda uma atitude continente e empática, com disponibilidade de escuta do paciente, que proporcione a sua participação no processo diagnóstico. Isto significa incluir e estimular o paciente a compartilhar o trabalho de buscar compreender a própria dinâmica.

Para ANCONA-LOPEZ, S. (1995), de forma próxima à de uma terapia breve, o psicodiagnóstico pode fazer com que o cliente aprenda sobre si mesmo e se perceba como campo de possibilidades. Para ela:

A situação psicodiagnóstica parece-me privilegiada neste sentido porque pressupõe que se procure conhecer a maneira como o cliente se apresenta.

...pesquisa-se a percepção do cliente a respeito de sua história de vida, percepção mobilizada no ato da relação com o entrevistador. (pg.35-36)

A fala do psicólogo pode revelar ao cliente a sua própria fala, desocultando o que está encoberto e propiciando sentidos.

O cliente de psicodiagnóstico espera conhecer alguma coisa nova sobre si mesmo. O contato com o psicólogo, implica em um abrir-se para o outro e existe a expectativa por parte do cliente que lhe sejam apresentadas novas possibilidades de ser, um novo olhar de alguém que ouviu, observou, e que poderá dividir suas impressões com ele.

Os estudos sobre psicoterapia breve, propiciaram um novo olhar ao psicodiagnóstico psicodinâmico integrando-o, de certa forma às modalidades interventivas de atuação do psicólogo.

1.3 Modelo Fenomenológico

Dentro do campo da Psicologia, a Fenomenologia é considerada como a matriz filosófica que originou a chamada “terceira força”, ou seja, as psicologias humanistas, fenomenológicas e existenciais.

A psicologia fenomenológica privilegia as significações que se dão às experiências vividas. No atendimento psicológico visa à compreensão que se opera no interior de um todo relacional. Para que o objetivo da atuação psicológica possa ser atingido é importante que o psicólogo busque a compreensão da experiência tal como ela é vivida pelo seu cliente.

O processo psicodiagnóstico, nesta abordagem, partiu inicialmente de alguns incômodos dos psicólogos clínicos que atuavam em clínicas de instituições utilizando os modelos tradicionais do psicodiagnóstico psicodinâmico.

Segundo ANCONA-LOPEZ (1987):

O desenvolvimento dos processos psicodiagnósticos no âmbito da psicologia fenomenológico-existencial surgiu inicialmente como oposição a uma forma de atuação que, focalizada do ponto de vista dessa abordagem, revelava-se inadequada.(pg.121)

Os processos psicodiagnósticos existentes foram considerados inapropriados, porque colocavam o paciente em uma posição passiva, de alguém que ali está para ser avaliado através de instrumentos de medida e, em seguida, classificado em uma categoria psicopatológica. Ignoravam as experiências do sujeito, os sentidos a elas atribuídos e negavam qualquer possibilidade de sua participação ativa no processo.

Em uma mudança radical, o processo psicodiagnóstico fenomenológico, segundo ANCONA-LOPEZ (1987), sustenta-se na proposta de:

[...] fidelidade ao fenômeno tal como é vivido, primazia da experiência sobre os constructos científicos, expressão da situação do ponto de vista do sujeito, aproximação descritiva e estrutural e busca do significado. (pg. 122).

Ao lidar com o sujeito que busca ajuda, nesta abordagem, é preciso considerar o contexto em que ele vive, no qual se desenvolveu e com o qual se relaciona. Portanto, o processo psicodiagnóstico tem como objetivo na abordagem fenomenológica, segundo ANCONA-LOPEZ (1987), compreender as pessoas:

[...] enquanto seres-no-mundo, em sua historicidade, facticidade e possibilidades de realizar escolhas.(pg.123).

Cabe destacar, a grande contribuição de FISCHER (1970), na mudança de paradigma no processo psicodiagnóstico. Entre outros, FISCHER propõe novas formas de uso de testes, e de devoluções dos resultados. A autora fez uma revisão da avaliação individualizada passando a nomeá-la de colaborativa, contextual e interventiva. Ela considera importante o cliente participar desde o início do processo.

Para a sistematização deste processo, FISCHER (1979) introduz na década de 70 o termo diagnóstico colaborativo, diferenciando-o dos outros modelos de diagnóstico até então vigentes. Na década de 80, ela apresenta de modo descritivo e exemplificado, uma abordagem psicodiagnóstica que pretende assistir os profissionais a tomar decisões no atendimento envolvendo seus clientes como assessores. Em um outro estudo, FISCHER (1989) enfatiza o uso do diagnóstico como instrumento para conhecer mais profundamente a pessoa, reconhecê-la como agente de sua vida e seu mundo criando condições de exploração de novas possibilidades positivas.

Nesta perspectiva, a autora busca incluir o ponto de vista do cliente em todo o processo, ou seja, uma parceria por meio da exploração das vivências. O processo tem as seguintes características:

1. A queixa é contextualizada;
2. O cliente é um participante informado desde o início;
3. Os acontecimentos vividos são os dados primários;
4. As intervenções são colaborativas;
5. As atividades de testes servem como metáforas vivas para acontecimentos passados estruturalmente similares;
6. As descrições são re-presentacionais.

ANCONA-LOPEZ (1995) partindo de necessidades experienciadas como coordenadora de clínicas-escolas de psicologia que ofereciam atendimento gratuito à população, nas décadas de 70 e 80, e de pesquisa sobre o resultado do atendimento oferecido nessas clínicas, observou que o psicodiagnóstico tradicional ocupava grande parte do atendimento, com pouco

envolvimento do paciente no processo. Consequentemente, eles desistiam, com grande frequência, de dar continuidade ao atendimento psicológico. A partir dessa observação, buscou na psicologia fenomenológica, apoio para ajustar os procedimentos clínicos, entre os quais o psicodiagnóstico, às necessidades da clientela dessas instituições.

No psicodiagnóstico fenomenológico, algumas posições básicas permeiam o encontro com o paciente. Uma delas diz respeito à valorização do conhecimento pessoal do cliente, das reflexões e compreensões que ele desenvolveu ao longo de sua vida. A valorização do conhecimento do cliente, possibilita o estabelecimento de uma relação no processo que permite a construção compartilhada de um modo de compreensão baseado, simultaneamente, na experiência do sujeito de si mesmo e no conhecimento do psicólogo. Os conhecimentos teóricos do psicólogo ajudam-no a encontrar modos possíveis de significar a experiência do sujeito, que serão, em última instância, validados por ele mesmo.

Quando se trata de crianças, a valorização do entendimento que os pais têm do comportamento de seus filhos, ou seja, dos significados atribuídos a eles, deixa de ser visto de modo isolado para se tornar via de acesso ao mundo dos pais e da criança. O esclarecimento dos significados que os próprios pais atribuem ao comportamento dos filhos é importante para possibilitar uma possível re-significação e transformação do modo de compreender a si e aos filhos.

Por último, o reconhecimento do outro como um outro eu que, possuindo um corpo inserido em um mundo, é portador de comportamentos e construtor de significados, constituindo a si e ao mundo, permite a comunicação e diálogos efetivos. Para ANCONA-LOPEZ (1995), a intersubjetividade dá suporte à recriação de significados que se dá no processo psicodiagnóstico. A autora propõe e justifica também, o psicodiagnóstico desenvolvido de forma grupal e participativa considerando-o como potencializador do processo de transformações das significações e explorações subjetivas que possibilitam ao

cliente e psicólogo chegarem a uma compreensão conjunta do fenômeno que pretendem entender.

A partir dessas colocações, ANCONA-LOPEZ (1995) aponta para a possibilidade de reflexão e re-significação no processo psicodiagnóstico. Considera que o psicodiagnóstico problematiza o comportamento humano e pesquisa as possibilidades de dotá-lo de sentido, transformando as representações que originam sua busca. Segundo ela:

É o próprio discurso, fruto da interação, que provê acesso a um sentido que se constrói. (pg. 113)

Neste paradigma, as relações terapeuta e cliente no processo psicodiagnóstico são modificadas. Ao considerar o processo psicodiagnóstico fenomenológico do ponto de vista da Gestalt, PIMENTEL (2003) assinala que o diagnóstico colaborativo e interventivo aproxima-se da compreensão do mundo psicológico dos pacientes a partir do entrelaçamento intersubjetivo dos pontos de vista do psicólogo e do próprio cliente.

De acordo com a autora, esta postura decorre da crença no potencial do ser humano em vir-a-ser, em desenvolver-se e encontrar seu caminho, a partir de uma escuta compreensiva e compartilhada:

O diagnóstico colaborativo e interventivo é um esforço que permite desenvolver uma compreensão de como a pessoa está e o que poderá vir a ser, ou seja, para quais caminhos está aberta para se desenvolver na sua vida cotidiana. (pg. 54)

Completando seu pensamento, no que se refere ao crescimento do cliente a partir do seu auto conhecimento, PIMENTEL diz que:

O cliente é genuinamente respeitado e apoiado na exploração profunda das suas questões em seu próprio tempo; na busca de encontrar diferentes maneiras para expressar-se; apreciar a atividade de explorar

suas questões com outra pessoa. O cliente aprende que não há verdades absolutas nem causas únicas para o comportamento humano; que pode continuar a desenvolver modos de compreender-se; enfim, o cliente aprende a olhar o modo como ele participa do processo e a ver que ele pode participar das coisas da vida de uma forma diferente; aprende a se responsabilizar sem julgar a si mesmo e descobre o seu poder pessoal de mudar. Conforme o processo continua, desenvolve esperança e confiança na possibilidade de tomar decisões. (pg. 55)

Em suma, a mudança de paradigma transforma o psicodiagnóstico em um processo compartilhado, buscando a construção de sentidos junto com o cliente.

A partir das discussões sobre o psicodiagnóstico fenomenológico-existencial, no Brasil, autores como ANCONA-LOPEZ, M., ANCONA-LOPEZ, S. e YEHIA, G. Y., implantaram o psicodiagnóstico interventivo, baseado na proposta fenomenológica, desenvolvido de forma individual e grupal.

Para YEHIA (1996), a reavaliação do papel desempenhado pelo cliente e pelo psicólogo, em que o primeiro se torna um parceiro ativo e envolvido neste processo, levou-a a entender que seus conhecimentos teóricos, técnicos e suas experiências pessoais, representavam apenas um outro ponto de vista, considerando aqueles dos clientes ou de seus pais. Para YEHIA (1996):

A situação de psicodiagnóstico torna-se então uma situação de cooperação em que a capacidade de ambas as partes observarem, aprenderem, compreenderem constitui a base indispensável para o trabalho. Tanto os pais como o psicólogo observam a si mesmos e ao outro, tanto os pais como o psicólogo procuram compreender o que está sendo vivenciado, sendo que a compreensão dos pais e do psicólogo são equivalentes e compartilhadas. (pg. 120)

O que me chama atenção é a constatação de que encontram-se nos diferentes modelos assinalamentos de necessidade de repensar os

atendimentos psicodiagnósticos em instituições. As propostas caminham no sentido de redução de tempo de atendimento e envolvimento do cliente no processo. Apesar disso, ainda hoje, parece-me que nas UBSs de Maringá, continua sendo usado o modelo de diagnóstico psicológico, desenvolvido nas clínicas particulares, com sessões individuais para coleta das informações, testes e, uma entrevista devolutiva.

O processo é longo, o que resulta em filas de espera intermináveis e grande número de desistências como apontado em vários estudos. Ou seja, apesar dos trabalhos que demonstram a pouca eficácia desta forma de diagnosticar, parece que prevalecem ainda os mesmos procedimentos da clínica particular nas instituições de saúde pública.

A partir destas diferentes visões e formulações que dão sustentações ao psicodiagnóstico, buscarei me aproximar das experiências dos psicólogos que atuam em UBSs, verificando como elaboram o psicodiagnóstico. A intenção em realizar esta pesquisa é portanto, a partir de uma aproximação das experiências dos psicólogos que trabalham nas UBSs, buscar entender como elaboram o psicodiagnóstico infantil, com que intenção o fazem, de que forma avaliam seus pacientes, com vistas a conhecê-los.

CAPÍTULO 2

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Com intuito de compreender a atuação do psicólogo no âmbito da saúde pública é preciso considerar a trajetória deste profissional e sua área de atuação, assim como, as reflexões e críticas desenvolvidas sobre o assunto, as reformulações e tentativas de adaptações neste setor de atuação.

A atenção à área da saúde pública é considerada emergente na psicologia, necessitando, portanto de reflexões e discussões quanto às formas e procedimentos para intervenções, o papel do profissional, a demanda no setor e sua inserção no campo amplo das políticas de saúde.

Historicamente, a inserção do psicólogo no setor de saúde mental ocorreu em um contexto histórico-político-econômico no qual alguns fatores, segundo DIMENSTEIN (1998), foram decisivos, a saber:

1. *O contexto das políticas públicas de saúde do final dos anos 70 e da década de 80 no que se refere à política de recursos humanos;*
2. *A crise econômica e social no Brasil na década de 80 e a retração do mercado dos atendimentos privados;*
3. *Os movimentos destes profissionais na tentativa de redefinição da função do psicólogo na sociedade;*
4. *A difusão da psicanálise e a psicologização da sociedade. (pg. 55)*

O contexto das políticas públicas de saúde no final dos anos 70 e da década de 80, foi um marco para os primeiros psicólogos no setor da saúde mental. Foi também um período de acelerado crescimento populacional, migrações internas para os grandes centros urbanos, queda do crescimento econômico, endividamento externo, dívida pública, elevação dos juros, que

culminou em um quadro de inflação e recessão, que atingiu diretamente a assistência de serviços de saúde oferecidos à população.

Com a crise econômica instalada no Brasil na década de 80, o mercado de atendimentos privados à saúde ficou cada vez mais retraído. Nesta mesma época, os Conselhos de Psicologia pressionavam os órgãos públicos para que criassem novos empregos para os psicólogos nas instituições de saúde, e regulamentassem a função dos profissionais que buscavam nos concursos públicos a possibilidade do exercício da profissão.

Os movimentos destes profissionais foi o de buscar uma redefinição das funções do psicólogo na sociedade e na saúde pública. Considerando o crescente número de profissionais que se formavam anualmente, e a escassez de oportunidade de colocação no mercado de trabalho, os dados referentes à década de 80 apresentados por DIMENSTEIN (1998) levantavam a preocupação no que diz respeito à inserção de psicólogos no setor público.

Conforme apontado pela autora, os psicólogos participantes das equipes de saúde nos estabelecimentos públicos e privados no ano de 1976 eram 726 em todo o Brasil. Já em 1984, esse número de profissionais cresceu para 3.671, ou seja, aumentou cinco vezes, chegando ao final da década de 90, com 8.290 psicólogos empregados em serviços de saúde.

Para DIMENSTEIN (1998):

Dentre as novas áreas, o campo da assistência pública à saúde foi para onde convergiu uma considerável parcela dos profissionais, principalmente a partir do final da década de 70, momento em que se nota um maior contingente de psicólogos nas instituições públicas no Brasil.(pg.54)

Este deslocamento do psicólogo para o setor público, segundo a autora, foi também um reflexo da difusão da psicanálise e da psicologização da sociedade, que passou a produzir uma “visão de mundo” e um “certo modo de funcionamento dos sujeitos”, que vinha sendo experimentado pela sociedade brasileira a partir da década de 50. O impacto da psicologia na vida dos

brasileiros de classes média e alta foi grande pela centralidade do valor de “indivíduo” e a “nuclearização” da família.

Porém, esta popularização da psicologia, também sofreu a crise experimentada nas décadas de 70 e 80 pelos profissionais da saúde, que tiveram que readaptar-se à realidade dos sistemas privados e públicos de saúde, culminando no deslocamento e redefinição do seu papel.

Uma pesquisa feita pelo Conselho Federal de Psicologia em 2004, com o intuito de conhecer a realidade profissional dos psicólogos brasileiros, constatou que 12% destes profissionais atuavam em Saúde Pública. Este número vem aumentando a cada ano, o que mostra a demanda crescente para este tipo de serviço e a conseqüente necessidade de desenvolver formas de trabalho que atentem para as diferentes dimensões envolvidas no atendimento à saúde pública.

Outros estudos também apontam um expressivo número de psicólogos que se deslocam para o setor de saúde pública, e a procura crescente por este tipo de serviço.

BOARINI (1995) registrou dados, em Maringá, que acentuam a preocupação com a atuação do psicólogo neste setor. Segundo a autora, em abril de 1989 existiam 80 pessoas inscritas para atendimento no Setor de Psicologia das UBSs de Maringá - Paraná, e, um mês depois, em maio de 1989, este número havia triplicado, ou seja, registravam-se 200 pessoas que buscavam atendimento psicológico.

Ainda em 1989, os dados apontados por BOARINI (1995) indicam que clientes que iniciam atendimento desistem do mesmo, principalmente na fase de psicodiagnóstico, ou seja, 18% desistem entre a segunda e a quarta sessão.

Outro estudo realizado por SILVA (1988) em Ribeirão Preto – São Paulo, em um Centro de Saúde, indicou que apenas 50% das mães que buscavam atendimento psicológico para seus filhos, responderam as chamadas para a realização de anamnese.

É surpreendente verificar que a situação pouco mudou desde 1981, quando ANCONA-LOPEZ (1986) verificou, analisando os atendimentos em clínicas-escola de psicologia da cidade de São Paulo, que 54,1% abandonavam o atendimento, e, apenas 4,6% era o índice de altas, revelando também a situação de constantes reencaminhamentos, e o tempo em fila de espera que chegava a um ano.

De 2003 a 2005, SILVARES apontou dados obtidos nos primeiros estudos através de prontuários de clientes de cinco clínica-escolas brasileiras, visto a necessidade de mudanças tanto na formação dos alunos de graduação, quanto na possibilidade de viabilizar estratégias que permitissem um melhor atendimento a clientela infantil das clínicas-escola de Psicologia brasileiras.

Os estudos desenvolvidos por SILVARES (2006) e GONGORA (2006) chamam a atenção para a atuação do psicólogo no setor público de saúde e para a sua formação, que parece mostrar-se insuficiente para as exigências do contexto da saúde pública brasileira.

2.1 Implantação de Atendimento Psicológico em Unidades Básicas de Saúde

As Unidades Básicas de Saúde surgiram na década de 80 no Estado de São Paulo, com o objetivo de atender a sua população. O Estado procurou, baseado em documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS), estruturar seu sistema de saúde com a finalidade de trabalhar nos seguintes âmbitos:

- Atenção Primária à Saúde, visando promover a saúde e informar a população sobre hábitos e atitudes que possam manter sua saúde;
- Atenção Secundária à Saúde, atuando em nível de ambulatório sem remover o doente de seu meio;
- Atenção Terciária à Saúde, atuando de forma direta com a doença instalada, de forma a remediá-la, com internações.

Segundo DIMENSTEIN (1998), em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), evento no qual se definiram as bases do projeto de

Reforma Sanitária Brasileira que teve seu eixo fixado sobre alguns pontos fundamentais, que serviram para incrementar o processo de ampliação da diversidade de profissionais no campo da saúde:

- *Concepção ampliada de saúde, entendida numa perspectiva de articulação de políticas sociais e econômicas;*
- *Saúde como direito de cidadania e dever do Estado;*
- *Instituição de um Sistema Único de Saúde que tem como princípios fundamentais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização e hierarquização dos serviços de saúde;*
- *Participação popular e controle social dos Serviços Públicos de Saúde. (pg. 59)*

Estes quatro pontos fundamentais imprimiram um caráter inédito à saúde. Pela primeira vez ela deixava de ser concebida como um estado biológico abstrato de normalidade ou de ausência de patologias, passando a ser percebida como efeito real de um conjunto de condições coletivas de existencial, como expressão ativa de um direito de cidadania. Isto implicou na superação de uma concepção medicalizada da saúde.

Os serviços descentralizados implicou na transferência efetiva de responsabilidade, com real poder de decisão para estados, municípios e distritos, contrariando a tradição centralizadora do nosso país. Neste sentido, a participação da população foi fundamental para o planejamento, gestão, execução e avaliação dos serviços e programas de saúde.

Em 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, como desdobramento à VIII CNS e ao I e II Encontros de Coordenadores de Saúde Mental da região Sudeste em 1985 e 1987, em busca da concretização da reforma sanitária e da transformação da realidade da assistência psiquiátrica no país.

Um dos eixos de discussão da I CNSM foi a política de recursos humanos que contemplava, desde a reformulação dos currículos para a formação de

profissionais de saúde, até as exigências dos concursos públicos para a contratação de novos trabalhadores nesta área.

No relatório final da I CNSM, em termos de política de Recursos Humanos, a reforma curricular dos cursos de graduação na área da saúde foi considerada imprescindível para que se formassem profissionais e agentes de saúde qualificados para atuar junto às necessidades da rede pública assistencial em saúde mental. Em psicologia, essa preocupação fez parte das novas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Psicologia no Brasil (ANCONA-LOPEZ, 2004), que no Art. 4º diz:

A formação em Psicologia tem por objetivos gerais dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

a) Atenção à saúde: os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo, bem como a realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética. (Ministério da Educação/ Conselho Nacional de Educação)

De acordo com VELASQUES (2004), a participação da Psicologia no trabalho das UBSs ocorreu desde a implantação desse atendimento à população do Estado de São Paulo. A proposta da atuação para o setor de Psicologia consistia em atuar nos ambulatórios de saúde mental, assim como de forma mais integral, em equipes multiprofissionais.

O trabalho em equipes multiprofissionais tem como objetivo orientar as atividades para uma melhoria dos serviços de saúde mental. Neste sentido, a proposta enfatiza que as ações de saúde mental nas UBSs está dentro da atenção primária à Saúde, com caráter profilático e ressalta a diferença entre Atenção Primária e Secundária, enfatizando que o trabalho deve ter um aspecto generalista e, ainda, que deve ser desenvolvido após detecção das necessidades da clientela.

Nesta perspectiva, a promoção à saúde visa o estabelecimento de condições para o desenvolvimento das pessoas, como o acesso à educação, à saúde, ao lazer, ao trabalho, ao saneamento básico, etc. A psicologia tem se firmado nesta nova perspectiva de atuação, como profissão que busca trabalhar com a saúde mental em vários espaços, desde o plano individual, até o coletivo e em equipes multiprofissionais.

Este conceito de saúde tem base na perspectiva da psico-higiene, tendo como principal proponente BLEGER (1984), que diz que a psico-higiene é um conjunto de atividades próprias do psicólogo que visa à compreensão dos fenômenos psicológicos humanos e à transformação da realidade social.

O Psicólogo clínico deve ocupar um lugar em toda equipe da saúde pública qualquer e em todos os objetivos da higiene mental, nos quais tem funções específicas para cumprir (as de psico-higiene). (pg. 27)

Neste aspecto, CONTINI (2001) acredita num espaço de ação do psicólogo comprometido com a promoção de saúde, aprendendo e socializando o saber junto a equipes multiprofissionais.

A promoção da saúde concretiza-se na atuação psicológica, através da socialização do saber produzido pela psicologia, dentro de paradigmas que apontem para o homem concreto e, ao mesmo tempo, pelo aprendizado do psicólogo a ter uma atuação interdisciplinar juntamente a outros interlocutores do fenômeno humano. (p.13).

Esses autores nos apontam de que forma a psicologia, inserida na saúde pública deveria executar e trabalhar a demanda advinda da população.

É necessário, no entanto, entendermos de que forma ocorreu a implantação do serviço de psicologia na saúde pública, e posteriormente verificar as decorrências e os problemas enfrentados pelos psicólogos neste setor.

2.2 Políticas Públicas de Saúde

Segundo pesquisas de CERQUEIRA (1984); DELGADO (1992); LOUGON (1993), a crise instalada na área da saúde nos anos 70 e 80 propiciou inúmeras críticas ao atendimento neste setor. Na área da psiquiatria, as propostas foram de desospitalização, dado os efeitos prejudiciais da permanência prolongada do paciente no hospital, o questionamento da eficácia técnica e legitimidade ética da internação.

Os movimentos da anti-psiquiatria, as críticas ao asilo e à instituição psiquiátrica foram inspirados no Brasil em movimentos reformistas ocorridos nos Estados Unidos e na Europa e que tiveram como efeito o desenvolvimento da Psicoterapia Institucional, o estabelecimento de Comunidades Terapêuticas, a instalação da Psiquiatria de Setor na França (Michel Foucault), da Psiquiatria Preventiva norte americana e do Movimento de Psiquiatria Democrática Italiana (Franco Basaglia).

Para DIMENSTEIN (1998) a entrada de psicólogos na área de saúde mental ocorreu no momento da crítica ao modelo asilar e às equipes de saúde formadas predominantemente por médicos, e da ênfase na formação de equipes multiprofissionais preconizando condição única para um novo modelo de assistência em psiquiatria.

A inserção do psicólogo no setor público de saúde, no Brasil, aconteceu nesse momento, em que o modelo médico privatista-assistencial entrou em crise, e em que, mundialmente, buscavam-se modos de serviços alternativos ao hospital psiquiátrico, que pudessem ser mais eficazes e de menor custo. Neste sentido, abriu-se a possibilidade de psicólogos entrarem no serviço público de saúde, uma vez que, constatou-se que apenas atendimentos psiquiátricos não podiam dar conta das demandas, tanto do ponto de vista da quantidade de pessoas a serem atendidas quanto, e principalmente, do ponto de vista da qualidade do serviço.

Além dessa nova política de saúde pública, outro fator contribuiu para o incremento da presença de psicólogos no serviço público. Segundo CARVALHO e YAMAMOTO (1997), o mercado de atendimento psicológico privado ficou saturado, devido à crise econômica que afetava o país. Isto levou a que, psicólogos que trabalhavam em seus consultórios particulares, buscassem concursos públicos para assegurarem suas carreiras profissionais.

2.3 Práticas Clínicas em Instituição de Saúde e a Formação Profissional

De acordo com pesquisa realizada em UBSs por BOARINI (1991), as dificuldades que os psicólogos enfrentam são percebidas como decorrentes de defasagem na sua formação profissional. Algumas delas são retratadas como fragmentação dos conhecimentos acadêmicos, transmissão do conhecimento com base no modelo de trabalho clínico em consultório particular, distanciamento da visão do professor da realidade do trabalho em saúde pública.

Segundo DIMENSTEIN (1998), a formação acadêmica para o trabalho em UBSs se diferencia da clínica privada pois:

[...] no que tange ao campo da psicologia, é possível apontar que tais dificuldades apontadas pelos psicólogos para a realização da psicologia nas Unidades Básicas de Saúde no país advém tanto da inadequação da sua formação acadêmica para o trabalho no setor, quanto do seu modelo limitado de atuação profissional, bem como da sua dificuldade de adaptar-se às dinâmicas condições de perfil profissional exigido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). (pg. 69).

ANCONA-LOPEZ (1995), ao analisar a implantação de mudanças em clínica-escola de Psicologia, para o atendimento à população relata dificuldades de ordem teórico-práticas que dificultam a formação do aluno para lidar com a demanda institucional. Cita também, as posturas defensivas dos supervisores que se configuram, na maioria das vezes como dificuldades para

compartilhar com os alunos dúvidas e incertezas frente ao trabalho institucional, ainda desconhecido em grande parte.

Com intuito de discutir, ampliar e apoiar os professores para a introdução de novas formas de atuação clínica em instituições, ANCONA-LOPEZ (1995) buscou contato nas décadas de 80 e 90 com profissionais que desenvolviam trabalhos e pesquisas nesta área no Brasil e no exterior. Organizou para tanto, seminários, workshops, discutindo temas de atendimento psicológico em instituições, atendimentos breves e grupais e identidade profissional, entre outros.

Como decorrência desse trabalho, vários profissionais desenvolveram mudanças nos atendimentos nas clínicas-escola, como plantões de triagens, triagens em grupo, grupos de espera. Nestes grupos, era possível verificar a urgência do caso, solicitar exames ou relatórios complementares dependendo da queixa apresentada, assim como fazer encaminhamentos para os mais diversos tipos de procedimentos.

Inúmeros esforços da equipe foram necessários para que se iniciasse um processo de mudança, que implicou não só em mudar o modo de atender os clientes, mas, também, em rediscutir questões teóricas e posturas metodológicas que dessem sustentação para tais mudanças. (ANCONA-LOPEZ, M., VORCARO, A. M. R., CUPERTINO, C., BRUSCAGIN, C. B., BARROS, D. T. R., YEHIA, G. Y., MERCADANTE, M. T., MUNHÓZ, M. L. P., SANTIAGO, M. D. E., ANCONA-LOPEZ, S., MITO, T. I. H., MONACHESI, Y.)

Apesar dessas iniciativas, o modelo de atendimento em várias instituições continua se valendo das formas tradicionais de clínica privada, que apresenta as mesmas dificuldades observadas por ANCONA-LOPEZ em 1995.

ANCONA-LOPEZ (1995) e BOARINI (1996) apontavam para a urgência de mudanças nos procedimentos na clínica em Instituições Públicas. DIMENSTEIN (1998) aponta para a necessidade de desconstrução das formas tradicionais de atuar.

Segundo CARVALHO e YAMAMOTO (1997):

A atuação tradicional do psicólogo clínico, em síntese, foi norteadada pela necessidade de atender a uma demanda individual, sem contudo ter como preocupação, a criação de uma demanda social por serviços psicológicos. (pg.04)

Contudo, observamos que o modelo de psicodiagnóstico utilizado nas UBSs, prioriza, na grande maioria das vezes, o atendimento individual desenvolvido em um determinado número de sessões, constando de uma ou duas entrevistas iniciais, três a quatro sessões para aplicação de alguns testes, e uma sessão de devolutiva.

A pesquisa realizada por VELASQUES (2003) nas UBSs aponta para várias situações nas quais o atendimento, que antes priorizava o individual, passou a priorizar o coletivo, e o trabalho que ocorria na perspectiva do “curativo” passou a ser preventivo. Essas iniciativas começam a dar à atuação em saúde mental, características de atendimento à saúde pública.

Os psicólogos, porém, têm pouca noção de como deve ser a sua atuação nas UBSs, embora, como relata VELASQUES, eles apontem a necessidade de diminuir a pressão que a demanda provoca e que ocasiona grande desconforto em função das limitações externas para o atendimento. Falam, ainda, da necessidade de estudar a demanda de serviços psicológicos por região, para que os mesmos possam corresponder às reais necessidades da população que atendem.

O trabalho dos psicólogos nas UBSs certamente articula-se de forma distinta em cada uma das regiões do país, apresentando conseqüentemente particularidades no que se refere à demanda de atendimento psicológico, e à contratação de psicólogos nas instituições públicas de saúde.

VELASQUES (2004) afirma que são necessárias novas pesquisas que retratem o resultado dos serviços prestados pelos psicólogos em UBSs, referentes às demandas deste setor.

Para DIMENSTEIN (1998), no que tange ao campo da Psicologia, é possível apostar que as dificuldades encontradas pelos psicólogos para atuar nas UBSs advém da inadequação da formação acadêmica para o trabalho no setor, do modelo limitado de atuação profissional, bem como da dificuldade em flexibilizar o perfil profissional. Neste sentido, a autora aponta que:

... as raízes dessa crise em que o psicólogo vive não podem ficar restritas ao tipo de demanda – que se diferencia daquela da clínica privada – e às dificuldades atribuídas à clientela de baixa renda – usuária do setor público -, nem aos problemas relacionados com a estrutura e organização dos serviços, pois apesar de serem elementos importantes na determinação das práticas dos psicólogos, não atingem o cerne da questão. (pg. 69)

Buscando compreender esta crise sob vários ângulos DIMENSTEIN, toca no cerne da questão:

Assim considera-se que as origens dessa crise devem ser buscadas junto aos aportes teóricos e práticos que fundamentam seus modelos de atuação, na sua identidade e cultura profissionais, nas expectativas que a sociedade tem em relação ao seu papel no campo da saúde, na defasagem entre os modelos de subjetividade e valores culturais de pacientes e profissionais, de onde deriva sua dificuldade de pensar e oferecer alternativas de trabalho condizentes com as necessidades e características da população, formas de atuação mais ampliadas, para além daquelas tradicionalmente aprendidas durante a formação acadêmica. (pg.70).

Apesar destas constatações DIMENSTEIN e BEZERRA (2008), realizaram uma pesquisa com trabalhadores em saúde pública que atuam em UBS, e dentre os resultados obtidos, constatou-se que há uma demanda excessiva sobre as equipes de saúde, uma superlotação dos serviços e encaminhamentos para outros serviços. Consequentemente, verificou-se a

necessidade de qualificação deste profissional para atuar na área de saúde pública, visto a falta de preparação para agir e tomar decisões nesta área.

Segundo esta pesquisa, as autoras corroboram dados anteriores que apontam para a insuficiência na formação acadêmica para o psicólogo atuar em UBS, e de forma geral na saúde pública.

A problemática, exercício profissional versus formação acadêmica apontada pelos autores já mencionados, tem sido terreno fértil para vários estudos e pesquisas no âmbito do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP). Conforme trabalho de autores como: AZZI (2007), BASTOS (1994), BOCK (2005, 2007), DURAN (1994), GUZZO (2007), LO BIANCO (1994), NUNES (1994), SILVA (1994).

Em 1994, o CFP publicou várias pesquisas sobre o exercício profissional do psicólogo e a formação acadêmica. A partir destas pesquisas acentuou-se as discussões em todas as áreas de atuação do psicólogo. Na área clínica as discussões concentraram-se sobre a formação tradicional que prepara o indivíduo para desenvolver atividades de psicodiagnóstico e psicoterapia. Segundo LO BIANCO et al (1994), os critérios para definir o modelo clínico “tradicional” ou “clássico” presente na formação acadêmica conforme apontado nas pesquisas realizadas pelo CFP são:

- *Atividades de psicodiagnóstico e/ou terapia individual ou grupal;*
- *Atividade exercida em consultórios particulares, restrita a uma clientela proveniente de segmentos sociais mais abastados;*
- *Atividade exercida de forma autônoma, como profissionais liberal, não inserida no contexto dos serviços de saúde;*
- *Trabalho que se apóia em um enfoque intra-individual, com ênfase nos processos psicológicos e psicopatológico e centrado num indivíduo a-histórico;*
- *Hegemonia do modelo médico, aqui traduzido na aceitação da autoridade profissional na relação com o paciente, não se*

questionando o saber e a prática a partir de reações do paciente.
(pg. 19)

Esses trabalhos, apontam para a necessidade de rever a formação do psicólogo para atuação num contexto da clínica mais amplo. Segundo DURAN (1994), uma reafirmação da extensão dessa preocupação é dada pelos movimentos de discussão curricular desenvolvidos no âmbito de um grande número de instituições de ensino, que apontam para urgência da reforma universitária.

Neste cenário, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), após muitos debates estão sendo implementadas e apresentam vários desafios, sendo alguns deles apontados por BOCK (2007):

- A pesquisa;
- A diversidade da Psicologia nos cursos;
- Os estágios;
- O compromisso social.

Para BOCK (2005) não temos disciplinas na grade curricular que dê sustentação para atuação do psicólogo comprometido com as questões sociais. Segundo a autora:

A formação que temos, tradicionalmente mantido em nossas escolas não prepara para este projeto, para este lugar social. Apesar de reconhecer o esforço das Universidades de caminharem nesta direção, principalmente da parte dos estudantes, ainda diria que não temos uma formação voltada para este projeto. Não temos ainda disciplinas que discutam e informem sobre políticas públicas; não criamos ainda o espaço de debate dos direitos humanos; mas injetamos ainda a realidade da desigualdade social em nossas escolas.(pg. 03)

LO BIANCO et all (1994) em artigo sobre implicações para o processo de formação do psicólogo clínico, aponta requisitos e sugestões para que na formação o estudante de psicologia adquira competências e habilidades

necessárias para sua atuação clínica. Segundo a autora, a formação clínica para suprir a demanda da saúde pública deve conter:

- Um conhecimento do fenômeno clínico contextualizado: que significa a necessidade de uma contínua reflexão, por parte do aluno, acerca do ato clínico onde quer que ele aconteça.
- Uma leitura das demandas específicas postas pelo contexto institucional: além de compreender o contexto geral da saúde pública, é preciso conhecer a instituição em que se presta o serviço.
- Um conjunto de habilidades interpessoais, atitudes e capacidades: capacidade de observação, reflexão sobre o fenômeno observado, flexibilidade, adaptabilidade.
- Uma base sólida de conhecimentos em psicologia e disciplinas associadas ao fazer clínico: o conhecimento básico da psicologia deve ser prioritário e visto de forma integrada e não fragmentada como ocorre nos dias de hoje.

Desta forma, LO BIANCO et all (1994) aponta para urgência de uma formação básica sólida e generalista, uma graduação mais formativa do que informativa com mudanças na forma do ensino em psicologia.

Nossa formação tem sido muito técnica. Enfatiza o que fazer e não reflete sobre a adesão a projetos sociais, não estimula o debate sobre a realidade social e suas demandas. Ensina como aplicar e não ensina por que aplicar. Ensina a responder e não ensina a perguntar.

Isto posto, o psicólogo ao atuar em UBS e ao lançar mão do procedimento psicodiagnóstico para conhecer e avaliar o paciente, tem se deparado com uma realidade diversa daquela aprendida na formação. Segundo os autores mencionados, este fato tem demonstrado a insuficiência dos conteúdos de disciplinas e estágios para a atuação de forma eficaz junto a saúde pública. Assim como, o exercício deste profissional e a imagem da psicologia junto ao

serviço público de saúde ficam comprometidos. É dentro deste contexto que desenvolvo o presente trabalho.

CAPÍTULO 3

OBJETIVO E MÉTODO

3.1 Objetivo

Neste trabalho pretendo, a partir de uma aproximação das experiências dos psicólogos que trabalham nas UBSs em Maringá – Paraná, buscar entender como elaboram o psicodiagnóstico infantil, com que intenção o fazem, e qual o papel da formação acadêmica na realização de tal procedimento.

3.2 Método

Inicialmente, busquei, a partir de dados encontrados na literatura, configurar o processo psicodiagnóstico partindo de suas grandes abordagens, identificando aspectos que caracterizam modelos epistemológicos distintos, observando que em todos há referências à necessidade de reformulações para atendimento em instituição de saúde pública.

Em seguida, caracterizei a história da implantação do serviço de psicologia nas UBSs, observando novamente a necessidade de mudanças para uma intervenção psicológica efetiva nessas instituições.

Com a finalidade de me aproximar da realidade das UBSs e tentar compreender a atuação dos profissionais que ali trabalham, realizei entrevistas semi-dirigidas com psicólogas que atuam neste setor, visando compreender de que forma realizam o psicodiagnóstico e qual o papel da formação para o desempenho de tal atividade em UBS.

3.2.1 Sujeitos

O procedimento para escolha dos psicólogos que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde em Maringá – PR, colaboradores para esta pesquisa,

ocorreu através de contato prévio meu com a Secretaria de Saúde de Maringá. Primeiramente, enviei meu projeto com a solicitação de indicação de participantes, ou seja, pedi que apontassem psicólogos que estivessem atuando no atendimento clínico em UBSs, e que se dispusessem a ser entrevistados sobre seu trabalho.

Após analisar meu pedido, a Secretaria de Saúde entrou em contato comigo através de um telefonema, e posteriormente através de um documento, fornecendo os nomes de cinco psicólogas e os endereços das respectivas UBSs. Cada uma das UBSs indicadas pela Secretaria de Saúde correspondia a uma regional, assim, os psicólogos representaram as 5 (cinco) regionais de Maringá. O procedimento seguinte consistiu em entrar em contato com estas cinco psicólogas, o que fiz por telefone, com a finalidade de me identificar, e de forma ampla, esclarecer do que tratava minha pesquisa.

Procurei agendar com bastante antecedência uma data, horário e local para a entrevista que pudesse ser confortável na agenda destas psicólogas. Marcamos um dia no qual pudesse explicar e colocar melhor quais os objetivos da pesquisa em questão e, tendo o consentimento, realizar a entrevista. Neste caso, como a maioria delas trabalha em período integral nas UBSs, o próprio local de trabalho foi definido para o primeiro encontro, logo após o término do expediente.

Após ler as entrevistas, concentrei-me em duas que forneciam os dados necessários para o meu trabalho, o que foi confirmado no meu exame de qualificação.

3.2.2 Entrevistas

Antes das entrevistas, expliquei o objetivo desta pesquisa, e pedi o consentimento, conforme orientações do Comitê de Ética, e garanti que os nomes reais seriam substituídos por nomes fictícios, com a finalidade de preservar a identidade dos entrevistados e de seus depoimentos.

As entrevistas foram semi-dirigidas focando o tema proposto e deixando que os entrevistados discorressem livremente sobre o mesmo. Após realizar as entrevistas, fiz a transcrição mantendo fidelidade à fala do entrevistando, uma vez que na análise alguns detalhes julgados irrelevantes no momento da entrevista ou numa primeira leitura, poderiam ser importantes para o tema estudado.

3.2.3 Análise das Entrevistas

Em seguida, fiz um primeiro relato descritivo das entrevistas, ou seja, organizei o conteúdo do material coletado, verificando se porventura eram necessárias complementações. Percebi que em algumas passagens da entrevista, me faltavam dados para apreender e compreender aquilo que eu buscava para o trabalho. Nesse caso, fiz novas entrevistas. Esta fase do meu trabalho, de entrevistas, transcrições, leituras, reflexões, novas entrevistas, durou cerca de um ano.

Acredito que a escuta fenomenológica proporciona ao pesquisador compreender o fenômeno que ocorre com o sujeito e não explicá-lo. Segundo DELEFOSSE (2001), *a entrevista fenomenológica focaliza o vivido em situação, os atos e a implicação subjetiva que lhes dá sentido...* (pg.150).

A busca da interação na situação da entrevista, permite entender não apenas como o psicólogo atua, mas, também a experiência que ele vive na sua atividade clínica. Desta forma, DELEFOSSE aponta que:

... na pesquisa em Psicologia fenomenológica, o método implicará a consideração da interação que auxilia a explicitação do vivido; trata-se portanto de um trabalho interativo que visa de um lado, favorecer a atividade de construção do sentido do mundo vivido através de uma situação dialógica reflexiva e, de outro lado, produzir conhecimentos psicológicos a partir deste "material". (pg. 150)

A minha escolha pela metodologia fenomenológica, também implicou em utilizar de um recurso apropriado para pesquisar a vivência, pois acredito, no que afirma FORGHIERI (1993):

O sentido que uma situação tem para a própria pessoa é uma experiência íntima que geralmente escapa à observação do psicólogo, pois, o ser humano não é transparente; para desvendar sua experiência o pesquisador precisa de informações a esse respeito, fornecidas pela própria pessoa. (pg. 58)

Tendo como respaldo esta metodologia, para análise do material considerei dois momentos conforme apontados por FORGHIERI (1993).

1. Envolvimento existencial – iniciei a análise procurando deixar de lado os meus pré-conceitos, com a finalidade de soltar-me ao fluir da vivência, de modo a penetrar de forma espontânea, deixando a percepção, sentimentos e sensações brotarem ante a totalidade do depoimento, buscando uma compreensão global, intuitiva e pré-reflexiva dessa vivência.
2. Distanciamento reflexivo – em seguida, busquei estabelecer um certo distanciamento da vivência, para poder refletir sobre ela e tentar captar e enunciar, descritivamente, o seu sentido. Nesse distanciamento, mantive um elo de ligação com a vivência, a ela voltando em um movimento de vai e vem, para que minha enunciação descritiva fosse a mais próxima possível da vivência do entrevistado.

Desta forma, parti dos enunciados dos entrevistados a respeito de sua vivência, procurei penetrar neles, para compreendê-los, posteriormente refleti sobre todo esse material e tentei chegar às minhas próprias enunciações a respeito da compreensão assim obtida. Estes seguintes procedimentos podem ser assim descritos:

1. Inicialmente, fiz a descrição da entrevista. Em seguida li várias vezes a transcrição e, procurei me envolver e penetrar na vivência relatada, dela me sentindo próxima;
2. Em seguida, elaborei uma compreensão inicial, global e intuitiva;
3. Depois, fiz uma nova leitura da entrevista e do relato descritivo, busquei os significados contidos no relato, à luz do questionamento inicial da tese;
4. Ao me deter em cada um dos significados que emergiram de leitura cuidadosa da entrevista, refleti sobre o mesmo para enunciá-lo, envolvi-me e distanciei-me quantas vezes considere necessário para compreendê-lo;
5. Pude assim, poder enunciar os significados relacionados à entrevista;
6. Após enunciar os significados captados nas várias partes do relato, fiz uma articulação entre eles com intuito de chegar a uma compreensão global da vivência do entrevistado;
7. Em seguida, pude estabelecer diálogo com autores que tratam do tema.

No exame de qualificação, foi bastante discutido e refletido um ponto que estava implícito nas entrevistas, a questão da formação do psicólogo que atua em UBS, e que não tinha sido aprofundado com os entrevistados. Como sugestão da banca, eu deveria retornar e perguntar aos entrevistados sobre sua formação. Outra ponderação da banca, foi a de que a análise apresentada refletia suficientemente as condições de realização do psicodiagnóstico em UBS. E que seria importante para a conclusão da tese, apresentar duas entrevistas analisadas.

A partir dos novos encontros e entrevistas com as duas psicólogas, caminhei para complementação dos dados que possibilitaram novas compreensões acerca da realização do psicodiagnóstico em UBS.

Durante as análises das entrevistas, os autores presentes ao longo da manufatura da tese, foram dando suporte para que eu pudesse elaborar e sustentar as conclusões que foram possíveis de se chegar.

Pude finalmente elaborar, a partir do contato que tive com os entrevistados e as leituras que me deram suporte no percurso deste trabalho, minhas considerações finais sobre o objetivo do estudo.

CAPÍTULO 4

GIOVANA

4.1. Relato Descritivo da Entrevista

O contato inicial com Giovana foi por telefone. Pude me identificar e expor rapidamente o problema da minha pesquisa. Prontamente Giovana se dispôs a participar, e sugeriu dia e horário, preferindo que fosse na UBSs onde trabalha. Giovana tem 33 anos, formou-se em Psicologia na Universidade Estadual de Maringá em 1996. Na Saúde Pública, Giovana está atuando a 7 anos, trabalhou em outros setores da Saúde, com menores de rua na Fundação Social, Programa Bolsa Escola, na Secretaria de Meio Ambiente com alcoolismo e na Perícia Médica. Desde 2000 está em uma UBSs. Após as devidas apresentações, retomei com Giovana o problema da minha pesquisa, esclareci o que me motivou a realizar este trabalho, e se ela poderia compartilhar comigo sua vivência como psicóloga em UBSs, na realização do psicodiagnóstico. Giovana prontamente disse que poderia. Assim, pedi permissão para gravar a entrevista, e iniciamos nossa conversa.

No primeiro encontro com Giovana iniciei a entrevista perguntando se ela realizava o psicodiagnóstico na UBS. Ela me disse que pensa que realiza. Pedi que me contasse um pouco de sua experiência, de como realiza um psicodiagnóstico em UBS. Para ela, esse procedimento é totalmente diferente da forma como aprendeu na graduação. Chegou a perguntar-se muitas vezes se estava fazendo realmente um psicodiagnóstico, teve dúvidas. Disse que aprendeu de uma forma na graduação, utilizando todos os testes, fazendo todas as avaliações, montando e elaborando as conclusões para posteriormente, fazer uma devolutiva. Diz que, no serviço público não é dessa forma que ocorre. O psicodiagnóstico acaba sendo mais uma observação, não existem tantas entrevistas de avaliação psicológica, mesmo porque o tempo é curto, e, segundo ela, tem que ser uma Psicoterapia Breve. Relata vivências de sofrimento ao realizar o psicodiagnóstico com crianças. No início de sua carreira cobrava-se muito, e não tinha material, testes, tinha que improvisar material lúdico e ficava em dúvida no caso de diagnósticos difíceis.

Pedi que me falasse mais um pouco sobre como procede para a realização do psicodiagnóstico. Disse que no caso de crianças, solicita aos pais que venham na primeira entrevista. Diz que os pais procuram atendimento psicológico para as crianças através de encaminhamentos da creche, do médico, etc. Por isso, segundo ela, muitas vezes esses pais ou os responsáveis pela criança chegam às UBS com uma impressão equivocada do que é psicoterapia. O primeiro passo dela é conversar com a mãe, observá-la e conhecer a sua realidade. Diz que, na maioria das vezes, essas pessoas vem com um conceito ruim da psicologia, precisando então de esclarecimentos. Posteriormente, ela atende a criança e deixa-a à vontade, neste primeiro momento, para explorar os brinquedos e a sala. Ela observa e, se a criança não quiser brincar, ela procura conversar com a mesma. Geralmente, ela dedica três a quatro encontros para a realização do psicodiagnóstico e algumas vezes continua atendendo a criança em Psicoterapia Breve durante 3 e 4 meses.

Perguntei em seguida qual o sentido que tem a realização do psicodiagnóstico para a Giovana. Ela responde que serve para fazer encaminhamentos. Diz não ter muita escolha, ou seja, não tem para onde encaminhar, não tem especialidades de apoio. Tem que atender quase tudo que aparece. Diz que o único recurso que tem é o encaminhamento de casos muito graves e que necessitam de um atendimento de longo prazo para o Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM). Giovana diz que tem uma idéia dos transtornos mentais e que a hipótese diagnóstica ela acaba fazendo durante toda avaliação, nos casos em que atende em Psicoterapia Breve. Porém, ressalta que geralmente ao final dos quatro meses, ela acredita que o paciente deve dar continuidade no tratamento psicoterápico. Afirma ainda que para ela a hipótese diagnóstica vai acontecendo ao longo do tratamento.

Perguntei como se sentia tendo que trabalhar em um prazo limitado. Ela disse que causa ansiedade, pois a sua realidade entra em conflito com a forma de psicodiagnóstico que aprendeu na graduação. Sente-se angustiada, chegando a se questionar se realmente está fazendo psicologia na UBS. Comenta ainda que lhe faltaram conhecimentos na graduação para lidar com a realidade da UBS. Sente que entrou em choque, por não saber que teria que adaptar, por exemplo, o processo psicodiagnóstico e realizá-lo de maneira

diferente da aprendida. Compara, frequentemente, sua forma de proceder na saúde pública com a clínica particular, sentindo que a realidade das situações é muito distante uma da outra e os procedimentos cabíveis em cada uma delas, muito diferentes.

Indaguei Giovana, se acha que o psicodiagnóstico é necessário, da forma como ela aprendeu na graduação, ou da forma como o realiza. Responde afirmativamente, diz que deve ser aprendido sim, porém, acha que faltou durante sua graduação conhecer a realidade com a qual trabalha hoje. Percebe que o curso ficou muito distante da realidade da saúde pública. Afirma que sua formação foi mais direcionada para a psicanálise e para a clínica particular.

Pedi ainda que voltasse a falar um pouco mais sobre o sentido que ela vê na realização do psicodiagnóstico. Responde que primeiramente ela sofre com a pressão da lista de espera, pois a demanda é muito alta. Para dar conta dela, diz realizar coisas, que ela mesma considera absurdas, por exemplo, reserva um dia no qual, em uma única sessão, realiza avaliação, levanta hipótese diagnóstica, orienta o paciente e o encaminha. Diz sentir-se em ritmo de pronto socorro, a cada quarenta minutos um paciente, e uma fila enorme.

Pergunto a ela como foi sua experiência ao se deparar com essa demanda, ritmo de trabalho e realidade diferente daquela qual foi treinada. Ela responde que o ritmo causou um certo choque assim como, ao perceber que a população tem uma visão de tratamento baseada no modelo médico, ou seja, esperam intervenções rápidas e respostas prontas. Neste sentido, ela sente que é necessário um esclarecimento à população de como se dá o trabalho psicológico.

Após esse encontro com Giovana, considerei necessário aprofundar alguns dos aspectos citados e, marquei novo encontro. Nesse segundo encontro, iniciei retomando com Giovana qual o seu objetivo ao realizar o psicodiagnóstico na UBS. Giovana repetiu que é o de proceder ao encaminhamento.

Pedi então que me falasse um pouco mais sobre os casos que ela seleciona para atendimento, e os que encaminha para outro setor. Giovana responde que é muito difícil e que não se trata de uma questão de escolha. Muitas vezes acaba ficando com pacientes que deveriam ser encaminhados para outras modalidades de atendimento psicológico, pois existem apenas

duas vagas por mês para encaminhamento ao CISAM dos casos de psicose aguda, crise, internações recentes. Ela diz que vai tentando manejar os casos que atende por ali mesmo, como pode, e, afirma que dá conta de atender estes casos a longo prazo, ultrapassando o tempo estipulado pelas UBSs. Uma das dificuldades que ela percebe nos encaminhamentos, é o fato de grande parte dos pacientes não darem continuidade ao processo por uma questão financeira, como o fato de não terem condições para custear o transporte. Nestes casos, os pacientes insistem, e ela acaba atendendo-os na UBS mesmo.

Pergunto a ela que tipo de respaldo ou conhecimentos são necessários para realizar este tipo de avaliação, para encaminhamento. Giovana sorri e pede para eu não fazer perguntas difíceis. Menciona que é preciso conhecer o que são casos graves, transtornos, quais os sintomas de doenças graves, o que é Psicoterapia Breve, que casos servem para Aconselhamento. Comenta ainda que teve que se preparar e buscar leituras para dar conta de atender casais, famílias, e que deveria ter sido preparada ou pelo menos ter praticado esses atendimentos na graduação.

Pedi a Giovana que contasse alguns casos que atendeu na UBS e suas diferentes experiências, e, se quisesse, poderia começar com um caso de psicodiagnóstico que considerou bem sucedido. Começou contando sobre uma paciente que foi encaminhada pelos agentes de saúde. Tinha 59 anos e sofrido um Acidente Vascular Cerebral, apresentando comprometimento da fala. No início logo que a viu, Giovana sentiu-se impotente. Ponderou a questão da idade, a dificuldade de comunicação, e um quadro bastante depressivo. A paciente só chorava e Giovana diz ter pensado no seu aprendizado na graduação; percorreu rapidamente os procedimentos que poderia utilizar, e, concluiu que se tratava de um caso que não se enquadrava em nenhum dos procedimentos aprendidos. Porém, Giovana aceitou o desafio, e aos poucos, foi sentindo a paciente, através da intuição, da aceitação das limitações da paciente, começou a perceber mudanças nela. Porém, Giovana diz que atende a paciente há mais de um ano, ou seja, é um caso que extrapolou o período de Psicoterapia Breve.

Giovana disse que se lembrou de um caso mais recente que ainda está no início do atendimento, mas que gostaria de contar. Eu disse que gostaria de

ouvir. É o caso de um garoto de 6 anos, que veio encaminhado porque não defeca, e precisa fazer lavagem intestinal. Hoje será sua quarta sessão com Giovana. Para marcar a primeira sessão, ela disse que ligou para a casa do garoto perguntando quem viria acompanhando a criança. Ao saber que seria um vizinho, Giovana ficou indignada perguntando-se como poderia ter informações de um estranho sobre um caso tão grave. Então conversou com a mãe por telefone mesmo e pode perceber o descontrole da mãe frente ao problema que o garoto vinha apresentando. Giovana tentou, então falar com o pai do garoto e este veio trazer o menino. Ela iniciou a conversa na sala de espera mesmo, pois ele demonstrava estar com pressa. Assim que começou a perguntar sobre o garoto, o telefone celular do pai tocou e esse saiu apressadamente. Giovana observa que este é um exemplo do que se passa com grande parte da população que ela atende. Eles esperam que ela solucione o problema de seus filhos de forma rápida, indolor e sem incômodos. Giovana iniciou o psicodiagnóstico deixando que o garoto brincasse livremente escolhendo o que desejava fazer e o tipo de brinquedo com que queria brincar. Ela pensou que, em um primeiro momento ele fosse brincar com tintas e massinhas de modelar, o que lembraria a questão das fezes, porém, o garoto de imediato apanhou brinquedos como cavalinhos, soldadinhos, segundo ela, como se estivesse armando defesas. Na sessão seguinte, ela associou o fato do garoto ter evacuado à sua atitude de desenhar uma casa monstro e uma outra casa, que ela interpretou como uma casa idealizada, entendendo a primeira como sendo a sua casa real. No final desta sessão, o garoto disse que traria um presente para ela no próximo encontro. Novamente Giovana interpretou o comportamento do garoto como sendo o de fazer coco e presentear a terapeuta. Segundo ela, apesar de não estar em um consultório particular, não ter as caixas lúdicas individuais, nem os pais presentes para a entrevista, mesmo assim os passos do psicodiagnóstico estão bem claros em sua mente. Neste sentido, ela observa também que, ao mesmo tempo em que fez uma avaliação dessa criança, ela percebe que provavelmente vai ter que dar continuidade ao tratamento, ou seja, não vê possibilidade de encaminhá-la pois, já estabeleceu um vínculo com a mesma. Giovana acredita que, encaminhá-la poderá trazer conseqüências negativas.

Pergunto então se Giovana teria um caso em que considera que não houve um bom andamento. Ela recorda-se de um rapaz de 18 anos encaminhado pela mãe. O rapaz não queria fazer terapia, e possuía características e comportamentos delinqüentes. O contato de Giovana com a mãe também foi feito por telefone, quando esclareceu a mãe que, enquanto o filho não estivesse disposto a aceitar ajuda ou reconhecer que precisa dela, não teria como realizar o tratamento. Giovana comenta ainda que o que ficou claro neste caso é que essa mãe precisaria de orientação, para se conscientizar de que enquanto insistisse em resolver os problemas do seu filho, ele continuaria a comportar-se como um marginal e inconseqüente.

No final da entrevista, perguntei a Giovana se ela gostaria de falar sobre mais algum caso. Ela disse que sim, e que percebe, que muitos casos seriam de aconselhamento, ou orientação dos pais. Ela relata que na primeira sessão ela conversa com a mãe, orienta a mãe, atende a criança duas ou três vezes, e quando a criança começa a melhorar a mãe não volta mais.

Pergunto então a Giovana como ela compreende este tipo de situação. Giovana diz que esse tipo de acontecimento é muito comum nas UBS. Acredita que as famílias querem um diagnóstico fechado, uma causa que justifique o comportamento de seus filhos. Giovana diz, ainda, que percebe que as mães não ficam felizes quando não é detectada nenhuma causa que justifique um tratamento mais demorado ou medicamentoso. Ela atribui este fato à cultura da população atendida em UBS, pessoas extremamente carentes tanto afetiva quanto culturalmente e que buscam atenção, querendo justificar com a doença, o seu sofrimento.

Após meu exame de qualificação, a banca foi unânime para que eu retornasse a entrevista com Giovana, e perguntasse à ela sobre sua formação. Novamente Giovana mostrou-se pronta em me atender e marcamos um novo encontro. Pedi que ela me contasse um pouco sobre como foi seu curso, as disciplinas cursadas, e seus estágios curriculares. Giovana inicia dizendo que algo tem chamado sua atenção, é quanto aos estagiários do curso de psicologia do CESUMAR que tem acompanhado seu trabalho na UBS, diz achar isto bom, e que em sua época não teve esta oportunidade.

Sobre sua formação, percebe que teve uma bagagem em psicodiagnóstico e em avaliação, mas dentro de uma realidade clínica, “bem redondinha, bem

certinha”, com materiais, testes, horários e pacientes dentro de um modelo de clínica particular. Diz também que aprendeu utilizar testes que não se utiliza mais nos dias de hoje. Aprendeu na graduação a ter um controle do setting terapêutico, e que na saúde pública muitas vezes, as intervenções se dão fora do setting. Diz que ficou faltando ter noção de intervenções em saúde pública, atribui esse conteúdo à psicologia social, que acha que deixou a desejar, que dependia do professor que ministrava a disciplina. Por outro lado, diz ter tido sorte no estágio de 5º ano, por ter tido três supervisores de abordagens distintas, o que deu favoreceu a oportunidade de contato com estas três abordagens. Giovana diz que estes contatos deu à ela “jogo de cintura”, mas mesmo assim, sentiu não ter “noção nenhuma” ao trabalhar com menores infratores. Teve dificuldades em realizar o psicodiagnóstico dentro de uma instituição, sentia que deveria fazer psicologia clínica e psicologia judicial. Giovana comenta que sentiu-se perdida, sem noção no início de sua vida profissional trabalhando em instituição, e que buscou leituras e estudo para embasarem sua prática.

O professor da área escolar de Giovana, era comportamental, e ela pode aprender e ter boa base para avaliar e atender dentro da psicoterapia breve. Giovana diz ter medo de estar falando besteira, mas diz que a abordagem comportamental a deixa mais a vontade para intervenções, pois essa abordagem é mais rápida, e encaixa-se melhor no setor público, assim como para realizar o psicodiagnóstico desta forma, do que a psicanálise que é mais metódica, mais sistemática. Seu professor na área organizacional era da psicanálise. E o da área clínica, era da sistêmica, e segundo Giovana, o fato de ter sido supervisionada no atendimento familiar, casal e individual, a ajudou muito no atendimento em UBS, quando percebe já na primeira entrevista, ter uma idéia mais rápida da relação por exemplo da criança e da mãe. Giovana diz que esta forma como ela utiliza para avaliar a mãe e a criança, é mais rápida, uma vez que os recursos dos testes são poucos.

Giovana menciona que no estágio de 5º ano teve oportunidade de atender pacientes psiquiátricos, um dependente químico e outro com esquizofrenia, ela diz que isto foi sorte, que não era o procedimento adotado na clínica escola. Primeiramente, eram feitas triagens, e esse tipo de pacientes eram encaminhados, mas na ocasião eles precisavam de uma avaliação, no caso,

Giovana se prontificou e sua supervisora a preparou com bibliografias extras, e a acompanhava do lado de fora da sala para qualquer emergência, que segundo Giovana, os pacientes poderiam ter um surto, ou ficarem agressivos.

Giovana concluiu o curso de psicologia em 1995, e para ela, em sua formação teve disciplinas curriculares importantes como, psicoterapia breve e emergência, psicopatologia, psicologia social, porém, acha que principalmente esta última foi focado muito pouco. E, justamente em sua atuação em UBS, diz que é muito importante o conhecimento de psicopatologia, por ser ali a “porta de entrada”, tudo passa por ali primeiramente. E que a psicologia social realmente ficou em falta, porque na realidade da UBS era exigido a atuação clínica e a atuação da saúde da família. Segundo Giovana, o conflito instala-se aí: o papel do psicólogo. Se fizer um diagnóstico fora da família, ou sem uso de testes, sem obedecer um padrão de atendimento, poderá deixar de ser um psicoterapeuta.

Para Giovana, o que a ajudou muito na atuação em UBS, foi sua formação continuada na secretaria de saúde, que segundo ela, as capacitações devem existir, pois são fundamentais. Mas no entanto, estas capacitações dependem da gestão política, e que aconteciam na gestão anterior. Hoje, o investimento em cursos e palestras para os psicólogos e profissionais da rede pública praticamente inexistem. O investimento na formação e capacitação depende dos próprios recursos.

4.2 Análise da Entrevista

Durante os três encontros que tive com Giovana, percebi sua disponibilidade e, ao mesmo tempo, necessidade de falar do seu trabalho como psicóloga na UBS. No segundo encontro, Giovana disse que, depois da nossa primeira entrevista, ficou pensando, tentando rever seus procedimentos. E foi esta disponibilidade em compartilhar de forma envolvente e transparente o seu trabalho, que me levou a escolher a entrevista de Giovana para análise.

Coloquei-me diante do material de Giovana, tentando captar o que ele me diz, quais significados são relevantes. Estou disposta a me deixar impactar

mais uma vez, assim como aconteceu na entrevista, quando ouvi, senti, captei parte do sentido. Agora, após várias leituras do material e de reflexão iniciada na elaboração do relato descritivo, me disponho a estar aberta para ser tocada, deixar-me impressionar, ser afetada pelo relato de Giovana. Nele, a princípio pude perceber alguns temas que foram ganhando forma e sentido e se fazendo cada vez mais presentes.

1. Formação profissional e atuação em UBS

Na entrevista com Giovana, um dos pontos importantes destacados por ela quanto a formação, foi a constatação de que sua formação deu base e apoio para atuar num modelo de clínica particular e que faltou base para atuar na rede pública.

... Entao é assim, e até em termos de psicodiagnóstico, de avaliação... Teve na época que eu fiz o curso uma coisa que me deu um apoio mas é uma realidade bem clinica, bem redondinha, bem certinha que você tem horário, material, aquele pacientinho com aquele tipo de teste, que hoje mudaram bastante né, teste que a gente aprendeu hoje a gente nem usa mais e tal. Mas, assim, eu senti, assim, que a formação foi bem voltada pra clinica particular. Onde você prepara tudo... você tem um controle maior do setting terapêutico do que na rede pública, né. Hoje você vai atuar lá, vai fazer intervenções fora do setting terapêutico; isso a gente não teve especificamente, a gente teve um pouco de psicologia social, né, a gente teve um pouco de psicologia social daí dependeu muito, depende, eu acho, dependeu, muito do professor que a gente pega, dele ter essa tendência de mostrar isso, de te levar isso, né.

Segundo Giovana, sua sensação é a de ter saído da graduação com pouca base e sem quase nenhuma noção para atuar em instituições públicas.

... No início? Perdida (risos), sem noção de onde começar né? com o que começar... porque você tem que fazer... daí hoje... eu sei porque eu busco aqui, alí, de alguma forma, ler, estudar. E a psicologia social dá uma boa base, mas faltou na graduação.

Para Giovana, sua formação foi basicamente um conjunto de informações, e o que deu a base para a atuação, foram as abordagens aprendidas no estágio. Considera que deram algum respaldo para atuar na rede pública. Diz que fez estágios em duas abordagens, a comportamental e a familiar sistêmica, e teve a possibilidade de atender pacientes que convencionalmente não seriam casos para a clínica escola.

... .ela deixava a gente mais à vontade, porque a psicanálise... é mais metódica, mais sistemática em relação ao psicodiagnóstico. Já na comportamental não, você já intervém mais, você né, é mais rápido, mais... e calha melhor com a área, área do serviço público, como a gente vive aqui. De você ter que, você vem pra uma primeira consulta, vai ter que orientar ao invés de avaliar porque a pessoa não tem nem noção do que ela veio fazer aqui. Trouxe aquela criança encaminhada pela escola mas.. e pra quê.. Qual o papel do psicólogo..então a.. ter tido essa base comportamental pra mim foi, eu acho, que foi ótimo, me dá tranquilidade, me dá jogo de cintura. E a clinica foi na área.. foi terapia familiar, foi sistêmica.. familiar, casal e individual, que me ajuda muito aqui porque eu percebo assim: a primeira entrevista, por exemplo, eu faço, a criança e a mãe, o adolescente e a mãe.

Por várias vezes, Giovana menciona as dificuldades enfrentadas na sua atuação em UBS, falando das disciplinas que são úteis para o seu trabalho e de conteúdos que considerou insuficientes.

... Ah... assim, oh oh... teve matérias importantes, psicoterapia breve e de emergência.

No terceiro ano a gente tinha essa disciplina na grade. Técnicas de psicoterapia breve e de emergência, que eu acho, assim, que foi.. até hoje eu recorro né, aos arquivos. É... psicopatologia que é fundamental. Porque aqui a gente avalia.. .é porta de entrada, né. Por mais que tenha o serviço, né, específico... nível terciário de atendimento. Aqui é porta de entrada, vai passar por aqui pra ser encaminhado. Se você não tiver essa noção, de psicopatologia, você não consegue nem fazer né, nem fica... Então, assim, né, a de emergência, a psicologia social, foi muito pouco, essa de fato foi pouco, foi assim: isso existe tá. E na época não era tão

enfocado, não era né, não tinha tanta ênfase, então também isso existe, e eu lembro que eu gostei muito da visão da psicologia social, da abertura que ela te dá, das possibilidades que ela te dá, também junto a uma terapia clínica.

Giovana comenta que enfrentou conflitos quando se deparou com situações diante das quais não pode usar os modelos clínicos como foram ensinados. Vê que algumas situações não se encaixam nas divisões clássicas da psicologia, de clínica e social, nem são híbridas.

... Aqui é que essas questões de psicologia social ficou em falta. Porque dentro da ação social já entendia essa linguagem, já né. Agora, aqui, era dirigido à clínica e exigido essa outra atuação da Saúde da Família. E aí o conflito de até onde o papel do psicólogo, você tá deixando de ser psicoterapeuta se você fizer um diagnóstico fora dessa família, sem teste, sem padrões de o que tem que ser seguido, né? e aí é quando você lembra da psicologia social... que ela falou: "Aí pode. Espera aí que está certo. É por aí."

Giovana diz que na prática adquiriu uma visão do trabalho em grupo e da psicologia social mais adequada ao trabalho em saúde pública.

... E aí o que ajudou muito também foi aqui, a formação aqui na secretaria de saúde, dentro desta visão de grupos de psicologia social.

Sim, precisa... e aqui também... continua... essas capacitações que a gente tem... tinha aqui na secretaria de saúde.

2. Diferença entre o aprendizado na graduação e a realidade de trabalho em UBS.

Giovana fala, da forma como aprendeu o psicodiagnóstico na sua graduação, e do modo como o realiza na UBS.

Relata ter tido um choque ao se deparar com a diferença entre os instrumentos oferecidos no curso de graduação para a realização do

psicodiagnóstico e aqueles disponíveis na realidade da instituição pública. Neste sentido, por várias vezes ela destaca:

... É totalmente diferente, cheguei me perguntar muitas vezes no início, se eu tava fazendo um psicodiagnóstico, cheguei a ter dúvidas se era psicodiagnóstico. Porque a gente aprende de uma forma na graduação todos os testes, todas as avaliações, é... tudo que você vai montar e elaborar, todas as impressões né? pra a partir daí você dá uma devolutiva, mas no serviço público, tanto aqui, quanto em outros locais, não procede dessa forma. Este psicodiagnóstico acaba sendo mais a observação, perguntando mais do que observando, não... a gente não faz tantas entrevistas né, de avaliação psicológica como a gente aprendeu a fazer porque eu tenho pouco tempo, é uma psicoterapia breve mesmo.

... se eu tivesse outros recursos, como a gente aprendeu lá na graduação, na academia, talvez eu até conseguisse fazer em um mês (risos). Mas não tendo, só observação, só a experiência, só o traquejo, ai vai um tempo de pelo menos 4 meses pro psicodiagnóstico.

... acho que o que faltou na minha graduação foi conhecer esta realidade. Ficou muito distante. Falar em saúde pública, nem falava, falava em psicologia social. E ainda assim, era ah... isso aí... tem alguns que gostam de social. Então, a minha formação foi mais voltada dentro da psicanálise, e da clínica particular. Voltada pra vc. sair e montar sua clínica tudo redondinho, tudo bonitinho.

3. Diferença entre a clínica particular e a UBS.

Giovana faz comparações entre a clínica particular e o atendimento em saúde pública, questionando a validade do uso do psicodiagnóstico, e de outros procedimentos clássicos da psicologia clínica nas UBS, sentindo que as realidades são muito diferentes e os procedimentos portanto, não podem ser os mesmos.

... Entrou em choque, talvez se eu soubesse que teria que adaptar esse psicodiagnóstico de uma maneira diferente assim. Ainda hoje sabe, quando eu vejo, quando eu comparo (risos) com alguma clínica particular, né, parece que tá tão distante, tão diferenciado.

... parece que a gente trabalha assim, é uma outra... coisa totalmente diferente. Até na questão dos resultados da sessão, sabe da condução do tratamento. A questão da população que procura atendimento aqui, e aquelas que tem plano de saúde, uma estrutura melhor, ensino superior tem um entendimento diferente. É muito mais rápido, muito prático, você conta com outros recursos. Então daí você fica pensando, lá na clínica particular, né? Talvez não seja mais fácil, mas é diferente. Você pode lançar mão de outras coisas, que aqui a gente não tem como.

4. Dúvidas e angústias sobre a sua identidade de psicóloga clínica.

O conflito entre o que Giovana aprendeu e o modo como consegue atuar na UBS leva-a a questionar se o que faz é de fato uma atuação em psicologia clínica.

... Não é porque eu não me sinto capaz de fazer o psicodiagnóstico, não é isso. É que entra em conflito com aquilo, com aqueles instrumentos que lhe foi dado. E aí, eu já tive várias angústias, não só com o psicodiagnóstico. Já me questionei se eu realmente estava fazendo psicologia dentro do posto.

... acaba funcionando assim, porque eu tenho a pressão da lista de espera, a demanda. Tem uma demanda muito alta. Então por exemplo, a gente faz coisas aqui (risos), “a gente faz coisas aqui”, parece um absurdo.

5. Condições de tempo e recursos para atuar na UBS.

Giovana parece acreditar que se tivesse todos os materiais lúdicos, os testes psicológicos, um espaço “mais adequado” e recursos para encaminhamentos, sua atuação seria diferente:

...mas com a criança, nossa... eu me cobrava muito... tinha até uns testes aí defasadérrimos, agora foi comprado material novo, mas fica um em cada regional, um joguinho básico ali, e a gente acaba recorrendo em caso de muita dúvida, um caso muito difícil, que você vai recorrer. No mais você vai improvisando com o material lúdico, uma Hora de Jogo, por exemplo.

... como eu tenho poucos recursos de material lúdico, pras crianças menores até 5, 6 aninhos eu deixo a vontade pra que a criança decida o que ela quer fazer né. Se ela quer brincar, se ela quer conversar, aí abre o armário, o armário está organizado como uma caixona, infelizmente é uma pra todo mundo. Não dá pra separar uma pra cada um. Pouco material e pouco espaço pra gente armazenar tantas caixas.

... Por exemplo, tem um dia que eu venho fazer uma extra tá? Nesse dia é só consulta, e eu tenho que ser rápida nessa avaliação, é... porque, é só aquele dia que eu tenho, é só aquela sessão, e... eu... preciso fazer um psicodiagnóstico, até pra poder ver... ganhar tempo pra ela não ficar nessa lista, se é um caso que vai pra um atendimento secundário. Então eu tenho que levantar uma hipótese diagnóstica, daquela pessoa, eu tenho que orientar o paciente naquela sessão. E muitas vezes, tem casos que eu vou ter que criar uma vaga pra dar continuidade nisso, até pra eu ter uma visão melhor, uma idéia melhor, pra ver se fica, ou se vai. Mais, é mais pela questão da demanda mesmo. A gente atende aqui em ritmo de pronto socorro, né, porque é de 40 em 40 minutos, a quantidade de atendimentos, a demanda é muito alta, muito alta mesmo.

6. Função do psicodiagnóstico.

Chamou minha atenção, a função que Giovana atribui ao psicodiagnóstico. Para ela, ele serve, basicamente, para proceder aos encaminhamentos. Mesmo assim, percebi que muitas vezes essa função não tem efeito pois, encaminha o paciente após a realização do psicodiagnóstico. E segundo ela, encontra dificuldades para efetua-los.

... Olha, pra mim francamente, é pra saber, pra proceder encaminhamentos. Porque a gente não tem muita escolha aqui na UBSs, não tem, pra onde encaminhar, eu não tenho assim especialidade de apoio que eu possa contar, não tenho escolha assim, vou atender criança, adulto ou adolescente. Se é pra mim isso ou não é.

... No mais, é aqui mesmo, ou mesmo que eu tente encaminhar, pra um serviço mais especializado, ou pra um setor maior, num vai, acaba voltando pra cá. Acaba voltando pra saúde da família, pro consultório médico, eu tenho meio que dá conta daquilo ali.

7. Dificuldade para encaminhamento dos pacientes.

Giovana sente-se desamparada pela falta de uma rede social de apoio ao atendimento em saúde, e sobrecarregada pela responsabilidade de não abandonar o paciente.

... Olha é difícil heim? Porque não é assim uma questão de escolha. A gente não tem muita escolha tá? Os casos que eu acabo encaminhando, porque olha só, eu tenho duas vagas por mês para o CISAM, de uma demanda, de uma população de um bairro enorme, do tamanho do bairro X, duas vagas por mês. Então eu tenho que usar muito bem estas vagas né, e quem vai pra lá? Casos de psicose, e... assim aguda, paciente em crise, paciente que saiu da internação vai pra lá. Os outros casos, vou procurando manejar por aqui pelo menos dentro dos quatro meses que eu tenho, até liberar vaga pra poder encaminhar. Então os casos que vão pra lá... eu vejo assim... é longo prazo mesmo, não adianta, até porque é devido a personalidade, o seu perfil, o paciente é demorado em expor os conteúdos dele, o ritmo é mais devagar né. Ficar aqui com ele quatro meses, criar um vínculo e depois encaminhar pra lá é mais difícil, então já mando logo no início. No mais, ficam aqui. Uma dificuldade que parece pequena... mas... depende muito, é a questão econômica. Ser encaminhado pra lá, depende de vale transporte, o paciente não tem condições financeiras de chegar até lá. Ai eu encaminho, ele vai em uma ou outra sessão e não vai mais. Daí volta, e diz: “eu quero ficar aqui”. Daí a gente diz: lá é melhor pra você, tem tratamento mais adequado lá, o mais indicado é lá, a estrutura que tem lá é diferente. Mas não tem jeito, e ai o que você faz? Tem que atender.

8. Necessidade de conhecimento de diferentes estratégias de atendimento clínico.

Para efetuar seus atendimentos e encaminhamentos, Giovana diz ser necessário o conhecimento de “tudo” psicopatologia, psicoterapia breve,

aconselhamento, psicoterapia familiar, de casal, etc. Fala da importância de ter experiências e contato com essas modalidades de atendimento na graduação.

Sente também que não teve na graduação a possibilidade de ter contato com outros tipos de atendimento clínico. Porém, segundo ela, não dá para pensar sobre essas questões, uma vez que depende dela dar conta da demanda, e, muitas vezes, ultrapassando o prazo estipulado do atendimento pela UBS. Por isso, diz que estudou, pesquisou, leu muito e também foi aprendendo na prática.

... Eu tenho que ter conhecimentos de... de casos graves, de transtorno grave. Vou ter que ter esse conhecimento ai. Vou ter que ter noção pelo menos dos sintomas de uma doença grave, de um transtorno grave. Depois que você foi embora... no encontro passado... eu fiquei pensando na questão do psicodiagnóstico, né? É primeiro, eu não sei... acho que tem que ter conhecimento de tudo. O que que é Psicoterapia Breve, que caso vai se encaixar, que caso serve pra Aconselhamento, ai tem que ter tudo, tem que ter visto tudo isso, tem que ter experimentado tudo isso. Eu tive que me preparar, tive que estudar tudo isso, pesquisar literatura para atendimento de casais, família, de tudo que você perguntar, eu tenho que ter pelo menos uma noção. Eu acho que não só de literatura sabe, mas de prática mesmo, de ter passado e experimentado isso, ter atendido, ter tido uma experiência pelo menos.

9. Casos difíceis e bem sucedidos.

Quando Giovana fala sobre um caso bem sucedido de atendimento, reporta-se a um atendimento individual, que considerou difícil. Sua postura foi de acolhimento, observação, em uma atitude compreensiva, acompanhando o momento da paciente, o tempo e ritmo que esta necessitava para evoluir. A paciente melhorou e Giovana diz que, para que isso fosse possível, teve que atender por mais de um ano na UBS.

...Quando ela veio pra mim, teve AVC, 59 anos. Eu achei que não ia poder fazer muita coisa por ela.

... Porque pra mim, quando ela chegou, a primeira impressão, e pra qualquer pessoa aqui, é de que ela era incapacitada. Incapacitada até de

fazer as análises dela, de compreensões, porque a fala era comprometida.

... E legal, porque eu deixei ela, o que eu podia fazer, ela não falava, não escrevia direito, só podia sentir ela, sentir. Pensa, chora, fala quando você puder falar, e como quiser falar. Porque dentro do tempo dela, ela foi me mostrando as coisas, os afetos, os sentimentos. Até ela manejar esse espaço muito bem. E a fala dela melhorou muito, claro, tem o tratamento da fono. Mas na medida em que ela foi... vomitando as dores dela, ela foi conseguindo pensar melhor, sentir melhor, ela foi articulando melhor a fala.

... Foi muito, muito gratificante. Mas esse foi um caso que eu tive que burlar as regras, atendi um tempo muito maior que os quatro meses, e ela vai voltar para o atendimento aqui agora.

10. Casos mal sucedidos.

Quanto ao caso que não foi bem sucedido, ela atribui a falta de resultados as condições sócio-culturais da população. Mesmo percebendo que as pessoas necessitam de orientação e aconselhamento, observa que elas, valorizam, desejam e esperam um atendimento a curto prazo.

... o que eu percebo assim... é tem muitos casos que é de aconselhamento, só pra uma orientação, mais com crianças que acontece bastante. Vem a mãe trás, e ai você vê que são casos que vem a mãe na primeira vez, vem a criança, daí você precisa conversar com a mãe de orientar a mãe. Ai tem caso de entrar duas, três vezes a mãe junto com a criança, daí a criança melhora e não volta.

... Tem muito, muito caso assim, e sabe, tem mãe que não gosta.

... E ai você percebe que a criança esta dentro de um desenvolvimento normal. E que o problema é outro, educacional. Ai vc. chama a mãe, orienta e elas não ficam felizes não. Daí um tempo tentam de novo, tentam outros atendimentos. Dá impressão aqui, não só no meu setor, mas em todos, que se não saírem com um diagnóstico, o nosso serviço não é bom. Se não sair com um remédio, ou um encaminhamento de dentro do consultório esse profissional não é bom.

Em síntese, Giovana vivencia uma situação ambígua quanto aos procedimentos que utiliza na UBS. Sua visão de tratamento bem sucedido está ligada a intervenções de longo prazo. Mesmo referindo-se ao modelo clínico clássico como algo que se distancia de sua realidade de trabalho, Giovana, durante a realização do psicodiagnóstico mantém a forma de proceder que criticou anteriormente.

...eu prefiro dar uma sentida na mãe, principalmente a mãe que vem né? E ai conversar com esta mãe, eu vou estar observando, eu trabalho assim é...

Ai a segunda entrevista é com... ah... criança ou adolescente no caso.

Ai a entrevista é só com ele né. Se necessário, junto com ele a gente chama pai, mãe.

Na segunda entrevista, se a criança quiser a mãe presente, eu deixo, vamos os dois juntos... se a criança quiser vir sozinha, ai... como eu tenho poucos recursos de material lúdico, pras crianças menores até 5, 6 aninhos eu deixo a vontade pra que a criança decida o que ela quer fazer né. Se ela quer brincar, se ela quer conversar, ai abre o armário, o armário está organizado como uma caixona, infelizmente é uma pra todo mundo.

Então, eu deixo o armário mais ou menos ajeitado como uma caixa. E ofereço pra ela, deixo ela abrir, ai eu vou observando, como ela vai interagindo, como ela vai conversando eu vou observando.

Mesmo quando esboça uma tentativa de desvencilhar-se do modelo clássico de atuação clínica, sente-se insegura. Percebi, em várias de suas falas comparações e medos decorrentes do fato de estar trabalhando de forma distante daquela que aprendeu na graduação, voltado a consultórios particulares como uma espécie de parâmetro de comparações. Na relação com o paciente, prevalece o domínio teórico que ela buscou para sua atuação, assim como o manejo e aplicação de técnicas idealizadas.

... Não é porque eu não me sinta capaz de fazer o psicodiagnóstico, não é isso. É que entra em conflito com aquilo, com aqueles instrumentos que lhe foi dado. E ai, eu já tive várias angústias, não só com o psicodiagnóstico. Já me questionei se eu realmente estava fazendo

psicologia dentro do posto. Então, outros instrumentos e recursos que eu tentei ou usei, entrava em choque. Eu acho que faltou instrumento, faltou na graduação, eu estava pouco instrumentada para esta realidade.

Entrou em choque, talvez se eu soubesse que teria que adaptar esse psicodiagnóstico de uma maneira diferente assim. Ainda hoje sabe, quando eu vejo, quando eu comparo (risos) com alguma clínica particular, né, parece que ta tão distante, tão diferenciado.

... É, .é... parece que a gente trabalha assim, é uma outra... coisa totalmente diferente. Até na questão dos resultados da sessão, sabe da condução do tratamento. A questão da população que procura atendimento aqui, e aquelas que tem plano de saúde, uma estrutura melhor, ensino superior tem um entendimento diferente. E muito mais rápido, muito pratico, vc. conta com outro recursos. Então daí vc. fica pensando, lá na clinica particular, ne? Talvez não seja mais fácil, mas é diferente. Você pode lançar mão de outras coisas, que aqui a gente não tem como.

Giovana não se aproxima de suas vivências incômodas no atendimento. Desta forma, é difícil para ela apropriar-se da experiência concreta para poder a partir dela, modificar sua ação como psicóloga. Pelo contrário, Giovana procura solucionar as suas inquietações criando condições ideais (materiais e técnicas) para poder repetir fielmente o modelo que aprendeu.

... Isso mesmo (risos), vai uns 4 meses, se eu tivesse outros recursos, como a gente aprendeu lá na graduação, na academia, talvez eu até conseguisse fazer em um mês (risos). Mas não tendo, só observação, só a experiência, só o traquejo, ai vai um tempo de pelo menos 4 meses pro psicodiagnóstico. Fui tentando e fazendo assim, e foi assim que eu pelo menos acalmei minha ansiedade.

Neste sentido, sua atuação em UBS e sua utilização do psicodiagnóstico, faz com que Giovana idealize um tipo de população, um modelo de relação com o paciente, e uma única forma de intervenção, distante da realidade que ela vive.

... A população que a gente atende tem a visão do clínico, uma coisa imediata, o que é que eu tenho, quanto tempo. E não é assim, é algo que vai sendo construído devagar. Então, não só em relação ao psicodiagnóstico, mas também a forma de atendimento, que se vc. for muito "psicanalítico" tal, o cliente reclama, sai reclamando.

Isso tanto aqui como naquele projeto criança da rua para a escola. Lá eu tinha aquela sala bacana, um espaço bacana, interessante eu lembrar disso. Eu tinha uma sala bem grande, com bastante material lúdico. É... e não era assim, foi bom lembrar disso. Lá eu lembro de vários atendimentos, mas um em especial que eu pude desenvolver um psicodiagnóstico que durou.... hummm... uns dois meses, é isso...

Percebo também, que a fala de Giovana é presa aos termos - psicodiagnóstico, psicoterapia breve, orientação - que caracterizam formas clássicas de atendimento clínico, mas que não correspondem às condições e necessidades do atendimento nas UBS. O fato do atendimento realizado não se encaixar nesses modelos, deixa Giovana insegura e assim, desvaloriza o que sente no exercício de sua função, abalando, assim, sua identidade profissional.

... Eu tenho que ter conhecimentos de... de casos graves, de transtorno grave. Vou ter que ter esse conhecimento aí. Vou ter que ter noção pelo menos dos sintomas de uma doença grave, de um transtorno grave. Depois que você foi embora... no encontro passado... eu fiquei pensando na questão do psicodiagnóstico, né? É primeiro, eu não sei... acho que tem que ter conhecimento de tudo. O que que é Psicoterapia Breve, que caso vai se encaixar, que caso serve pra Aconselhamento, aí tem que ter tudo, tem que visto tudo isso, tem que ter experimentado tudo isso. Eu tive que me preparar, tive que estudar tudo isso, pesquisar literatura para atendimento de casais, família, de tudo que vc. perguntar, eu tenho que ter pelo menos uma noção. Eu acho que não só de literatura sabe, mas de prática mesmo, de ter passado e experimentado isso, ter atendido, ter tido uma experiência pelo menos.

... Os outros casos, vou procurando manejar por aqui pelo menos dentro dos quatro meses que eu tenho, até liberar vaga pra poder encaminhar.

Então os casos que vão pra lá... eu vejo assim... é longo prazo mesmo, não adianta, até porque é devido a personalidade, o seu perfil, o paciente é demorado em expor os conteúdos dele, o ritmo é mais devagar né. Ficar aqui com ele quatro meses, criar um vínculo e depois encaminhar pra lá é mais difícil, então já mando logo no início. No mais, ficam aqui.

Fica claro também que, frequentemente Giovana tenta amenizar sua insegurança, referindo-se à busca de leituras e aprimoramentos para sua atuação. Neste caso, apega-se aos termos técnicos como forma de assegurar-se de seu conhecimento teórico. Porém, falta-lhe a compreensão de que não são os recursos utilizados, nem o uso correto de suas denominações que resolvem as dificuldades em que se encontra. Seria necessário aproximar-se dos significados dos procedimentos que utiliza nas situações das UBS, para poder revê-las e modificá-las.

.... dentro do serviço público, é porque assim, se eu for comparar os dois serviços, o particular e no posto, o meu vai tá totalmente errado, não é? Se te dizem, é pra fazer assim, e vc. não está fazendo assim, como vc. aprendeu, por isso que eu achava que estava fazendo totalmente errado. Porque é totalmente diferente, embora a essência é a mesma. Os resultados do psicodiagnóstico, provavelmente se chega aos mesmos resultados. Algumas coisas são diferentes, até mesmo pelas características das pessoas que eu atendo aqui.

... daí hoje... eu sei porque eu busco aqui, ali, de alguma forma, ler, estudar.

Outra forma que Giovana usa para afastar-se do incômodo que vive em sua ação profissional é a de que ao constatar dificuldades no atendimento, critica as atitudes das pessoas que buscam o serviço de psicologia, diz que esperam resultados a curto prazo, ou ainda que os pais não comparecem às devolutivas do psicodiagnóstico, ou desistem do processo. Em outras palavras, Giovana encontra-se engessada em um modelo academicamente idealizado e tenta resolver, ou contornar esta situação buscando mudar a realidade externa, as condições de trabalho, e a população com a qual atua.

... Ah... que começa a mudar as atitudes, alguns comportamentos e a criança melhora. Acontece muito aqui. Sabe, popularizou o atendimento, e aí, eu vejo que tem muitas questões de desenvolvimento normal da criança, principalmente questões de quatro, cinco anos, né. Idade em que a criança é mais agitada, tem mais atuação, e as famílias não estão suportando esse tipo de desenvolvimento, não tão conseguindo lidar, não tão conseguindo pôr limite.

Aí, eu acabo fazendo essa orientação. Pergunto se ela conhece outras crianças que agem assim nesta idade. Oriento faça assim, não faça assim, sabe aquele papel mesmo bem de professora. Tem muito, muito caso assim, e sabe, tem mãe que não gosta.

Ela percebe a resistência de grande parte das pessoas que buscam espontaneamente, ou são encaminhadas para a psicologia. Estas resistências que são visualizadas, na não participação dos pais nas entrevistas ou no abandono do processo, não são compreendidos por Giovana. Ela busca entender a resistência como possíveis reações ao fato deles se sentirem excluídos no processo, mesmo por não entenderem o processo em que seu filho e mesmo eles estão inseridos, ou por outras razões ligadas ao atendimento proposto e à relação psicólogo-paciente.

... Porque veio, fez avaliação e não ficou. De vc. avaliar a criança, e ela não te mostrar, pelo menos... se eu tivesse numa clínica particular, eu daria continuidade ao atendimento com essa criança. Porque, se todo mundo pudesse, ou tivesse condições, porque sim precisa, se vc. pode, sempre vai achar uma questão psicológica pra ser trabalhada. Mas não é aqui essa questão na instituição. Por questões do tipo: o tempo, a fila... aí vc. faz esta avaliação, vai durar um mês, dois meses. E aí você percebe que a criança está dentro de um desenvolvimento normal. E que o problema é outro, educacional. Aí vc. chama a mãe, orienta e elas não ficam felizes não. Daí um tempo tentam de novo, tentam outros atendimentos. Dá impressão aqui, não só no meu setor, mas em todos, que se não saírem com um diagnóstico, o nosso serviço não é bom. Se não sair com um remédio, ou um encaminhamento de dentro do consultório esse profissional não é bom.

Tento conversar melhor com essa mãe, num momento em que ela está menos agitada, porque é uma mãe muito resistente. Neste caso, ela quer que tipo... resolve esse problema aí, tá bem nítido isso assim. Depois que ela veio da primeira vez, o pai vem sempre, só que é a tal coisa, hoje mesmo fui conversar com ele ali fora, começamos a conversar, o celular dele tocou. Daí ele saiu dizendo tenho que ir, tenho que ir já. E a mãe nunca mais, nunca mais, nem pra saber... dá pra ter uma idéia do que vem pela frente, pela frente aí.

Desta forma, Giovana questiona seu aprendizado acadêmico e seu modelo de psicodiagnóstico, mas na ação profissional busca reproduzi-lo. Seu foco não está no outro, na pessoa que busca o serviço de psicologia da UBS. Percebo em sua ação profissional, uma expectativa de dar respostas a todos os significados e problemas e conflitos de seus pacientes, uma posição que busca assegurar-se em um saber acadêmico que não pode e não deve ser questionado.

... Então eu procuro deixar bem claro já na primeira entrevista, tudo o que pode acontecer, que é uma triagem, depois tem a avaliação, depois que terminar a avaliação, dependendo dessa avaliação pode ser tratado aqui, ou pode ser encaminhado. E tem paciente que eu já falo, não dá, não adianta, ele não vai pra lá.

Eu acho que a cultura, a cultura da população atendida aqui. Tá, eu acho que são pessoas extremamente carentes, afetivamente também, não só carente de informação, mas vc. vê que elas buscam uma atenção, elas querem justificar o sofrimento delas até no geral, é... com a doença. Porque elas usam muito isso, chegam aqui com um diagnóstico, oh... meu filho tem isso, ou, eu tenho essa doença. Talvez fica assim, olhem por nós. Eu vejo muitas mães aqui, que vem encaminhadas pela escola, então elas querem uma justificativa, porque tá vendo, meu filho não é uma pessoa ruim, ele tá doente. Meu filho não é tão feio como vc. tá dizendo, meu filho não é delinqüente, meu filho não é bandido, ele tá doente. Porque já vem humilhado, já vem muito diminuído, muito desmerecido, pela instituição escolar, por outras instituições. Então vc. vê que tanto o pai, quanto o filho

vem e vc. precisa dar uma erguida. Querem que tenha um tempo maior, num sei, querem uma justificativa, pode ser...

Giovana sente-se culpada, pois considera que atuar de forma diferente daquela que aprendeu é atuar erradamente. Para ela, conforme aprendeu, cabe ao psicólogo, no psicodiagnóstico, observar e avaliar de forma padronizada, questionar e interpretar; e ao paciente cabe ser investigado, comunicado dos resultados e orientado independentemente do local e do contexto em que atua e das condições dos clientes que atende.

... Então o psicodiagnóstico, é claro eu tenho uma idéia em relação ao transtorno, a doença, a hipótese diagnóstica, eu vou acabar fazendo durante toda a avaliação, até porque teoricamente eu tenho 4 meses pra trabalhar. Nesses 4 meses, quando terminar esses 4 meses é claro que o paciente vai precisar de mais, é como esses 4 meses foram de psicodiagnóstico (risos). Porque quando chegar no final dos 4 meses eu vou chegar, vou falar pra ele olha meu tempo com vc. terminou, nós trabalhamos alguns pontos mais vc. vai precisar trabalhar mais, então eu vou te encaminhar né? Quanto a hipótese diagnóstica ela vai acontecendo ao longo do tratamento.

Porque é assim, acaba funcionando assim, porque eu tenho a pressão da lista de espera, a demanda. Tem uma demanda muito alta. Então por exemplo, a gente faz coisas aqui (risos), “a gente faz coisas aqui”, parece um absurdo. Por exemplo, tem um dia que eu, venho fazer uma extra ta? Nesse dia é só consulta, e eu tenho que ser rápida nessa avaliação, é... porque, é só aquele dia que eu tenho, é só aquela sessão, e... eu... preciso fazer um psicodiagnóstico, até pra poder ver... ganhar tempo pra ela não ficar nessa lista, se é um caso que vai pra um atendimento secundário. Então eu tenho que levantar uma hipótese diagnóstica, daquela pessoa, eu tenho que orientar o paciente naquela sessão. E muitas vezes tem casos que eu vou ter criar uma vaga pra dar continuidade nisso, até pra eu ter uma visão melhor, uma idéia melhor, pra ver se fica, ou se vai. Mais, é mais pela questão da demanda mesmo. A gente atende aqui em ritmo de pronto socorro, né, porque é de 40 em

40 minutos, a quantidade de atendimentos, a demanda é muito alta, muito alta mesmo.

No que se refere à sua formação, Giovana tem a percepção de que a academia não forneceu respaldo teórico e recursos técnicos necessários à realização de procedimentos como, psicodiagnóstico e avaliações, para sua atuação em UBS, chegando a nominar disciplinas e professores que teve na graduação, como sendo responsáveis por terem contribuído, ou deixado a desejar em conteúdos.

...eu não tive isso (risos) entende?! Entao é assim, e até em termos de psicodiagnóstico, de avaliação... Teve na época que eu fiz o curso uma coisa que me deu um apoio mas é uma realidade bem clinica, bem redondinha, bem certinha que você tem horário, material, aquele pacientinho com aquele tipo de teste, que hoje mudaram bastante né, teste que a gente aprendeu hoje a gente nem usa mais e tal. Mas, assim, eu senti, assim, que a formação foi bem voltada pra clinica particular. Onde você prepara tudo... você tem um controle maior do setting terapêutico do que na rede pública, né. Hoje você vai atuar lá, vai fazer intervenções fora do setting terapêutico; isso a gente não teve especificamente, a gente teve um pouco de psicologia social, né, a gente teve um pouco de psicologia social daí dependeu muito, depende, eu acho, dependeu, muito do professor que a gente pega, dele ter essa tendência de mostrar isso, de te levar isso, né.

Neste caso, Giovana deposita segurança para sua atuação em UBS, nos modelos teóricos e técnicos que teve no estágio no último ano da graduação, ou seja, disciplinas que segundo ela contribuíram para sua formação. Neste caso, faz uso de abordagens teóricas diferentes, como formas complementares entre si em seus procedimentos. Isto denota uma confusão nos recursos de abordagens distintas, que Giovana parece ter que lançar mão para sua atuação na UBS.

... E eu, na qual eu tive uma sorte, no estágio porque eu tive um professor psicanalista, um comportamental e um...no quinto ano. Um psicanalista, um comportamental e um terapia sistêmica mas trabalha casal na escola

de Milão e tal. Então eu tive essas três oportunidades de estar vendo essas linhas... de tá podendo... então, assim, quando eu entrei pro serviço público é o que me ajudou a ter esse jogo de cintura assim, né

Por várias vezes, Giovana revela que busca nas abordagens teóricas que vivenciou em sua graduação, aquelas que viabilizam seus procedimentos clínicos serem mais rápidos, que possibilitem à ela ter maior liberdade em suas ações como terapeuta, e que possam proporcionar um maior número de intervenções. Isto parece demonstrar que Giovana necessita estar vinculada à formas clássicas de intervenções, e de abordagens que são incompatíveis.

... Sorte de eu.. de eu.. de pegar três áreas diferentes de atuações bem.. de professores realmente competentes assim, né, nas três áreas diferentes, de te leva junto, de te mostrar...

De você ter que, você vem pra uma primeira consulta, vai ter que orientar ao invés de avaliar porque a pessoa não tem nem noção do que ela veio fazer aqui. Trouxe aquela criança encaminhada pela escola mas.. e pra quê.. Qual o papel do psicólogo..entao a.. ter tido essa base comportamental pra mim foi, eu acho, que foi ótimo, me dá tranqüillidade, me dá jogo de cintura. E a clinica foi na área.. foi terapia familiar, foi sistêmica.. familiar, casal e individual, que me ajuda muito aqui porque eu percebo assim: a primeira entrevista, por exemplo, eu faço, a criança e a mãe, o adolescente e a mãe. Então eu faço essa primeira entrevista, segunda entrevista com os dois, conforme eu vou precisando, eu vou sentindo, né?!

Parece que mesmo percebendo as faltas ou lacunas em sua formação, e vivenciando demandas próprias e singulares de instituições públicas, Giovana ainda busca nos modelos clássicos a base para atuar em UBS. Isto parece refletir a dificuldade que encontra em adaptar-se à uma outra forma de intervenção em saúde pública, diferente daquela que aprendeu em sua graduação

... Aqui é que essas questões de psicologia social ficou em falta. Porque dentro da ação social já entendia essa linguagem, já né. Agora, aqui, era dirigido à clinica e exigido essa outra atuação da Saúde da Família. E aí o

conflito de até onde o papel do psicólogo, você tá deixando de ser psicoterapeuta se você fizer um diagnóstico fora dessa família, sem teste, sem padrões de o que tem que ser seguido, né? e aí é quando você lembra da psicologia social... que ela falou: "Aí pode. Espera aí que está certo. É por aí."

... E aí o que ajudou muito também foi aqui, a formação aqui na secretaria de saúde, dentro desta visão de grupos de psicologia social.

... Entrou em choque, talvez se eu soubesse que teria que adaptar esse psicodiagnóstico de uma maneira diferente assim.

Giovana percebe a necessidade de ter tido contato ou noções a respeito de intervenções na saúde pública, mas refere-se à noções de avaliação e classificações como indispensável para auxílio no psicodiagnóstico, e formas de intervenções. Giovana ainda hoje busca nos modelos tradicionais, as condições ideais da clínica particular para seus atendimentos.

... No terceiro ano a gente tinha essa disciplina na grade. Técnicas de psicoterapia breve e de emergência, que eu acho, assim, que foi.. até hoje eu recorro né, aos arquivos. É... psicopatologia que é fundamental. Porque aqui a gente avalia.. .é porta de entrada, né. Por mais que tenha o serviço, né, específico... nível terciário de atendimento. Aqui é porta de entrada, vai passar por aqui pra ser encaminhado. Se você não tiver essa noção, de psicopatologia, você não consegue nem fazer né, nem fica... Então, assim, né, a de emergência, a psicologia social, foi muito pouco, essa de fato foi pouco, foi assim: isso existe tá. E na época não era tão focado, não era né, não tinha tanta ênfase, então também isso existe, e eu lembro que eu gostei muito da visão da psicologia psicologia social, da abertura que ela te dá, das possibilidades que ela te dá, também junto a uma terapia clínica. Eu lembro que marcou bastante assim, sabe?! E quando eu vim pra cá, mais pra saúde pública porque nos outros setores onde eu passei que eu entrei, que eu comecei na ação social.

Giovana refere-se às diferenças de linhas teóricas e suas aplicações por exemplo, no psicodiagnóstico, com base ainda em modelos tradicionais e,

portanto já superados. Por várias vezes, menciona a escassez de testes e outros recursos padronizados para avaliar seus pacientes.

... é longo prazo mesmo, não adianta, até porque é devido a personalidade, o seu perfil, o paciente é demorado em expor os conteúdos dele, o ritmo é mais devagar né.

Segundo Giovana, no serviço de saúde pública, assim como na graduação, se exigia um atendimento de clínica particular, mas também é exigido pela secretaria de saúde, um atendimento que contemple a saúde da família, por exemplo. Neste sentido, Giovana sente-se ameaçada, primeiramente por ter que corresponder às exigências do setor de saúde, em práticas e noções de saúde pública que não teve na graduação. Em segundo lugar, por ter que executar ações que não estão respaldada pela sua formação, e desta forma, não se afinam com seus padrões de atendimento, uma vez que tenha que proceder fora destes padrões de setting, uso de testes que devem ser seguidos, segundo a forma clássica.

... Então é legal que eu consigo as vezes, ter uma idéia bem mais rápida da relação que só avaliando e como pra gente o recurso do teste é muito pouco.. as vezes é você poder.. com a mãe e o filho.. presenciar a relação dos dois você já ganha um tempão. Então, essa base, essa formação que eu tive, eu assim, acho que foi.. sabe, que me deu uma base legal. Eu tive oportunidade de atender paciente psiquiátrico, paciente em surto, né, no estágio. No fim do ano atendi dois pacientes com surto mesmo, um por dependência química e outro por esquizofrenia.. entao isso.. “Nossa! Que bom que eu tive isso!”

Giovana questiona-se e sente-se confusa quanto ao papel do psicólogo em UBS, ou seja, sua identidade, suas ações e as exigências em programas destinados à saúde mental da população que busca esse tipo de assistência.

... No início? Perdida (risos), sem noção de onde começar né? com o que começar... porque você tem que fazer...

... Trouxe aquela criança encaminhada pela escola mas... e pra quê.. Qual o papel do psicólogo...

... Agora, aqui, era dirigido à clínica e exigido essa outra atuação da Saúde da Família. E aí o conflito de até onde o papel do psicólogo, você tá deixando de ser psicoterapeuta se você fizer um diagnóstico fora dessa família, sem teste, sem padrões de o que tem que ser seguido, né?

. Já me questionei se eu realmente estava fazendo psicologia dentro do posto.

... a gente faz coisas aqui (risos), “a gente faz coisas aqui”, parece um absurdo.

CAPÍTULO 5

LENARA

5.1. Relato Descritivo da Entrevista

As entrevistas com Lenara foram realizadas na Secretaria de Saúde de Maringá, a pedido da mesma. Após as apresentações, perguntei a Lenara se haveria um local no qual pudéssemos começar nossa conversa, e eu pudesse explicar do que tratava minha pesquisa. Lenara parecia apressada, chegando a verbalizar este fato. Perguntei a ela se preferiria que marcássemos outro dia, e ela insistiu que a entrevista fosse naquele momento. Sugeri então que iniciássemos nossa conversa e, caso necessário, poderíamos continuar em um outro dia. Lenara concordou. Iniciei explicando o problema da pesquisa, e o objetivo da entrevista. Lenara perguntou se eu tinha um roteiro. Expliquei que não, que buscava conhecer sua experiência na utilização do psicodiagnóstico na UBS, e que ela poderia se sentir a vontade para falar sobre isto, e garanti que tomaria todos os cuidados para guardar o sigilo. Pedi também sua permissão para gravar a entrevista, Lenara concordou, e também assinou o termo de consentimento.

Iniciei a entrevista perguntando a Lenara se ela realizava o psicodiagnóstico na UBS. Ela me disse que realiza. Pedi que me falasse um pouco sobre como realiza este procedimento. Ela responde que não tem como deixar de realizar o psicodiagnóstico mas que este pode ser mais ou menos detalhado.

Ela exemplifica com o caso de crianças em que faz o diagnóstico para depois atendê-las na UBS. Diz que segue alguns passos e que costuma sempre proceder da mesma forma. Conta que, primeiramente ela entrevista os pais. Caso os pais já tragam a criança para a primeira entrevista ela conversa com a criança primeiro, pois considera que deixá-la esperando enquanto os pais são atendidos pode provocar fantasias sobre o que estarão conversando a respeito dela e o que irá ocorrer no atendimento psicológico. Por essa razão, ela entrevista a criança e marca outro horário para os pais, orientando-os para virem sozinhos. Lenara coloca que seu objetivo na primeira entrevista com os

pais é conhecer a queixa, o histórico da criança, a circunstância em que os comportamentos que geraram a vinda ao psicólogo começaram a aparecer, a que episódios esse momento está relacionado, conhecer também a dinâmica da família, seu cotidiano e dados do desenvolvimento da criança. Nesta mesma entrevista, Lenara tenta avaliar a disponibilidade da família para o atendimento da criança, e a disposição dos pais para serem orientados, e para enfrentar transformações na família. Posteriormente, na entrevista devolutiva, Lenara diz que seu objetivo é trabalhar com os pais na modificação de alguns aspectos da dinâmica familiar, ou se for o caso, a modificação de atitudes ou comportamentos em relação à própria criança. Já no atendimento com a criança, Lenara diz realizar, a Hora de Jogo, Hora Lúdica, testes, principalmente os de desenho. Diz Lenara, que chegou a utilizar alguns outros testes, mas que eles foram recolhidos, assim ficou apenas com os testes de desenho, que aplica e analisa.

Relata ainda que se na queixa levantar a hipótese de distúrbios neurológicos, encaminha a criança para um neurologista, solicitando um laudo. Geralmente, nos casos de queixa escolar, pede também um relatório da escola, Lenara diz que “junta tudo isso” e faz o seu diagnóstico.

Pergunto para Lenara como é para ela a realização de todos esses procedimentos e qual é o sentido que eles têm no seu trabalho clínico. Lenara diz que essa é a forma de entender o que está acontecendo com uma criança ou um adolescente, é o modo dela procurar entender o que está acontecendo.

Lenara complementa sua fala dizendo que no caso de pacientes adultos ou idosos, para chegar a uma compreensão diagnóstica, ela realiza entrevistas inicialmente mais dirigidas, e, na seqüência, entrevistas livres. Lenara diz que na primeira entrevista, ela espera que a pessoa fale naturalmente sobre a queixa. Caso ela perceba que existe um espaço para intervir ela tenta fazer algumas pontuações. Caso contrário, ela faz perguntas específicas sobre a história de vida do cliente, e sobre como os problemas dos quais se queixam começaram. Afirma não usar nenhum teste com adultos e idosos, e que nestes casos seu diagnóstico baseia-se em entrevistas e na sua formação e experiência de quinze anos de atuação como psicóloga.

Pergunto a Lenara se a forma como ela diz realizar o psicodiagnóstico é a mesma que aprendeu no seu curso de graduação. Lenara diz que não, que a

forma que aprendeu na graduação propunha o uso de mais testes de inteligência para o atendimento de crianças e de outros testes para o atendimento de adultos. Diz que não se recorda muito bem, mas que havia outros testes e que aprendeu a aplicá-los. Porém, nos estágios, não se recorda de ter utilizado testes para o atendimento de adultos, o que lembra é de utilizar entrevistas.

Lenara disse que após a sua graduação ela buscou cursos de especialização e grupos de estudo e foi dessa forma que obteve seu maior aprendizado. Aprendeu a ouvir a fala dos pacientes e a observar a sua reação. Acrescenta que seus atendimentos clínicos tem por base a Psicanálise.

Lenara ressalta que foi construindo sua própria forma de atuar na clínica, e que ela é diferente da que aprendeu na sua formação. Sente que antes de construir a sua forma de trabalhar em clínica, era mais superficial, sem condições para aprofundamentos.

Pergunto a Lenara qual o papel do psicodiagnóstico em seu trabalho na UBS. Ela diz que o psicodiagnóstico é parte do atendimento e não tem como atender uma pessoa sem saber como ela funciona. Para ela, o psicodiagnóstico é feito nas entrevistas iniciais. Ela foi organizando-o desta forma e estas entrevistas a orientam nas medidas que irá tomar. Lenara cita alguns exemplos, diz que para pacientes que apresentam na entrevista confusão, delírios, ou outros transtornos psiquiátricos, ela não propõe psicoterapia breve. Outro caso que cita, é de pacientes em estados depressivos, que não tem condições para se comunicar, neste caso, ela os encaminha para um psiquiatra e marca um horário para depois dessa consulta. Lenara diz que em muitos casos o terapeuta tem que ser mais ativo na sessão. Ela completa exemplificando com o exemplo de paciente razoavelmente organizados que apresentam conflitos neuróticos. Nestes casos ela conversa com eles em um nível mais interpretativo e provocativo, podendo fazer mais “amarrações” e apontamentos. Para Lenara a função do psicodiagnóstico é a de orientá-la sobre como trabalhar com o paciente, se irá precisar de ajuda de outro profissional ou se irá trabalhar sozinha no caso.

Indaguei a Lenara se sempre foi essa a sua visão de psicodiagnóstico. Diz que não, ela acha que suas compreensões eram mais superficiais. Argumenta que especialmente após os grupos de estudo, as discussões de

casos e os cursos de especialização que realizou, sua visão do psicodiagnóstico modificou-se. Sente que está mais habilidosa nas entrevistas e tem uma compreensão maior e mais profunda dos seus pacientes.

Indago então o que Lenara julga importante averiguar no psicodiagnóstico. Ela responde que procura estar atenta àquilo que a pessoa traz, assim como ao que acontece na relação com ela durante a entrevista.

Perguntei a Lenara se ela atende ou já atendeu em consultório particular. Ela responde que atende. Pergunto então se ela vê diferença no procedimento psicodiagnóstico na UBS e no consultório particular. Lenara responde que não, diz que sua cabeça funciona do mesmo jeito tanto na UBS quanto no consultório particular.

Retorno a pergunta indagando a respeito da população que ela atende. Ela diz que os pacientes que vão ao consultório particular, são mais informados que os da UBS. Os pacientes de UBS chegam frequentemente com demandas de ordem sociais, financeiras e culturais. Lenara diz que se surpreende muitas vezes informando seu paciente a respeito de um dentista, uma vacina que a criança ficou sem tomar, da necessidade de uma troca de receita médica, etc. Percebe que a população que busca UBS tem poucas informações, e necessita de cuidados com a saúde integral. Lenara cita o exemplo de uma senhora que sofre de depressão. Várias vezes pediu que fosse encaminhada para um ginecologista para uma avaliação hormonal. Diz que este tipo de situação dificilmente aparece nos consultórios particulares, segundo ela, é difícil que uma pessoa que procure uma clínica particular não frequente um médico regularmente. Para Lenara, outro ponto que é diferente nos atendimentos da UBS em relação a clínica particular refere-se à gravidade dos casos. Para ela, na UBS os casos são mais graves, há um maior número de questões psiquiátricas, muitos diagnósticos de psicose e esquizofrenia. No consultório particular, afirma ela, estes casos aparecem bem menos. Por sugestão da banca no exame de qualificação, entrei novamente em contato com Lenara, pedindo à ela a possibilidade de marcamos mais uma conversa. Após seu consentimento, nos encontramos e na ocasião pedi à ela que me falasse um pouco sobre sua graduação. No segundo encontro, ela parecia estar mais descontraída, porém, mencionou ter se preparado para nossa conversa, dizendo que trouxe um currículo seu resumido para não esquecer de dados

importantes. Lenara está há 4 anos atuando em uma UBS. Trabalha em Saúde Pública há mais de 10 anos, em ambulatórios, no Centro Integrado de Saúde Mental, e na Coordenação de Psicologia na Secretaria Municipal de Maringá. Está formada em psicologia há mais de 15 anos. Lenara comenta que lembra de alguns detalhes de sua graduação, como por exemplo ter lido textos sobre luta antimanicomial, informações sobre portarias da secretaria de saúde e noções de CAPS, que na época que formou-se era NAPS. Diz que seu estágio clínico no último ano da faculdade foi realizado na unidade de psicologia da universidade, o atendimento era individual, com um ou dois atendimentos semanais, e o período do atendimento não era estipulado. Seu contato com unidades básicas de saúde, aconteceu por ocasião de um projeto, e consistia em acompanhar as atividades dos profissionais que atuavam lá, mas que não teve prática em UBS na graduação. Lenara relata que não teve contato com a psicoterapia breve durante sua graduação, e que esse contato ocorreu após sua formação, quando ela buscou um curso. Segundo ela, o atendimento clínico que realizava durante sua graduação em estágio, era de base analítica. Ela acredita que essa vivência na graduação foi fundamental, tanto que continua sendo o mesmo modelo de intervenção para sua prática atual. Segundo ela, existe uma orientação na secretaria de saúde para a utilização da psicoterapia breve, porém, os profissionais tem liberdade em trabalhar com uma outra abordagem. Assim como, em casos de pacientes necessitarem de um prazo mais longo para atendimento, ou não poderem ser atendidos em seus encaminhamentos, ela diz ter abertura para estender o prazo. Lenara diz também, que em seus relatório para secretaria de saúde em que mensalmente deve relatar o número de atendimentos e as causas relatadas, apesar de não adotar a psicoterapia breve, existem casos atendidos por ela que correspondem a 30, 40 sessões, muitos deles por desistências, outros por pedirem para parar o atendimento. Nestes casos, Lenara diz encarar isso não como uma técnica utilizada por ela como mal sucedida, mas sim como sendo uma forma pessoal de trabalho, que não pensa antes se irá atender um paciente por um determinado período, que talvez até seja uma limitação sua. Quanto à essa forma de realizar seus atendimentos em UBS, ela acredita que a graduação foi muito importante, porém percebe que o que faltou nessa formação foi a técnica para ela atuar em saúde pública. Segundo ela, teve que

buscar cursos para atuar com grupos, com famílias, e até mesmo como já mencionado a psicoterapia breve. Menciona também alguns cursos e formação que fez como por exemplo com Di Loretto durante muitos anos, que aprendeu como realmente deve ser uma anamnese profunda, como deve ser feita uma avaliação, como é ter um método de investigação. Que durante essa formação aprendeu como detalhar melhor uma investigação de caso, que sentia até receosa no início no grupo, pois segundo Lenara, percebia que não sabia quase nada, que percebia como saiu crua da faculdade. E após muito trabalho e muita supervisão e um longo processo psicoterápico, tudo respaldado pela psicanálise, é que ela foi ficando mais afinada e as questões da linha teórica mais encarnadas em seu trabalho. Lenara diz que percebe no convívio com colegas que atuam em UBS, diferença de performance entre aqueles que fazem supervisão, terapia e cursos, daqueles que não fazem. Segundo ela, é indispensável a busca de formação depois da graduação, pois a forma de trabalho em saúde pública é muito diferente daquela aprendida na graduação. Após sua graduação Lenara descobriu autores como Winnicott, Bion, entre outros que segundo ela mudaram sua visão de atendimento clínico.

5.2 Análise da Entrevista

Li e reli por inúmeras vezes a entrevista de Lenara. Algumas passagens do relato me prenderam de forma singular, foram me indicando temas implícitos em sua fala. Ao me deter mais demoradamente neles, foram ganhando sentido, conforme me deixei envolver e afastar por algumas vezes, até que me apontassem caminhos para análise.

1. Formação profissional e atuação em UBS

O curso de graduação em Psicologia de Lenara, apresentou noções de saúde pública, mas não trabalhou as diferenças com o contexto da clínica privada. As poucas noções teóricas que teve sobre saúde pública, não foram vivenciadas na prática em forma de estágio.

... Mais eu lembro assim que na graduação, a gente, eu já tinha alguns professores, algumas coisas, disciplinas que eu lembro de textos sobre luta anti-manicomial, que depois eu vim saber opa! Que já tava, eu tinha

um pouquinho de idéia disso, eu já tinha uma discussão assim do... é ... eu lembro que a gente lia texto do Foucault sobre, é... questão das prisões, manicômios e conventos. Então eu já tinha um começo de... de discussão. Eu lembro que tinha uma professora, eu até convidei ela pra vir aqui uma vez lá da universidade X, numa semana de saúde mental que eu tava organizando. Eu lembro que eu tive noção de CAPS, que na época o CAPS chamava NAPS, né e tudo no último ano, eu acho. Assim, basicamente nos últimos dois anos da faculdade, que foi em 1991.

... É... foi na época do estágio, mas eu não fiz estágio de atendimento clínico na unidade de saúde. A gente fazia na clínica psicológica, na UPA lá né, na clínica da própria faculdade. É... agora nos estágios, eu fiz assim, trabalho de... com equipe. Então eu trabalhava por exemplo, acompanhava uma equipe de unidade básica, o trabalho de uma equipe de unidade básica dentro do posto, isso eu fiz, na escola, na unidade básica... mas atendimento mesmo, psicoterapia breve, tudo isso, eu não fiz nada disso na universidade. Então assim, noção de como era, a saúde pública, textos sobre a saúde pública, eu lembro que tive na universidade sim. Mas a questão clínica, eu acho que o que me ajudou mais foi a formação que eu tive depois.

Sua formação tanto na Universidade quanto posterior, deu a ela suporte para uma atuação respaldada no modelo clínico tradicional, inclusive na realização do psicodiagnóstico. Porém, esta formação não a preparou para atuar em saúde pública.

... Ah sim, porque eu aprendi tudo que foi necessário na graduação, mas era tudo numa ordem certinha que tínhamos que cumprir, uma sequência né, com o Di Loreto, no grupo que eu tinha com ele, tá, era muito bom porque uma anamnese, o próprio psicodiagnóstico, era visto de outra forma, o significado das perguntas que eu fazia na anamnese, o teste que eu aplicava e as indagações tinha um sentido mais, como eu posso te dizer, não é que antes não tinha sentido, mas é que... eu passei a entender melhor o por que perguntar aquilo sabe?

... Nossa... no início eu lembro que aquilo que eu pensava sobre um procedimento ali, numa sequência assim né, legalzinha, bunitinha como

aprendi, era só uma base mesmo. Porque depois, eu fui aprendendo no curso que eu procurei, em supervisão de casos como é mais complexo, e eu estava crua, tinha... eu tinha até vergonha de falar o que eu achava do caso né. Porque assim... eu só via o superficial da coisa né. Mas com o grupo, isso ampliou e aprofunda né.

...É... então... isso que você falou assim de impacto do trabalho na saúde pública, eu acho que... eu tive mais dificuldade de técnica mesmo assim, não de... me localizar sobre como era a saúde pública, quais eram os princípios, isso acho que não. Eu tive mais dificuldade de técnicas, porque a gente sai bem sem... sem... noção mesmo, tem que se adaptar

Lenara atribui ao rigor científico e metodológico da abordagem, o fator primordial para desempenho de suas atividades em UBS. Ela assegura-se que o domínio na aplicação dos procedimentos clínicos garantem o bom resultado no processo.

... qualquer abordagem que vc. utiliza desde que seja as clássicas, se vc. segue um rigor daquilo, porque mesmo na graduação eu sempre fiz tudo, ou procurei fazer as correções de um teste, uma análise com rigor. E hoje, se vc. procura se aprofundar numa abordagem, como eu na psicanálise, você encarna aquilo sabe, o estopo da linha, e daí a sua prática. Apesar de estar numa unidade básica de saúde, sinto necessidade de ter uma abordagem e me aprofundar nela, mas... assim... como eu posso dizer... é que, na saúde pública você tem que se adaptar, sabe?

... Mas eu acho que... é... acho que a formação que eu tive depois, né, foi que, e o próprio trabalho né, foi tendo que me acrescentar, foi que me... deixaram mais afinada assim né. Como se você tivesse um instrumento meio bruto, daí você vai afinando, afinando até você chegar num tom né, que você consegue entender a música, que você consegue tocar a música lá como você quer. Então as minhas formações básicas, são sempre na psicanálise, eu fiz grupo do... com o Di Loretto muitos anos, é eu até trouxe aqui meu currículo (risos), o básico. É... oito anos, fiz grupo com ele oito anos, faço análise também a oito anos, e... o Di Loretto trabalha muito com a questão do método né de como você avalia, essa parte que falamos sobre o psicodiagnóstico, nossa é uma discussão tão

loooooonga, suuuuper detalhada, acho que ele é uma pessoa super paciente até. Porque a gente lembra assim das coisas que a gente pensava quando começou com ele e quando terminou, é totalmente diferente.

Lenara não vê nenhum problema em utilizar o modelo clínico aprendido na graduação em seu trabalho em UBS. Utiliza portanto, o modelo clínico tradicional, com procedimentos a longo prazo.

... Olha...assim... quando a gente faz uma graduação, voce só tem respaldo nela né. Eu acho que a graduação que eu fiz foi bem bacana, assim, depois né, saindo assim da universidade, depois que eu falei assim que eu me surpreendi porque tinha coisas que eu já via lá, que tava na saúde pública por exemplo, de portarias já tinha uma noção, de luta anti-manicomial, tudo essas coisas que eu já te falei né. Eu já tinha alguma noção, então pra saúde pública nessa parte mais geral. A parte técnica assim, nem sei se dá pra gente separar muito, mas assim, essa parte mais assim, mais do atendimento clínico, do contato como paciente... eu num sei falar assim o que, que poderiam me dar a mais, o que eles poderiam ter me dado que não me deram (risos). Porque eu acho que eles me deram toda a parte... é... inicial. Porque a pessoa tá cruzinha assim né, não tem nada, não tem nenhuma idéia sobre como tratar o paciente tal.

... Ah sim, esse modelo que eu to falando assim avaliar, objetivos, e sem determinar o tempo, acho que isso eu tenho desde o tempo da universidade, dos casos lá.

... Então, como o trabalho que eu fiz de atendimento clínico foi na UPA, e não tinha prazo determinado de atendimento, e ai já era em psicoterapia de base analítica, não era uma análise, mas era uma psicoterapia de base analítica, inclusive tinha uma paciente que vinha mais de uma vez por semana, acho que vinha duas vezes por um tempo. Então era, era... a vivência que eu tive era próxima do que eu tinha que ter na saúde, e em termos técnicos de psicoterapia, atendimento clínico sim.

... Eu na verdade nunca trabalhei com psicoterapia breve, como é feito pela maioria dos psicólogos da saúde pública. Mas eu nunca, nunca focalizei assim nessa técnica.

Mesmo mencionando outros procedimentos e modelos de atuação em UBS, Lenara utiliza-se dos procedimentos à longo prazo, demonstra segurança no modelo tradicional que utiliza, parecendo assim, estar empenhada na busca de seu aprimoramento técnico e teórico, do que em outras possibilidades de atuação em saúde pública.

.. Eu falo assim que eu nunca trabalhei em breve, porque esse não era meu foco assim, eu queria entender como funcionava a mente humana, queria entender como eu trabalhava bem, essa era minha questão.

... Eu tive que trabalhar, eu acho que basicamente você tem que trabalhar, tem que atender... eu fiz muuuuuita supervisão psicanalítica. Desde o começo eu fazia supervisão na área psicanalítica, muita, muita mesmo. Semanalmente quando eu comecei, levava a maioria dos casos pra supervisão tal. Então assim, eu tive que ir atrás mesmo.

Verbaliza a necessidade de adaptação para atuar em saúde pública e a busca de cursos complementares após a graduação para seu trabalho em UBS. Comenta que a realidade de UBS exige procedimentos e manejos técnicos diferentes daqueles aprendidos na graduação.

... assim... como eu posso dizer... é que, na saúde pública você tem que se adaptar, sabe?

... Ah.. teve uma coisa assim, eu tive que buscar cursos porque eu tinha a base teórica sobre saúde pública, mas atuar com grupos, e com família, e atendimentos breves, eu só fui vivenciar fora da graduação. Tive que correr atrás de cursos pra suprir esses conteúdos se não, não dá conta aqui não. Eu lembro que meu supervisor me dizia: “vc. não sabe nada mesmo de psicoterapia...” nossa ele me colocava no chinelo (risos), acho que não foi tão ruim assim, isso fez com que eu fosse buscar a terapia (risos). Eu acho assim, que fui privilegiada na minha graduação, acho que lá foi assim, um iniciozinho para tudo, mas depois vc. tem que praticar, praticar e é só com prática, muita supervisão...

...Eu tive que trabalhar, eu acho que basicamente você tem que trabalhar, tem que atender... eu fiz muuuuuita supervisão psicanalítica. Desde o começo eu fazia supervisão na área psicanalítica, muita, muita mesmo. Semanalmente quando eu comecei, levava a maioria dos casos pra supervisão tal. Então assim, eu tive que ir atrás mesmo.

...Eu fiz até curso logo que sai da faculdade, fiz curso com o pessoal do Maurício Nóbél lá da fundação, com a Sueli Cabral, acho que é isso. Então eu tive assim algumas noções, passou bastante coisa de psicopatologia, eu lembro que foi uma das primeiras coisas que eu fiz quando morava na cidade Y. Foi bem legal, porque detalhou muita coisa de psicopatologia, né. Não é que é diferente assim da universidade, mas eu acho que a universidade dá um início, dá uma coisa muito básica né, que num dá pra você trabalhar sem buscar algo depois, isso não tem nem cabimento né, fora de cogitação né.

...É, pra mim acho que foi muito importante essa parte pra o atendimento clínico, a vivência depois da universidade, acho que foi muito fundamental. E eu que fui buscar.

Em relação ao modelo de atendimento adotado por Lenara na UBS, comenta a questão do prazo para atendimento, casos que podem ou não beneficiar-se com o processo. Segundo Lenara, caso o tratamento não seja concluído, ela atribui a dinâmica do paciente, a interrupção, ou desistência.

... Agora como, então assim, sei lá, se a gente, agora eu vou fazer relatório de morbidade, se eu for ve lá, deve ter muitos pacientes que eu atendo 30, 40 sessões, porque chega num ponto ai que o paciente não quer vir mais porque já deu né, ou porque sei lá. Então pode até ser que na formalidade, né se for olhar isso aparece a psicoterapia breve, aparece eu analisar o caso da pessoa que não tem condições de continuar, ai eu interrompo “ah então tá bom, já chegou tá, então é isso” que poderia ser alcançado com aquele paciente. Tem o paciente que desiste, mas ai eu acho que não é... acho que desistiu porque deu, porque deu o tanto que ele queria resolver o sintomazinho lá tal e ai, se aliviou, ou usou ali como um momento pra organizar, pra descarregar um pouco, desabafar um pouco, organizou um pouquinho e continua tocando a vida. Então eu acho

que não encaro isso como... como... uma técnica mal sucedida. Eu encaro, eu encaro isso, não fico pensando antes se eu vou atender o paciente por x, y tempo. Isso é um jeito que o pessoal trabalha, eu acho que é legal, mas talvez seja uma limitação minha, mas se eu vou atender sei lá o paciente por 30, 40 sessões ou um ano, eu não estipulo antes. Eu estipulo que tipo de intervenção que eu vou ter né, aí eu também estipulo o objetivo que eu vou ter, mas não o tempo assim. Acho que eu não sei bem porque eu não faço assim (risos).

Lenara fala das abordagens em que apóia sua atuação, e sobre seu processo de estudos. Sua performance em UBS, sustentada por uma abordagem tradicional, tem sido satisfatória para Lenara, pelo acúmulo de experiências e aprimoramentos que diz ter vivenciado.

... acho que a formação que eu tive depois, né, foi que, e o próprio trabalho né, foi tendo que me acrescentar, foi que me... deixaram mais afinada assim né. Como se você tivesse um instrumento meio bruto, daí você vai afinando, afinando até você chegar num tom né, que você consegue entender a música, que você consegue tocar a música lá como você quer. Então as minhas formações básicas, são sempre na psicanálise.

... e, ah...outra coisa, tive que rever muita coisa da linha né. Depois da graduação, descobri Winnicott, hoje, estou lendo Bion... que muda bastante sua visão de atendimento né.

Aham... é como eu te disse, eu vejo diferença... e muita de quem busca supervisão, formação... e tudo mais, de quem sai da faculdade e fica naquilo mesmo, ou só participa de uma discussão aqui e outra ali. É bom isso? é, faz diferença? faz. Mas eu vejo que a formação, a busca de refinamento depois da faculdade importantíssimo, importantíssimo.

2. Objetivo do psicodiagnóstico.

Lenara realiza o psicodiagnóstico valendo-se dos passos propostos pelo modelo clínico tradicional. Desta forma, ela apresentou uma seqüência bastante clássica, que utiliza em UBS.

... Então vamos supor, se é uma criança que eu vou fazer um diagnóstico para atender lá no posto, aí eu tenho os passos que eu costumo fazer. Entrevisto os pais, se os pais vier com a criança no primeiro atendimento, eu entrevisto a criança primeiro para ela não ficar lá fora esperando cheia de fantasias (risos), entrevisto a criança e marco um horário com os pais, para eles virem sem a criança, aí entrevisto os pais. Qual é o meu objetivo nesta entrevista. É levantar a queixa, o histórico da criança, é a... circunstância em que a queixa começou a aparecer, se tem relação com alguma coisa, a dinâmica da família, o dia a dia... o cotidiano da família, é... dados do desenvolvimento, vou tentando puxar o que aquilo tem a ver com a queixa, é... acho que basicamente isso. E ali eu tento perceber se tem uma disposição da família para o atendimento da criança, né? Se tem disposição pra família ser orientada, se modificar em alguma coisa. Isto já vai me orientar um pouco lá na entrevista devolutiva, ali eu já vou tentar desenhar a proposta de trabalhar com os pais mais a entrevista de modificação de alguma coisa do lar, tal, ou se é a criança mesmo. Até onde pode ir meu atendimento. E aí... depois eu faço o atendimento com a criança, faço A Hora de Jogo, Hora Lúdica, o contato com os brinquedos que tem lá no posto, que tem lá, daí testes, eu uso principalmente desenhos mesmo. A gente tinha alguns testes que foram recolhidos, dificilmente eu utilizo outros testes, só estes que dependem de mim e vai por aí. É... se tem queixa neurológica... estas questões, a gente avalia, e encaminha para o neurologista, pede laudo tal, geralmente eu peço relatório da escola, se tem queixa escolar. Isso tudo junto e faço o meu diagnóstico né? (risos).

3. A função do psicodiagnóstico.

Diz que a realização do psicodiagnóstico é para entender o que está acontecendo com a criança ou adolescente. Caso perceba maior abertura faz pontuações na primeira entrevista, ou perguntas mais diretas ao paciente.

... É essa forma de eu entender o que acontece com uma criança, ou com um adolescente, mais novo assim. Eu acho que é isso, como vou procurar entender o que está acontecendo. Nos pacientes adultos, idosos, ou o

que aparecer lá de outras idades, o que eu faço são entrevistas é... entrevistas no começo mais dirigida, depois entrevistas mais livre. A primeira, o primeiro contato é bem livre assim, naturalmente a pessoa vai, começa a falar sobre a queixa, é... se isso tem uma, uma um desenvolvimento bom na relação comigo, falamos sobre a queixa, a gente vai tentando fazer algumas pontuações, se não eu faço perguntas diretas sobre a história como é que foi, como começou tal.

4. Diferença entre o aprendizado na graduação e a realidade de trabalho em UBS.

Lenara diz não recordar-se muito como foi seu aprendizado na graduação, embora relate os fatos exatamente como apresentados na forma de ensino clássico do psicodiagnóstico. Cita no entanto, que usa menos testes do que aqueles que aprendeu no seu curso.

... a forma como eu aprendi na Universidade, por exemplo, com crianças, tinha mais testes né? de... inteligência e outras medições. De adulto também tinha outros testes de recursos, aprendi fazer os testes, mas aprendi nas disciplinas de testes. Nos estágios que eu fiz, não lembro assim de ter usado, por exemplo com adultos, não lembro de ter usado testes, lembro de entrevistas...

5. Busca de formação complementar para atuar em UBS.

Lenara diz ter buscado cursos e grupos de estudo após sua graduação. Diz também perceber que sua escuta e percepção dos pacientes antes eram mais superficiais, e que sua interação com o paciente hoje é baseada nos princípios da psicanálise.

... depois da faculdade eu estudei em grupos com estudo de casos, com Di Loreto, é muito bom porque vc. aprende a ouvir a fala dos pacientes e a sua reação, a sua sensação em relação ao que o paciente diz, eu uso muito né? Minha interação com ele, é a psicanálise né? Então é isto, eu fui construindo deste jeito, é diferente no aspecto da minha formação, talvez porque eu captava nos primeiros atendimentos que eu fiz, eu

tivesse menos percepção dos demais, era percebido de um jeito mais superficial...

... Acho que é necessário a busca de formação depois que sai da graduação, porque eu vejo que a forma de trabalho em saúde pública, é muito diferente do que aquela que atendemos na UPA. Eu vejo sim diferença de quem está aqui e faz supervisão, análise, de quem não faz né.

6. Mudanças na forma de realizar o psicodiagnóstico.

Falando sobre mudanças na percepção de sua atuação enquanto psicóloga clínica e de como essa mudança repercutiu na realização do psicodiagnóstico, Lenara diz que hoje vê o psicodiagnóstico como recurso importante para orientar o atendimento.

... acho que eu tinha compreensões é, mais superficiais né? Especialmente este grupo que eu fiz com o Di Loreto, que foram 8 anos, que trabalhamos estudo de casos, o caso clínico e a sua forma de compreender, especialmente este me deu o principal assim de amarrar as coisa, de como estou fazendo, pra que que estou fazendo, pra onde isso vai me levar. Uma pergunta não caiu bem para aquela pessoa, ela sentiu-se invadida, se eu tenho como me desculpar, ou me ajeitar, pra não estragar nossa relação. Já foi, se eu fui inabilidosa. Esta habilidade na entrevista, eu acho que adquirir muito com ele né?

... Ah... eu acho que o psicodiagnóstico é parte do atendimento mesmo, como é que eu vou atender uma pessoa sem saber como ela funciona? É, eu entendo que as entrevistas iniciais que eu tô chamando, o psicodiagnóstico que eu fui organizando desse jeito, elas me orientam naquilo que eu vou tomar de medida.

7. Diferença entre a clínica particular e a UBS.

Quando questionada sobre a população, a demanda e o fator tempo de atendimento nas duas dimensões, Lenara assinala diferenças de características sociais, culturais e econômicas da população, o que exige um trabalho maior de informações ou encaminhamentos para outros profissionais, ou para exames complementares. Não aponta

diferenças, ou mudanças nos procedimentos usados para realizar o psicodiagnóstico.

... Não, não... a minha cabeça funciona do mesmo jeito, o que eu vou fazer, como vou fazer...

... Bom... tem muita diferença, no começo a gente até tava comentando, o paciente que vai ao consultório particular, ele te procura mais informado, mais não quer dizer que ele esteja mais disposto. E outra coisa também, é que... as vezes o paciente do posto chega com uma série de outras demandas, outras questões, há... sei lá, com questões ou problema social, né? as vezes a gente fica sabendo que envolve bolsa escola, bolsa família... tem a questão social que vem com um acolhimento geral né? A pessoa as vezes não tem dinheiro pra comprar o remédio, vai no posto, troca a receita, tem uma dor de dente, você já diz pra procurar o dentista ali mesmo, ou voc. fica sabendo que a vacina da criança ta atrasada, a gente informa, e diz, vai lá é de graça, as vezes não tem nem fila, é falta de informação. Então, é isso que temos conversado aqui, é um cuidado com a saúde integral do indivíduo, olhar a saúde no geral. Questões de hormônio, no caso de depressão na mulher, a gente pede para o ginecologista, para ver se tem alguma coisa a ver com o hormonal, se é menopausa. É assim, você vai pegando o jeito, conforme vai atendendo. E isso é muito difícil aparecer no consultório particular, uma pessoa que não vai ao médico regularmente, ou um acompanhamento periódico, aparece, mas é bem menos. Outra coisa diferente também, é que, é a gravidade, eu acho. No posto, a gente vê pacientes mais graves, questões psiquiátricas inclusive. Assim, tem bastante diagnóstico de psicose, esquizofrenia, no consultório particular aparece, mas em termos de proporção, de cada 20 no particular 1 tem diagnóstico de esquizofrenia, mas no posto já 3,4 tem diagnóstico de esquizofrenia, tem bastante psicótico... ai é o momento que a gente vai fazer os encaminhamentos, ou atendo esporadicamente até o atendimento psiquiátrico, ou no caso de adaptação com a medicação. Neste caso, o atendimento vai ser bem diferenciado, que o diagnóstico me levou, vai ser orientação no sentido de acalmar, aplacar, tem que acalmar a família, orientar a tomar a medicação corretamente todos os dias, ai é um atendimento totalmente diferente. Eu

to lembrando agora que já tive pacientes assim na clínica particular, mais é bem menos.

Em síntese, Lenara parece depositar sua segurança nos procedimentos e na abordagem psicanalítica que utiliza nos atendimentos na UBS, mesmo diferenciando-se do modelo adotado de Psicoterapia Breve.

... E hoje, se vc. procura se aprofundar numa abordagem, como eu na psicanálise, você encarna aquilo sabe, o estopo da linha, e daí a sua prática. Apesar de estar numa unidade básica de saúde, sinto necessidade de ter uma abordagem e me aprofundar nela.

... Se eu comunicar vamos supor que eu to fazendo um trabalho que não seja, não é breve dentro da unidade por necessidade do paciente, por não ter aonde encaminhar, que você fica encaminhando, encaminhando o paciente e acaba não sendo atendido. Então tem essa abertura da gente fazer um trabalho mais sem um prazo determinado.

... foi na época do estágio, mas eu não fiz estágio de atendimento clínico na unidade de saúde. A gente fazia na clínica psicológica, na UPA lá né, na clínica da própria faculdade. É... agora nos estágios, eu fiz assim, trabalho de... com equipe. Então eu trabalhava por exemplo, acompanhava uma equipe de unidade básica, o trabalho de uma equipe de unidade básica dentro do posto, isso eu fiz, na escola, na unidade básica... mas atendimento mesmo, psicoterapia breve, tudo isso, eu não fiz nada disso na universidade. Então assim, noção de como era, a saúde pública, textos sobre a saúde pública, eu lembro que tive na universidade sim. Mas a questão clínica, eu acho que o que me ajudou mais foi a formação que eu tive depois.

Embora Lenara diga que a forma como aprendeu a realizar o psicodiagnóstico nas disciplinas da graduação já se distanciava do estágio clínico imposto pelo próprio curso, e que na UBS não utiliza o modelo de psicodiagnóstico aprendido, diz também que não recorda muito como foi seu aprendizado na graduação, mas que o modelo aprendido obedecia uma determinada sequência de procedimentos que deveriam ser cumpridos. Além disso, ao relatar como realiza o psicodiagnóstico na UBS, descreve a

sequência de procedimentos característicos do modelo tradicional de psicodiagnóstico.

... Isso, o cotidiano da família, é... dados do desenvolvimento, vou tentando puxar o que aquilo tem a ver com a queixa, é... acho que basicamente isso. E ali eu tento perceber se tem uma disposição da família para o atendimento da criança, né? Se tem disposição pra família ser orientada, se modificar em alguma coisa. Isto já vai me orientar um pouco lá na entrevista devolutiva, ali eu já vou tentar desenhar a proposta de trabalhar com os pais mais a entrevista de modificação de alguma coisa do lar, tal, ou se é a criança mesmo. Até onde pode ir meu atendimento. E aí... depois eu faço o atendimento com a criança, faço A Hora de Jogo, Hora Lúdica, o contato com os brinquedos que tem lá no posto, que tem lá, daí testes, eu uso principalmente desenhos mesmo. A gente tinha alguns testes que foram recolhidos, dificilmente eu utilizo outros testes, só estes que dependem de mim e vai por aí. É... se tem queixa neurológica... estas questões, a gente avalia, e encaminha para o neurologista, pede laudo tal, geralmente eu peço relatório da escola, se tem queixa escolar. Isso tudo junto e faço o meu diagnóstico né? (risos).

Lenara realiza o psicodiagnóstico na UBS de forma bastante tradicional, ou seja, entrevistas iniciais com os pais, sessões de observação lúdica e de testes com a criança, devolutiva e orientações com os pais.

... O diagnóstico pode ser mais detalhado ou menos detalhado. Então vamos supor, se é uma criança que eu vou fazer um diagnóstico para atender lá no posto, aí eu tenho os passos que eu costumo fazer. Entrevisto os pais, se os pais vier com a criança no primeiro atendimento, eu entrevisto a criança primeiro para ela não ficar lá fora esperando cheia de fantasias (risos), entrevisto a criança e marco um horário com os pais, para eles virem sem a criança, aí entrevisto os pais. Qual é o meu objetivo nesta entrevista. É levantar a queixa, o histórico da criança, é a... circunstância em que a queixa começou aparecer, se tem relação com alguma coisa, a dinâmica da família, o dia a dia... não, como se diz é...

Em nenhum momento da entrevista, Lenara mencionou dificuldades em realizar o psicodiagnóstico desta forma. Diz que os procedimentos clínicos e principalmente o psicodiagnóstico, ela foi construindo ao longo de alguns anos de prática, e assim, passou de uma atuação superficial para uma mais profunda, sempre sustentada pela psicanálise.

... Ah sim, porque eu aprendi tudo que foi necessário na graduação, mas era tudo numa ordem certinha que tínhamos que cumprir, uma sequência né, com o Di Loreto, no grupo que eu tinha com ele, tá, era muito bom porque uma anamnese, o próprio psicodiagnóstico, era visto de outra forma, o significado das perguntas que eu fazia na anamnese, o teste que eu aplicava e as indagações tinha um sentido mais, como eu posso te dizer, não é que antes não tinha sentido, mas é que... eu passei a entender melhor o por que perguntar aquilo sabe? Eu acho que não estava encarnado em mim, qualquer abordagem que vc. utiliza desde que seja as clássicas, se vc. segue um rigor daquilo, porque mesmo na graduação eu sempre fiz tudo, ou procurei fazer as correções de um teste, uma análise com rigor.

... Não... não, acho que eu tinha compreensões é, mais superficiais né? Especialmente este grupo que eu fiz com o Di Loreto, que foram 8 anos, que trabalhamos estudo de casos, o caso clínico e a sua forma de compreender, especialmente este me deu o principal assim de amarrar as coisa, de como estou fazendo, pra que que estou fazendo, pra onde isso vai me levar. Uma pergunta não caiu bem para aquela pessoa, ela sentiu-se invadida, se eu tenho como me desculpar, ou me ajeitar, pra não estragar nossa relação. Já foi, se eu fui inabilidosa. Esta habilidade na entrevista, eu acho que adquiri muito com ele né?

Lenara apoia o seu procedimento psicodiagnóstico na sua experiência clínica, nos recursos teóricos e técnicos, e no manejo dos procedimentos que utiliza.

... Nossa... no início eu lembro que aquilo que eu pensava sobre um procedimento ali, numa sequência assim né, legalzinha, bunitinha como aprendi, era só uma base mesmo. Porque depois, eu fui aprendendo no curso que eu procurei, em supervisão de casos como é mais complexo, e

eu estava crua, tinha... eu tinha até vergonha de falar o que eu achava do caso né. Porque assim... eu só via o superficial da coisa né. Mas com o grupo, isso ampliou e aprofunda né.

Ao relatar como realiza o psicodiagnóstico, Lenara coloca mais ênfase no papel do psicólogo do que no do paciente. Sustenta que o objetivo na realização do psicodiagnóstico é entender o que está acontecendo com a criança ou adolescente para orientar-se quanto ao atendimento.

... Ah... eu acho que o psicodiagnóstico é parte do atendimento mesmo, como é que eu vou atender uma pessoa sem saber como ela funciona? É, eu entendo que as entrevistas iniciais que eu tô chamando, o psicodiagnóstico que eu fui organizando desse jeito, elas me orientam naquilo que eu vou tomar de medida. Se eu faço esta entrevista e a pessoa ta apresentando uma série de... de transtornos psiquiátricos, confusa, delirando... eu não vou propor uma psicoterapia breve para ela, tem casos mais... radicais vamos dizer assim. Se a pessoa vem num estado depressivo, que não tem condições nem pra falar, e tal, vc. tem que encaminhar para uma medicação, marcar um outro horário, vc. tem que ser mais ativa na sessão. Se é uma pessoa que está mais organizada, como eu posso falar, mais... mais... com conflitos neuróticos, e o que a gente vai... vai conversar, vai... vai... ser num nível, como eu poderia dizer, mais interpretativo, mais provocativo, dá pra fazer mais amarrações, mais apontamentos. Isto então me orienta como eu vou trabalhar com o paciente, se vou precisar de ajuda, se eu vou poder tocar o caso sozinha né? Isto pra mim é o sentido do psicodiagnóstico.

No entanto, caso perceba maior abertura por parte do paciente, já nas primeiras entrevistas faz pontuações, ou perguntas mais diretas para o paciente, assegurada pelos recursos teóricos e técnicos, e sua experiência profissional.

... É essa forma de eu entender o que acontece com uma criança, ou com um adolescente, mais novo assim. Eu acho que é isso, como vou procurar entender o que está acontecendo. Nos pacientes adultos, idosos, ou o

que aparecer lá de outras idades, o que eu faço são entrevistas é... entrevistas no começo mais dirigida, depois entrevistas mais livre. A primeira, o primeiro contato é bem livre assim, naturalmente a pessoa vai, começa a falar sobre a queixa, é... se isso tem uma, uma um desenvolvimento bom na relação comigo, falamos sobre a queixa, a gente vai tentando fazer algumas pontuações, se não eu faço perguntas diretas sobre a história como é que foi, como começou tal. Não uso nenhum teste com adulto, é muito difícil usar testes, me baseio nas minha formação mesmo de 15 anos.

Um ponto que ficou presente em várias falas de Lenara foi a necessidade de assegurar-se em um modelo clínico tradicional com sustentação na psicanálise. Mesmo verbalizando as limitações em determinadas situações do emprego deste modelo, ela acredita nesta forma de atendimento. O rigor científico e metodológico, assim como os vários anos de análise, supervisão e experiência clínica, lhe conferiram um refinamento e aprofundamento técnico para melhor entender o paciente.

... E hoje, se vc. procura se aprofundar numa abordagem, como eu na psicanálise, você encarna aquilo sabe, o estopo da linha, e daí a sua prática. Apesar de estar numa unidade básica de saúde, sinto necessidade de ter uma abordagem e me aprofundar nela, mas... assim... como eu posso dizer... é que, na saúde pública você tem que se adaptar, sabe?

... outra coisa, tive que rever muita coisa da linha né. Depois da graduação, descobri Winnicott, hoje, estou lendo Bion... que muda bastante sua visão de atendimento né.

... Aham... é como eu te disse, eu vejo diferença... e muita de quem busca supervisão, formação... e tudo mais, de quem sai da faculdade e fica naquilo mesmo, ou só participa de uma discussão aqui e outra ali. É bom isso? é, faz diferença? faz. Mas eu vejo que a formação, a busca de refinamento depois da faculdade importantíssimo, importantíssimo.

... Ah sim, esse modelo que eu to falando assim avaliar, objetivos, e sem determinar o tempo, acho que isso eu tenho desde o tempo da universidade, dos casos lá. Mas eu acho que... é... acho que a formação

que eu tive depois, né, foi que, e o próprio trabalho né, foi tendo que me acrescentar, foi que me... deixaram mais afinada assim né. Como se você tivesse um instrumento meio bruto, daí você vai afinando, afinando até você chegar num tom né, que você consegue entender a música, que você consegue tocar a música lá como você quer. Então as minhas formações básicas, são sempre na psicanálise, eu fiz grupo do... com o Di Loretto muitos anos, é eu até trouxe aqui meu currículo (risos), o básico. ... É... oito anos, fiz grupo com ele oito anos, faço análise também a oito anos, e... o Di Loretto trabalha muito com a questão do método né de como você avalia, essa parte que falamos sobre o psicodiagnóstico, nossa é uma discussão tão loooooonga, suuuuper detalhada, acho que ele é uma pessoa super pacienciosa até. Porque a gente lembra assim das coisas que a gente pensava quando começou com ele e quando terminou, é totalmente diferente.

Lenara verbaliza outras modalidades de intervenções como a psicoterapia breve, apoio, aconselhamento, mas retoma a forma de procedimentos da clínica tradicional, como base segura de respaldo teórico – metodológico, adquirida através da experiência profissional e competências pessoais.

... Esses outros, trabalhos, ainda não era psicoterapia breve. Era trabalho de apoio, de aconselhamento, de orientação de grupos tal, ai foi outra linha né. Eu to falando mais porque você da outra vez me perguntou do psicodiagnóstico né?

... Assim, tem uma orientação pra gente trabalhar em cima da psicoterapia breve, é um consenso. Mas eu posso trabalhar de outra forma, desde que esteja dentro das normas da secretaria de saúde. Se eu comunicar vamos supor que eu to fazendo um trabalho que não seja, não é breve dentro da unidade por necessidade do paciente, por não ter aonde encaminhar, que você fica encaminhando, encaminhando o paciente e acaba não sendo atendido. Então tem essa abertura da gente fazer um trabalho mais sem um prazo determinado.

... Eu na verdade nunca trabalhei com psicoterapia breve, como é feito pela maioria dos psicólogos da saúde pública. Mas eu nunca, nunca focalizei assim nessa técnica.

A Universidade proporcionou a Lenara, uma formação com base para atuar dentro de um modelo clínico tradicional. Para atuar em UBS, ela tenta adaptar este modelo às demandas tais como: grupos, famílias, atendimentos breves, etc. Para isto, Lenara sempre buscou supervisões, cursos e grupos de estudos. As supervisões e grupos de estudos, proporcionaram à ela, um aprofundamento nos procedimentos técnicos e nos atendimentos individuais conforme já vivenciados em sua graduação, ou seja, num modelo clínico tradicional. Referente ao curso mencionado por Lenara, o de Psicoterapia Breve que realizou, não adotou esta forma de realizar seus atendimentos.

... foi na época do estágio, mas eu não fiz estágio de atendimento clínico na unidade de saúde. A gente fazia na clínica psicológica, na UPA lá né, na clínica da própria faculdade.

... Então assim, noção de como era, a saúde pública, textos sobre a saúde pública, eu lembro que tive na universidade sim. Mas a questão clínica, eu acho que o que me ajudou mais foi a formação que eu tive depois.

... Eu falo assim que eu nunca trabalhei em breve, porque esse não era meu foco assim, eu queria entender como funcionava a mente humana, queria entender como eu trabalhava bem, essa era minha questão.

... É... então... isso que você falou assim de impacto do trabalho na saúde pública, eu acho que... eu tive mais dificuldade de técnica mesmo assim, não de... me localizar sobre como era a saúde pública, quais eram os princípios, isso acho que não. Eu tive mais dificuldade de técnicas, porque a gente sai bem sem... sem... noção mesmo, tem que se adaptar. Acho que é necessário a busca de formação depois que sai da graduação, porque eu vejo que a forma de trabalho em saúde pública, é muito diferente do que aquela que atendemos na UPA. Eu vejo sim diferença de quem está aqui e faz supervisão, análise, de quem não faz né.

Lenara diz não encontrar dificuldades, nem problemas para utilização do modelo clínico que adotou nas atividades que realiza em UBS. Porém, ao

constatar em seus relatórios casos de desistência ou pedidos de desligamentos, ela não atribui como insucesso da técnica ou do modelo empregado, mas sim às condições, aos limites e a própria dinâmica do paciente.

... Agora como, então assim, sei lá, se a gente, agora eu vou fazer relatório de morbidade, se eu for ver lá, deve ter muitos pacientes que eu atendo 30, 40 sessões, porque chega num ponto aí que o paciente não quer vir mais porque já deu né, ou porque sei lá. Então pode até ser que na formalidade, né se for olhar isso apareça a psicoterapia breve, aparece eu analisar o caso da pessoa que não tem condições de continuar, aí eu interrompo “ah então tá bom, já chegou tá, então é isso” que poderia ser alcançado com aquele paciente.

Mesmo verbalizando diferenças do modelo clínico aprendido na graduação e necessidades de adaptações para atuar em saúde pública, Lenara acredita que trabalhar com uma técnica profundamente, significa empregar procedimentos que dêem à ela respaldo para intervenções num modelo de clínica clássica, o que significa atendimentos individuais em sua maioria e a longo prazo.

... Então, como o trabalho que eu fiz de atendimento clínico foi na UPA, e não tinha prazo determinado de atendimento, e aí já era em psicoterapia de base analítica, não era uma análise, mas era uma psicoterapia de base analítica, inclusive tinha uma paciente que vinha mais de uma vez por semana, acho que vinha duas vezes por um tempo. Então era, era... a vivência que eu tive era próxima do que eu tinha que ter na saúde, e em termos técnicos de psicoterapia, atendimento clínico sim. Esses outros, trabalhos, ainda não era psicoterapia breve. Era trabalho de apoio, de aconselhamento, de orientação de grupos tal, aí foi outra linha né

... Se eu comunicar vamos supor que eu to fazendo um trabalho que não seja, não é breve dentro da unidade por necessidade do paciente, por não ter aonde encaminhar, que você fica encaminhando, encaminhando o paciente e acaba não sendo atendido. Então tem essa abertura da gente fazer um trabalho mais sem um prazo determinado.

Lenara não considera a possibilidade da desistência ou abandono do tratamento estar refletindo uma limitação ou até inadequação do modelo utilizado não dar conta da demanda em UBS, uma vez que ela não vê nenhum problema na forma em que atua.

... Tem o paciente que desiste, mas aí eu acho que não é... acho que desistiu porque deu, porque deu o tanto que ele queria resolver o sintomazinho lá tal e aí, se aliviou, ou usou ali como um momento pra organizar, pra descarregar um pouco, desabafar um pouco, organizou um pouquinho e continua tocando a vida. Então eu acho que não encaro isso como... como... uma técnica mal sucedida. Eu encaro, eu encaro isso, não fico pensando antes se eu vou atender o paciente por x, y tempo. Isso é um jeito que o pessoal trabalha, eu acho que é legal, mas talvez seja uma limitação minha, mas se eu vou atender sei lá o paciente por 30, 40 sessões ou um ano, eu não estipulo antes. Eu estipulo que tipo de intervenção que eu vou ter né, aí eu também estipulo o objetivo que eu vou ter, mas não o tempo assim. Acho que eu não sei bem porque eu não faço assim (risos).

CONCLUSÕES

1. Formação e a realidade de trabalho em UBS

A partir dos contatos que tive com psicólogos que atuam em UBSs com o intuito de buscar compreender como realizam o psicodiagnóstico, pude perceber que um fator importante foi citado em todas as entrevistas: a formação não forneceu recursos suficientes para o psicólogo atuar em UBSs. Este fato foi revelando uma realidade que se reflete diretamente na realização do psicodiagnóstico pelos psicólogos em UBSs. Esta questão da formação do psicólogo e de sua atuação em Saúde Pública é apontada por vários autores, como ANCONA-LOPEZ (1986), BOARINI (1995), BOCK (2007), DIMENSTEIN (1998), SILVA (1988), VELASQUES (2004) e outros. Esses autores apontam, há mais de vinte anos, para a necessidade de mudanças na formação que se reflitam no modo de atendimento aos clientes, assim como nas questões teórico-metodológicas oferecidas nos cursos de graduação, para sustentar mudanças necessárias à atuação do psicólogo em Saúde Pública, entre outras áreas. No entanto, observa-se que essas mudanças não ocorreram. Talvez, o fato dos professores não terem sido preparados para essa atuação dificulte a introdução desses conteúdos no curso.

A análise das entrevistas mostra que a formação dos psicólogos entrevistados deu base e apoio para atuar em um modelo de clínica particular, mas não para atuar na rede pública. As psicólogas entrevistadas mostram que a visão teórica e prática oferecida em seus cursos foi distante do universo da Saúde Pública, sem que lhes fosse dada nenhuma noção que permitisse atuar em instituições. Elas estão conscientes das falhas na formação e citam conteúdos que poderiam ter sido úteis para esse trabalho, como: políticas públicas de saúde e práticas institucionais, assim como falam de conteúdos oferecidos que elas consideram importantes, mas que foram insuficientemente abordados, entre eles: psicologia social, psicoterapia breve, aconselhamento, psicoterapia familiar, de casal.

ANCONA-LOPEZ (1995), a partir de sua pesquisa sobre o atendimento psicológico em clínicas-escola no estado de São Paulo, destaca que os serviços prestados neste setor pelos estagiários refletia o ensino da maioria

dos cursos de graduação em Psicologia no País. Os psicólogos tendiam a aplicar os procedimentos aprendidos à população que buscava os serviços da clínica-escola sem considerar a conveniência dessa aplicação.

Segundo BOCK (2007), o estágio deve ser uma oportunidade para o aluno ter um contato problematizador com a realidade, ao contrário do que vemos acontecer. Em um movimento invertido, ensinam-se as técnicas e elas são treinadas no estágio. O estágio parece ter se restringido a “colocar em prática”, o aprendizado da graduação. No caso do ensino do psicodiagnóstico, o aluno aprendeu em disciplinas a aplicar testes, fazer uma anamnese, analisar os testes, fazer devolutivas e encaminhamentos, e passa a reproduzir esses procedimentos em diferentes contextos sem analisar se eles são ou não necessários e se são ou não a melhor opção para sua ação, conforme foi descrito pelas entrevistadas.

De acordo com pesquisa realizada em UBSs por BOARINI (1991), as dificuldades que os psicólogos enfrentam são percebidas como decorrentes de defasagem na sua formação profissional. Algumas destas dificuldades são retratadas como decorrentes da fragmentação com que os conhecimentos acadêmicos são oferecidos, da transmissão com base no modelo de trabalho clínico em consultório particular e do distanciamento da visão do professor da realidade do trabalho em Saúde Pública.

Uma das entrevistadas comenta que enfrentou conflitos quando se deparou com situações nas quais não pôde usar os modelos clínicos como lhe foram ensinados. Vê que algumas situações não se encaixam nas divisões clássicas da psicologia - educacional, clínica e organizacional - mas são híbridas. Diz que na prática percebe a necessidade de trabalho em grupo e de conhecimentos da psicologia social que vê como mais adequados ao trabalho em Saúde Pública.

Outra entrevistada diz que o curso de graduação em Psicologia apresentou noções de Saúde Pública, mas não trabalhou a necessidade de

atuações diferentes em distintos contextos de atuação. As poucas noções teóricas que teve sobre Saúde Pública não foram vivenciadas na prática.

As entrevistadas, comparando o atendimento oferecido na clínica particular com aquele ofertado em Saúde Pública, questionam a validade do uso do modelo tradicional do psicodiagnóstico e de outros procedimentos clássicos da psicologia clínica nas UBSs. Sentem que as realidades são muito diferentes e os procedimentos, por isso mesmo, não devem ser os mesmos. Buscam adaptar à realidade das UBSs os modelos aprendidos na graduação, assim como o psicodiagnóstico, mas se sentem inseguras.

Constatam que não temos nos currículos dos cursos de Psicologia um espaço que proporcione ao aluno debater, refletir, pesquisar e propor projetos no âmbito da Saúde Pública. Apontam que não há nos cursos de graduação projetos e pesquisas voltados para questões sociais que envolvam a Saúde Pública, disciplinas com conteúdos que proporcionem debates e reflexões sobre o compromisso social do psicólogo, assim como espaço nas supervisões para problematizações e busca de outras possibilidades de atuação.

Cabe ressaltar que o sentimento que emerge dessa realidade de trabalho em UBSs, segundo as psicólogas, é a de insegurança na aplicação dos procedimentos do psicodiagnóstico, entre outros. Desta forma, quando não se apegam ao uso de procedimentos tradicionais, tomam iniciativas isoladas e se sentem culpadas por não usarem o psicodiagnóstico da forma como o aprenderam na graduação. Nesta situação, sentem-se confusas quanto ao papel do psicólogo em UBSs, e com a sua identidade de psicólogas clínicas.

Segundo BOCK (2007), a tradição clínica voltada em grande parte à patologia e à cura distanciou a psicologia da possibilidade de contribuir para a transformação social e a construção de condições dignas de vida. Para a autora, é preciso um rompimento desta tradição, a fim de buscar uma formação que pense o sujeito inserido em sua realidade social e assim crie condições para a formação de um profissional comprometido com as urgências da sociedade brasileira.

BOCK (2005) chama a atenção para a necessidade de revisão dos conhecimentos e práticas psicológicas a partir de noções que entendam o homem como um ser constituído ao longo de sua própria vida, ao longo de sua ação sobre o mundo, na interação com os outros homens, inserido em uma cultura que acumula e contém o desenvolvimento de gerações anteriores. Estas perspectivas fortalecem o vínculo da psicologia com a sociedade na qual se insere a prática do psicólogo.

2. Recursos para atuar em UBSs

Apesar da insuficiência dos recursos disponibilizados durante a graduação para atuar em UBSs, as psicólogas tentam adaptar procedimentos clínicos como o psicodiagnóstico às suas condições de trabalho e buscam complementar sua formação com outros cursos e estudos.

ANCONA-LOPEZ (1995) demonstrou ser possível desenvolver outras formas de realizar o psicodiagnóstico em instituições, entre outras, processos de psicodiagnóstico interativo e de psicodiagnóstico grupal.

No caso do psicodiagnóstico nas UBSs, as entrevistadas desenvolveram em seus cursos um olhar que se volta para aquilo que destoa dos padrões de comportamento considerados saudáveis. Este olhar técnico e voltado à doença desconsidera, no psicodiagnóstico, o efeito das condições sociais.

Os estágios e as supervisões deveriam possibilitar espaços de debate e de avaliação do que é aprendido, discutir e refletir sobre a realidade, tornando nossos saberes adequados ao contexto em que se apresentam.

Observa-se também a necessidade de conhecer diferentes estratégias de atendimento clínico para efetuar atendimentos e encaminhamentos adequados. As entrevistadas apontam a necessidade de ter conhecimento de “tudo” - psicopatologia, psicoterapia breve, aconselhamento, psicoterapia familiar, de casal, etc. Falam da importância de terem experiências e contato com essas diferentes modalidades de atendimento na graduação.

BOCK (2005) defende uma formação em Psicologia que não se limite a aplicar bem os procedimentos já prontos, mas se constitua como um exercício permanente de busca de compreensão sobre a realidade.

Além disso, é preciso lembrar que as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Psicologia no País (Resolução Nº 8/2004), acentua a necessidade de uma formação que se desenvolva em espaços de pesquisa e de reflexão, sobre projetos necessários para a sociedade; de uma formação plural e generalista, que apresente aos alunos o maior número de linhas teóricas e abordagens da psicologia, ensine as mais variadas técnicas, a aplicação em vários campos, privilegie a ética e torne os estágios espaços de contato problematizador.

As Diretrizes Curriculares propõe, ainda, uma formação dotada de uma perspectiva histórica, que coloque o aluno diante do conhecimento, de modo a entendê-lo como algo construído no decorrer do tempo pelos homens, para que possam responder às questões da sociedade.

BOCK (2005) considera que apesar das propostas das Diretrizes, grande parte dos recursos adotados pelos psicólogos, mesmo as tentativas de modificação e adaptação à realidade na qual estão inseridos, tem como base o modelo de atendimento tradicional e, em geral, são procedimentos individuais e desenvolvidos a longo prazo.

3. A utilização do psicodiagnóstico em UBSs

Na busca por entender como os psicólogos elaboram o psicodiagnóstico, chamou-me a atenção a função atribuída a esse processo pelas psicólogas. Para uma das entrevistadas, ele serve, basicamente, para proceder a encaminhamentos; no entanto, essa função muitas vezes não tem efeito, pois há dificuldades em efetuar-los. Muitas vezes, pacientes são encaminhados para outros setores, mais adequados ao seu caso, mas, por falta de vagas, acabam voltando para a UBS. Outra entrevistada diz que hoje vê o psicodiagnóstico

como recurso importante para orientar seu atendimento; mas sente-se desmotivada por não conseguir atuar nesse processo com os instrumentos que lhe foram oferecidos na graduação. Tenta adaptar o psicodiagnóstico, mas termina por repetir a sequência aprendida na graduação, e o faz de forma incompleta, já que não tem nem os instrumentos nem o tempo exigido pelo processo tradicional.

As entrevistadas consideram que o psicodiagnóstico é útil para entenderem o que está acontecendo com o paciente e orientá-las quanto a atendimentos posteriores, mas que, por falta de tempo e de condições por parte da instituição e da família, este procedimento na maioria das vezes se perde.

Outra psicóloga relata ter tido um choque ao se deparar com a diferença entre os instrumentos oferecidos no curso de graduação para a realização do psicodiagnóstico e aqueles disponíveis na realidade da instituição pública. Ela acredita que, se tivesse todos os materiais lúdicos, os testes psicológicos, um espaço “mais adequado” e recursos para encaminhamentos, sua atuação seria mais adequada.

SANTIAGO (1995), ao discutir alguns modelos de psicodiagnóstico utilizados em clínicas particulares e em instituições, aponta para os questionamentos enfrentados pelos psicólogos quanto à finalidade, ao papel e à utilidade do psicodiagnóstico.

Para SANTIAGO, existe a necessidade de se reverem antigas concepções, que encaram o psicodiagnóstico apenas como referencial para o encaminhamento de pacientes, como forma de compreendê-lo e como crença na não-intervenção neste procedimento.

Em suma, o modelo de psicodiagnóstico utilizado nas UBSs prioriza o atendimento individual desenvolvido em determinado número de sessões. O processo é longo, e resulta em filas de espera e grande número de desistências, como apontam vários estudos; ou seja, apesar de inúmeros

trabalhos demonstrarem a pouca eficácia desta forma de diagnosticar, prevalecem os mesmos procedimentos da clínica particular nas instituições de Saúde Pública.

Com base nos recursos adquiridos na formação, as psicólogas analisam e avaliam seus pacientes visando a um diagnóstico que aponte os aspectos patológicos e comprometidos de sua personalidade e indique também que procedimentos adotarão para o tratamento. Mesmo buscando adaptar o psicodiagnóstico à realidade das UBSs, continuam avaliando formalmente o paciente pelo mesmo processo usado na clínica particular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando iniciei a caminhada para a realização desta tese, buscava conhecer um pouco mais a realidade dos profissionais que atuam em UBSs e realizam procedimentos clínicos no atendimento a uma população grande que busca ou é encaminhada para os serviços de psicologia.

No trajeto deste trabalho, ao entrar em contato com as psicólogas e com as UBSs, fui percebendo quanto do meu trabalho como docente do curso de psicologia estava implicado no processo que se desvendava no decorrer das entrevistas, do referencial teórico, das análises e, por fim, das conclusões.

Ao mesmo tempo em que colocava em suspenso meus conhecimentos teóricos e saberes, era tomada por uma nova forma de ver a realidade em que se configurava a prática das entrevistadas e de compreender as razões subjacentes ao modo de realizar o psicodiagnóstico nas UBSs. Essa realidade permitiu questionar minha atuação como professora, supervisora, psicóloga clínica e coordenadora de curso, e repensar as mudanças urgentes de que necessitam nossos cursos de Psicologia.

Senti a importância de concretizar a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Psicologia, principalmente adequar os procedimentos clínicos voltados às políticas públicas inseridos em uma formação plural e generalista.

Acredito que muitas adequações serão necessárias para que o profissional a ser formado vivencie na graduação experiências e discussões que possam dar sustentação, como também postura ética e reflexiva para atuar em Saúde Pública.

No que diz respeito ao psicodiagnóstico, é necessária uma revisão urgente do seu ensino nos cursos de psicologia, principalmente nos aspectos que envolvem as pesquisas, os debates e as reflexões advindos do contato dos

alunos com a realidade social e com as políticas de saúde. A prática destas discussões com o aluno, somada à revisão dos conteúdos ensinados, certamente contribuirá para a transformação da realidade dos estágios de nossos cursos.

Acredito que a universidade deve ser o lugar do aprendizado no sentido de construir um projeto que, além de promover o fazer psicológico, também considere questões técnicas e teóricas e busque o bem-estar coletivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHCAR, Rosemary (org.). Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1994.

ADRADOS, Isabel. Manual de psicodiagnóstico e diagnóstico diferencial. Petropolis: Vozes, 1980.

ANASTASI, Anne e URBINA, Susana. Testagem Psicológica. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

ANCONA-LOPEZ, Marília. Atendimento a pais no processo psicodiagnóstico infantil: Uma abordagem fenomenológica. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1987.

ANCONA-LOPEZ, Marília (org.). Psicodiagnóstico: processo de intervenção. São Paulo, Cortez, 1995.

ARZENO, Garcia Maria Esther. Psicodiagnóstico Clínico: novas contribuições. Porto Alegre Artes Medicas, 1995.

AZZI, Roberta Gurgel. As mudanças no ensino superior brasileiro em discussão no interior do FENPB: informes sobre atividades já realizadas. ABEP, 2007.

BASTOS, Antônio V. B. Concepções e Atividades Emergentes na Psicologia Clínica: Implicações para a formação. In: Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1994.

BION, W.R. Conversando com Bion. Rio de Janeiro, Imago, 1997.

BOCK, Ana Mercês Bahia. Reforma Universitária: alguns critérios para análise. ABEP, 2007.

_____. Novo projeto para a profissão no Brasil: contribuições para a formação. ABEP, 2005.

BLEGER, J. Psico-higiene e psicologia institucional. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.

BOARINI, Maria Lúcia, et al. A atuação do psicólogo em unidades básicas de saúde: algumas notas. **Cadernos de metodologia e Técnica de Pesquisa**. Universidade Estadual de Maringá – vol. 5, n. 6, 1995.

_____. A Formação necessária do psicólogo para atuar na saúde pública. **Psicologia em Estudo**. Universidade Estadual de Maringá – vol. I, n. 1 (jan/jun/ 1996).

BRAIER, E.A. Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

CARACUSHANSKY, Sophia Rozzana. A Terapia Mais Breve Possível. São Paulo, Ed. Summus, 1990.

CATAFESTA, I.F.M. Intervenções no desenvolvimento psicológico: um trabalho preventivo. Tese de Doutorado, IP-USP-SP, 1992.

CERQUEIRA, L. Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental. Rio de Janeiro, Atheneu, 1984.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Políticas Públicas e Intersectoriais: esse é o caminho. Jornal do Federal, Agosto, 2008.

CONTINI, M. L. J. O Psicólogo e a Promoção de Saúde na Educação. São Paulo, Casa do psicólogo, 2001.

CORDIOLI, Aristides, V. Psicoterapias: abordagens atuais. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

CUNHA, Jurema Alcides. Psicodiagnóstico-V. Porto Alegre, Artmed, 2002.

DELEFOSSE, M. S, ROWAN, G. et coll. Les Méthodes Qualitatives em Psychologie. Dunod, Paris, 2001.

DELGADO, P. G. G. Perspectiva da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In S. A. Tundis & N. R. Costa (Org.) **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis, Vozes/ ABRASCO, 1992.

DIMENSTEIN, Magda Diniz. O Psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, vol. 3 nº 1 Natal, jan/jun 1998.

_____ e BEZERRA, Edilane. Os CAPS e o trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. Revista **Psicologia Ciência e Profissão**, ano 28, n. 3. Conselho Federal de Psicologia, 2008.

DURAN, Alvaro Pacheco. Alguns Dilemas na Formação do Psicólogo: Buscando Sugestões para Superá-los. In: Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1994.

EPSTEIN, N. Brief group therapy in a child guidance clinic. *Social Work*, 1970, 15:33-38.

FIORINI, H. Teoria e Técnicas Psicoterápicas. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1985.

FISCHER, Constance. Paradigm Changes Which allow Sharing of Results. **Professional Psychology**, 3,4, 1972.

_____ . "Personality and Assessment". In R. Valle & King (Eds), **Existential – Fenomenological Alternatives for Psychology**. New York, Oxford University, Press, 1978.

_____ . "Individualized assessment and phenomenological psychology". **Journal of Personality Assessment**, 43 (2), 1979.

_____ . "A life-centered approach to psychodiagnostics". **Person-centered Review**, vol. 4 nº 2, 1979.

FORGHIERI, Y. C. Psicologia Fenomenológica: Fundamentos, Método e Pesquisa. São Paulo, Pioneira, 1993.

FRIENDENTHAL, H. Interrogatório, test de limites y señalamientos em el test de relaciones objetales. Buenos Aires, 1976.

GIORGI, Amedeo. Phenomenological Psychology, in Smith et al (ed) **Rething Psychology**, London, Sage Publication, 24-42, 1995.

GONGORA, Maura Alves Nunes. Estudo e implantação de modalidades mais ágeis de atendimento em clínica-escola. VII SIMPÓSIO DE PESQUISA E INTERCÂMBIO CINTÍFICO. São Paulo, 2006.

GUZZO, Raquel L. Reforma Universitária, Universidade Nova e o futuro da Psicologia. ABEP, 2007.

KUDE, Vera Maria Moreira. Como se faz análise de dados na pesquisa qualitativa em psicologia. **REVISTA PSICO**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, pg. 183-202, jul/dez. 1997.

LO BIANCO, Anna Carolina. Concepções e Atividades Emergentes na Psicologia Clínica: Implicações para a formação. In: Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1994.

LOUGON, M. Desistitucionalização da assistência psiquiátrica: uma perspectiva crítica. **PHYSIS- Revista de Saúde Coletiva**, 2, 1993.

MASSIMI, Marina e GUEDES, Maria do Carmo. História da Psicologia no Brasil: Novos Estudos, São Paulo, Editora Cortez, 2004.

MEC/CNE. Parecer CNE/CES N° 0062/2004. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Psicologia. Disponível em: www.mec.gov.br

MEC/CNE. Resolução N° 08/2004. Disponível em: www.mec.gov.br

MEC/CNE. Parecer CNE/CES N° 153/2007. Disponível em: www.mec.gov.br

MITO, Tereza Iochico Hatae. Psicoterapia Breve Infantil: Contribuições para o Delineamento do Processo. Tese de Doutorado, PUC-SP, 1996.

NUNES, Maria Lúcia Tiellet. Concepções e Atividades Emergentes na Psicologia Clínica: Implicações para a formação. In: Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1994.

OCAMPO, Maria Luisa Siquier de. O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas. São Paulo, Martins Fontes, 1981.

OCAMPO, Maria Luisa Siquier de. O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas. São Paulo, Martins Fontes, 1995.

PASQUALI, Luiz. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

PIMENTEL, Adelma. Psicodiagnóstico em Gestalt-terapia. São Paulo, Summus, 2003.

RANGÉ, Bernard. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2001.

SCHULTZ, D e SCHULTZ, E. História da Psicologia Moderna. São Paulo, Pioneira, 2005

SILVA, R. C. O trabalho do psicólogo em centros de saúde: algumas reflexões sobre as funções da psicologia na Atenção Primária à Saúde. Tese de Doutorado, IPUSP, 1988.

SILVA, Rosalina Carvalho. Concepções e Atividades Emergentes na Psicologia Clínica: Implicações para a formação. In: Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1994.

SIVARES, Edwiges Ferreira de Mattos. O atendimento Psicológico na clínica-escola comunicação: novas formas de atendimento clínico na clínica-escola: evoluções e perspectivas. VII SIMPÓSIO DE PESQUISA E INTERCÂMBIO CIENTÍFICO. São Paulo, 2006.

TRINCA, W. et al. Diagnóstico psicológico: a prática clínica. São Paulo: EPU, 1984.

TRINCA, W. O pensamento clínico em diagnóstico da personalidade. Petrópolis: Vozes, 1983.

TRINCA, W. (org.). Formas de investigação clínica em Psicologia. São Paulo: Vetor, 1997.

VELASQUES, M. B. Intervenções de Psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde do Grande ABC. UMESP, São Bernardo do Campo, 104 p. Dissertação de Mestrado, Pós Graduação em Psicologia da Saúde, UMESP, 2003.

VERTHELYI, R. F. de. Temas em evaluación psicológica. Buenos Aires, 1989.

YAMAMOTO, O. H. e GOUVEIA, V.V. (org.) Construindo a Psicologia Brasileira: desafios da ciência e prática psicológica. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2003.

YEHA, G. Y. Psicodiagnóstico fenomenológico-existencial: Espaço de participação e mudança. Tese de Doutorado, PUC-SP. 1994.

ZARO, J. S. et al. Introdução à prática psicoterapêutica. São Paulo: EPU, 1980

ZIMERMAN, D. E. Manual de Técnica Psicanalítica . Porto Alegre: Artmed, 2004.

YAMAMOTO, O. e CARVALHO, D. B. Psicologia e Políticas Públicas de Saúde: anotações para uma análise da experiência brasileira. II Encontro Temático de Psicólogos do Mercosul, Assunção/Paraguai, 1997

YOSHIDA, E. M. P. Psicoterapias psicodinâmicas breves e critérios psicodiagnósticos. São Paulo: EPU, 1990.

ANEXOS

ENTREVISTA LENARA – 23/02/07

- Então LENARA gostaria de saber inicialmente se vc. realiza um psicodiagnóstico com seus pacientes na Unidade em que vc. está.

Aham, faço

- E como é realizar este procedimento dentro da UBSs?

Olha eu vejo assim, não tem como vc. não fazer um diagnóstico, daquilo que vc. está recebendo da pessoa, o diagnóstico pode ser mais detalhado ou menos detalhado. Então vamos supor, se é uma criança que eu vou fazer um diagnóstico para atender lá no posto, aí eu tenho os passos que eu costumo fazer. Entrevisto os pais, se os pais vier com a criança no primeiro atendimento, eu entrevisto a criança primeiro para ela não ficar lá fora esperando cheia de fantasias (risos), entrevisto a criança e marco um horário com os pais, para eles virem sem a criança, aí entrevisto os pais. Qual é o meu objetivo nesta entrevista. É levantar a queixa, o histórico da criança, é a... circunstância em que a queixa começou aparecer, se tem relação com alguma coisa, a dinâmica da família, o dia a dia... não, como se diz é...

- O cotidiano?

Isso, o cotidiano da família, é... dados do desenvolvimento, vou tentando puxar o que aquilo tem a ver com a queixa, é... acho que basicamente isso. E ali eu tento perceber se tem uma disposição da família para o atendimento da criança, né? Se tem disposição pra família ser orientada, se modificar em alguma coisa. Isto já vai me orientar um pouco lá na entrevista devolutiva, ali eu já vou tentar desenhar a proposta de trabalhar com os pais mais a entrevista de modificação de alguma coisa do lar, tal, ou se é a criança mesmo. Até onde pode ir meu atendimento.

E aí... depois eu faço o atendimento com a criança, faço A Hora de Jogo, Hora Lúdica, o contato com os brinquedos que tem lá no posto, que tem lá, daí testes, eu uso principalmente desenhos mesmo. A gente tinha alguns testes que foram recolhidos, dificilmente eu utilizo outros testes, só estes que dependem de mim e vai por aí. É... se tem queixa neurológica... estas questões, a gente avalia, e encaminha para o neurologista, pede laudo tal, geralmente eu peço relatório da escola, se tem queixa escolar. Isso tudo junto e faço o meu diagnóstico né? (risos).

- Como é para você realizar todos esses passos, que sentido isso tem no seu trabalho clínico?

É essa forma de eu entender o que acontece com uma criança, ou com um adolescente, mais novo assim. Eu acho que é isso, como vou procurar entender o que está acontecendo. Nos pacientes adultos, idosos, ou o que aparecer lá de outras idades, o que eu faço são entrevistas é... entrevistas no começo mais dirigida, depois entrevistas mais livre. A primeira, o primeiro contato é bem livre assim, naturalmente a pessoa vai, começa a falar sobre a queixa, é... se isso tem uma, uma um desenvolvimento bom na relação comigo, falamos sobre a queixa, a gente vai tentando fazer algumas pontuações, se não eu faço perguntas diretas sobre a história como é que foi, como começou tal. Não uso nenhum teste com adulto, é muito difícil usar testes, me baseio na minha formação mesmo de 15 anos.

- Ah... isto que bom você mencionar esta questão. Essa forma de realizar o psicodiagnóstico vc. segue tal qual vc. aprendeu e isso é aplicado assim, como é?

Não, a forma como eu aprendi na Universidade, por exemplo, com crianças, tinha mais testes né? de... inteligência e outras medições. De adulto também tinha outros testes de recursos, aprendi fazer os testes, mas aprendi nas disciplinas de testes. Nos estágios que eu fiz, não lembro assim de ter usado, por exemplo com adultos, não lembro de ter

usado testes, lembro de entrevistas, depois veio a minha formação, e depois da faculdade eu estudei em grupos com estudo de casos, com Di Loreto, é muito bom porque vc. aprende a ouvir a fala dos pacientes e a sua reação, a sua sensação em relação ao que o paciente diz, eu uso muito né? Minha interação com ele, é a psicanálise né? Então é isto, eu fui construindo deste jeito, é diferente no aspecto da minha formação, talvez porque eu captava nos primeiros atendimentos que eu fiz, eu tivesse menos percepção dos demais, era percebido de um jeito mais superficial, daí com o tempo, a gente vai aprofundando né? Fica mais esperta, eu acho (risos), fica mais atento, faz uma distinção de uma personalidade mais sedutora, de uma personalidade mais depressiva.

- E você percebendo isso, que sua percepção vai ficando mais apurada, o psicodiagnóstico passa ter que sentido o uso dele por você?

Ah... eu acho que o psicodiagnóstico é parte do atendimento mesmo, como é que eu vou atender uma pessoa sem saber como ela funciona? É, eu entendo que as entrevistas iniciais que eu tô chamando, o psicodiagnóstico que eu fui organizando desse jeito, elas me orientam naquilo que eu vou tomar de medida. Se eu faço esta entrevista e a pessoa ta apresentando uma série de... de transtornos psiquiátricos, confusa, delirando... eu não vou propor uma psicoterapia breve para ela, tem casos mais... radicais vamos dizer assim. Se a pessoa vem num estado depressivo, que não tem condições nem pra falar, e tal, vc. tem que encaminhar para uma medicação, marcar um outro horário, vc. tem que ser mais ativa na sessão. Se é uma pessoa que está mais organizada, como eu posso falar, mais... mais... com conflitos neuróticos, e o que a gente vai... vai conversar, vai... vai... ser num nível, como eu poderia dizer, mais interpretativo, mais provocativo, dá pra fazer mais amarrações, mais apontamentos. Isto então me orienta como eu vou trabalhar com o paciente, se vou precisar de ajuda, se eu vou poder tocar o caso sozinha né? Isto pra mim é o sentido do psicodiagnóstico.

- A visão do psicodiagnóstico sempre foi esta para você Edilene?

Sempre? Não... não, acho que eu tinha compreensões é, mais superficiais né? Especialmente este grupo que eu fiz com o Di Loreto, que foram 8 anos, que trabalhamos estudo de casos, o caso clínico e a sua forma de compreender, especialmente este me deu o principal assim de amarrar as coisa, de como estou fazendo, pra que que estou fazendo, pra onde isso vai me levar. Uma pergunta não caiu bem para aquela pessoa, ela sentiu-se invadida, se eu tenho como me desculpar, ou me ajeitar, pra não estragar nossa relação. Já foi, se eu fui inabilidosa. Esta habilidade na entrevista, eu acho que adquiri muito com ele né?

- O que é importante para você averiguar neste procedimento?

Acho que tanto aquilo que a pessoa traz, diz, mas também aquilo que acontece ali na relação na situação da entrevista. Não só as palavras, mas aquilo que ela me transmite. Isto não garante que o atendimento vá, vá... ser produtivo, não garante que eu vou, né? ficar completamente é... munida de informações, ninguém garante tal, mas me orienta.

- Você atende ou já atendeu em consultório particular?

Eu atendo.

- Você vê diferença no procedimento psicodiagnóstico na UBS e no consultório particular?

Não, não... a minha cabeça funciona do mesmo jeito, o que eu vou fazer, como vou fazer...

- Mas em relação a população, a demanda, o tempo como você faz?

Bom... tem muita diferença, no começo a gente até tava comentando, o paciente que vai ao consultório particular, ele te procura mais informado, mais não quer dizer que ele esteja mais disposto. E outra coisa também, é que... as vezes o paciente do posto chega com uma série de outras demandas, outras questões, há... sei lá, com questões ou problema social, né? as vezes a gente fica sabendo que envolve bolsa escola, bolsa família... tem a questão social que vem com um acolhimento geral né? A pessoa as vezes não tem dinheiro pra comprar o remédio, vai no posto, troca a receita, tem uma dor de dente, vc. já diz pra procurar o dentista ali mesmo, ou vc. fica sabendo que a vacina da criança ta atrasada, a gente informa, e diz, vai lá é de graça, as vezes não tem nem fila, é falta de informação. Então, é isso que temos conversado aqui, é um cuidado com a saúde integral do indivíduo, olhar a saúde no geral. Questões de hormônio, no caso de depressão na mulher, a gente pede para o ginecologista, para ver se tem alguma coisa a ver com o hormonal, se é menopausa. É assim, vc. vai pegando o jeito, conforme vai atendendo. E isso é muito difícil aparecer no consultório particular, uma pessoa que não vai ao médico regularmente, ou um acompanhamento periódico, aparece, mas é bem menos. Outra coisa diferente também, é que, é a gravidade, eu acho. No posto, a gente vê pacientes mais graves, questões psiquiátricas inclusive. Assim, tem bastante diagnóstico de psicose, esquizofrenia, no consultório particular aparece, mas em termos de proporção, de cada 20 no particular 1 tem diagnóstico de esquizofrenia, mas no posto já 3,4 tem diagnóstico de esquizofrenia, tem bastante psicótico... ai é o momento que a gente vai fazer os encaminhamentos, ou atendo esporadicamente até o atendimento psiquiátrico, ou no caso de adaptação com a medicação. Neste caso, o atendimento vai ser bem diferenciado, que o diagnóstico me levou, vai ser orientação no sentido de acalmar, aplacar, tem que acalmar a família, orientar a tomar a medicação corretamente todos os dias, ai é um atendimento totalmente diferente. Eu to lembrando agora que já tive pacientes assim na clínica particular, mais é bem menos.

- Entendi, esse trabalho diferencia-se por ser bem informativo é isso?

Sim.

- Bom, pelo visto já estamos esgotando seu tempo não é?

É... (risos)

- Então vamos parar por aqui hoje, gostaria de pedir uma coisa a você. Se possível, continuarmos esta conversa num outro momento...

Claro, espero então da próxima vez lá no posto onde trabalho para vc. conhecer lá né?

SEGUNDO ENCONTRO -18/04/08

- Então Lenara, eu agradeço mais uma vez sua disponibilidade em conceder esta conversa.

Ahh... que nada, dessa vez eu vim preparada com meu curriculo resumido (risos).

- Que bom, mas hoje eu gostaria de saber como foi sua formação em psicologia, e como foi pra você vir trabalhar em saúde pública.

Ah, então, é... eu já sou formada há 15 anos, 16, 17 anos, já tinha me perdido (risos). Mais eu lembro assim que na graduação, a gente, eu já tinha alguns professores, algumas coisas, disciplinas que eu lembro de textos sobre luta anti-manicomial, que depois eu vim saber opa! Que já tava, eu tinha um pouquinho de idéia disso, eu já tinha uma discussão assim do... é ... eu lembro que a gente lia texto do Foucault sobre, é... questão das prisões, manicômios e conventos. Então eu já tinha um começo de... de discussão. Eu lembro que tinha uma professora, eu até convidei ela pra vir aqui uma vez lá da UNESP, numa semana de saúde mental que eu tava organizando, ela chama Cristina,

aham... Cristina... eu chamo ela de Cris, eu esqueci o sobrenome, mas enfim, era uma professora lá que deu pra gente, que trabalhava assim, bastante a questão, dava até as portarias pra gente ler se interar como é as questões. Eu lembro que eu tive noção de CAPS, que na época o CAPS chamava NAPS, né e tudo no último ano, eu acho. Assim, basicamente nos últimos dois anos da faculdade, que foi em 1991.

- Então isso aconteceu no seu estágio?

É... foi na época do estágio, mas eu não fiz estágio de atendimento clínico na unidade de saúde. A gente fazia na clínica psicológica, na UPA lá né, na clínica da própria faculdade. É... agora nos estágios, eu fiz assim, trabalho de... com equipe. Então eu trabalhava por exemplo, acompanhava uma equipe de unidade básica, o trabalho de uma equipe de unidade básica dentro do posto, isso eu fiz, na escola, na unidade básica... mas atendimento mesmo, psicoterapia breve, tudo isso, eu não fiz nada disso na universidade. Então assim, noção de como era, a saúde pública, textos sobre a saúde pública, eu lembro que tive na universidade sim. Mas a questão clínica, eu acho que o que me ajudou mais foi a formação que eu tive depois.

- Como foi esta formação posterior? Você poderia me falar?

Eu tive que trabalhar, eu acho que basicamente você tem que trabalhar, tem que atender... eu fiz muuuiita supervisão psicanalítica. Desde o começo eu fazia supervisão na área psicanalítica, muita, muita mesmo. Semanalmente quando eu comecei, levava a maioria dos casos pra supervisão tal. Então assim, eu tive que ir atrás mesmo.

- Me fale então sobre essa supervisão, no que colaborou com seu trabalho na saúde pública.

Eu na verdade nunca trabalhei com psicoterapia breve, como é feito pela maioria dos psicólogos da saúde pública. Mas eu nunca, nunca focalizei assim nessa técnica. Eu fiz até curso logo que sai da faculdade, fiz curso com o

peçoal do Maurício Nóbél lá da fundação, com a Sueli Cabral, acho que é isso. Então eu tive assim algumas noções, passou bastante coisa de psicopatologia, eu lembro que foi uma das primeiras coisas que eu fiz quando morava em Assis. Foi bem legal, porque detalhou muita coisa de psicopatologia, né. Não é que é diferente assim da universidade, mas eu acho que a universidade dá um início, dá uma coisa muito básica né, que num dá pra você trabalhar sem buscar algo depois, isso não tem nem cabimento né, fora de cogitação né.

- Então você me disse que a Universidade dá um início, e como base você teve algum modelo clínico, ou de atuação?

Então, como o trabalho que eu fiz de atendimento clínico foi na UPA, e não tinha prazo determinado de atendimento, e ai já era em psicoterapia de base analítica, não era uma análise, mas era uma psicoterapia de base analítica, inclusive tinha uma paciente que vinha mais de uma vez por semana, acho que vinha duas vezes por um tempo. Então era, era... a vivência que eu tive era próxima do que eu tinha que ter na saúde, e em termos técnicos de psicoterapia, atendimento clínico sim. Esses outros, trabalhos, ainda não era psicoterapia breve. Era trabalho de apoio, de aconselhamento, de orientação de grupos tal, ai foi outra linha né. Eu to falando mais porque você da outra vez me perguntou do psicodiagnóstico né?

- Está muito bom assim, pode continuar...

É, pra mim acho que foi muito importante essa parte pra o atendimento clínico, a vivência depois da universidade, acho que foi muito fundamental. E eu que fui buscar.

- Foi interessante você falar sobre a Psicoterapia Breve, gostaria que você me falasse um pouco sobre o atendimento nas UBS com essa técnica e sua base de formação.

Assim, tem uma orientação pra gente trabalhar em cima da psicoterapia breve, é um consenso. Mas eu posso trabalhar de outra forma, desde que esteja dentro das normas da secretaria de saúde. Se eu comunicar vamos supor que eu to fazendo um trabalho que não seja, não é breve dentro da unidade por necessidade do paciente, por não ter aonde encaminhar, que você fica encaminhando, encaminhando o paciente e acaba não sendo atendido. Então tem essa abertura da gente fazer um trabalho mais sem um prazo determinado. Eu falo assim que eu nunca trabalhei em breve, porque esse não era meu foco assim, eu queria entender como funcionava a mente humana, queria entender como eu trabalhava bem, essa era minha questão. Agora como, então assim, sei lá, se a gente, agora eu vou fazer relatório de morbidade, se eu for ve lá, deve ter muitos pacientes que eu atendo 30, 40 sessões, porque chega num ponto ai que o paciente não quer vir mais porque já deu né, ou porque sei lá. Então pode até ser que na formalidade, né se for olhar isso apareça a psicoterapia breve, aparece eu analisar o caso da pessoa que não tem condições de continuar, ai eu interrompo “ah então tá bom, já chegou tá, então é isso” que poderia ser alcançado com aquele paciente. Tem o paciente que desiste, mas ai eu acho que não é... acho que desistiu porque deu, porque deu o tanto que ele queria resolver o sintomazinho lá tal e ai, se aliviou, ou usou ali como um momento pra organizar, pra descarregar um pouco, desabafar um pouco, organizou um pouquinho e continua tocando a vida. Então eu acho que não encaro isso como... como... uma técnica mal sucedida. Eu encaro, eu encaro isso, não fico pensando antes se eu vou atender o paciente por x, y tempo. Isso é um jeito que o pessoal trabalha, eu acho que é legal, mas talvez seja uma limitação minha, mas se eu vou atender sei lá o paciente por 30, 40 sessões ou um ano, eu não estipulo antes. Eu estipulo que tipo de intervenção que eu vou ter né, ai eu também estipulo o objetivo que eu vou ter, mas não o tempo assim. Acho que eu não sei bem porque eu não faço assim (risos).

- Interessante isso que você falou sobre seu modo de fazer. Como você percebe essa forma de realizar seus procedimentos em uma UBS e sua formação na universidade?

Olha...assim... quando a gente faz uma graduação, voce só tem respaldo nela né. Eu acho que a graduação que eu fiz foi bem bacana, assim, depois né, saindo assim da universidade, depois que eu falei assim que eu me surpreendi porque tinha coisas que eu já via lá, que tava na saúde pública por exemplo, de portarias já tinha uma noção, de luta anti-manicomial, tudo essas coisas que eu já te falei né. Eu já tinha alguma noção, então pra saúde pública nessa parte mais geral. A parte técnica assim, nem sei se dá pra gente separar muito, mas assim, essa parte mais assim, mais do atendimento clínico, do contato como paciente... eu num sei falar assim o que, que poderiam me dar a mais, o que eles poderiam ter me dado que não me deram (risos). Porque eu acho que eles me deram toda a parte... é... inicial. Porque a pessoa tá cruzinha assim né, não tem nada, não tem nenhuma idéia sobre como tratar o paciente tal.

- E como era seu estágio clínico no 5º ano? Me fale um pouco mais sobre...

Ah sim, esse modelo que eu to falando assim avaliar, objetivos, e sem determinar o tempo, acho que isso eu tenho desde o tempo da universidade, dos casos lá. Mas eu acho que... é... acho que a formação que eu tive depois, né, foi que, e o próprio trabalho né, foi tendo que me acrescentar, foi que me... deixaram mais afinada assim né. Como se você tivesse um instrumento meio bruto, daí você vai afinando, afinando até você chegar num tom né, que você consegue entender a música, que você consegue tocar a música lá como você quer. Então as minhas formações básicas, são sempre na psicanálise, eu fiz grupo do... com o Di Loretto muitos anos, é eu até trouxe aqui meu currículo (risos), o básico. É... oito anos, fiz grupo com ele oito anos, faço análise também a oito anos, e... o Di Loretto trabalha muito com a questão do método né de como você avalia, essa parte que falamos sobre o psicodiagnóstico, nossa é uma discussão tão looooonga, suuuuper detalhada, acho que ele é uma pessoa super pacienciosa até. Porque a gente lembra assim das coisas que a gente pensava quando começou com ele e quando terminou, é totalmente diferente.

- Me fale dessa diferença de quando começou e quando terminou.

Nossa... no início eu lembro que aquilo que eu pensava sobre um procedimento ali, numa sequência assim né, legalzinha, bunitinha como aprendi, era só uma base mesmo. Porque depois, eu fui aprendendo no curso que eu procurei, em supervisão de casos como é mais complexo, e eu estava crua, tinha... eu tinha até vergonha de falar o que eu achava do caso né. Porque assim... eu só via o superficial da coisa né. Mas com o grupo, isso ampliou e aprofunda né.

- Então me parece que foi necessário esta formação com o Di Loreto, uma vez que vc. está dizendo que ele a ajudou ampliar seus procedimentos, é isto?

Ah sim, porque eu aprendi tudo que foi necessário na graduação, mas era tudo numa ordem certinha que tínhamos que cumprir, uma sequência né, com o Di Loreto, no grupo que eu tinha com ele, tá, era muito bom porque uma anamnese, o próprio psicodiagnóstico, era visto de outra forma, o significado das perguntas que eu fazia na anamnese, o teste que eu aplicava e as indagações tinha um sentido mais, como eu posso te dizer, não é que antes não tinha sentido, mas é que... eu passei a entender melhor o por que perguntar aquilo sabe? Eu acho que não estava encarnado em mim, qualquer abordagem que vc. utiliza desde que seja as clássicas, se vc. segue um rigor daquilo, porque mesmo na graduação eu sempre fiz tudo, ou procurei fazer as correções de um teste, uma análise com rigor. E hoje, se vc. procura se aprofundar numa abordagem, como eu na psicanálise, você encarna aquilo sabe, o estopo da linha, e daí a sua prática. Apesar de estar numa unidade básica de saúde, sinto necessidade de ter uma abordagem e me aprofundar nela, mas... assim... como eu posso dizer... é que, na saúde pública você tem que se adaptar, sabe?

- Você poderia me falar um pouco sobre essa adaptação...

É... então... isso que você falou assim de impacto do trabalho na saúde pública, eu acho que... eu tive mais dificuldade de técnica mesmo assim, não de... me localizar sobre como era a saúde pública, quais eram os princípios, isso acho que não. Eu tive mais dificuldade de técnicas, porque a gente sai bem sem... sem... noção mesmo, tem que se adaptar. Acho que é necessário a busca de formação depois que sai da graduação, porque eu vejo que a forma de trabalho em saúde pública, é muito diferente do que aquela que atendemos na UPA. Eu vejo sim diferença de quem está aqui e faz supervisão, análise, de quem não faz né.

- Você poderia falar um pouco mais sobre essa dificuldade da técnica?

Ah.. teve uma coisa assim, eu tive que buscar cursos porque eu tinha a base teórica sobre saúde pública, mas atuar com grupos, e com família, e atendimentos breves, eu só fui vivenciar fora da graduação. Tive que correr atrás de cursos pra suprir esses conteúdos se não, não dá conta aqui não. Eu lembro que meu supervisor me dizia: “vc. não sabe nada mesmo de psicoterapia...” nossa ele me colocava no chinelo (risos), acho que não foi tão ruim assim, isso fez com que eu fosse buscar a terapia (risos). Eu acho assim, que fui privilegiada na minha graduação, acho que lá foi assim, um inicizinho para tudo, mas depois vc. tem que praticar, praticar e é só com prática, muita supervisão, e ah...outra coisa, tive que rever muita coisa da linha né. Depois da graduação, descobri Winnicott, hoje, estou lendo Bion... que muda bastante sua visão de atendimento né.

- Parece que a mudança de visão e capacitação depende muito de cada um é isso?

Aham... é como eu te disse, eu vejo diferença... e muita de quem busca supervisão, formação... e tudo mais, de quem sai da faculdade e fica naquilo mesmo, ou só participa de uma discussão aqui e outra ali. É bom isso? é, faz diferença? faz. Mas eu vejo que a formação, a busca de refinamento depois da faculdade importantíssimo, importantíssimo.

- Já deu seu horário?

Minha nossa! Nem ví as horas...

- Então Lenara, mais uma vez sou muito grata à você. Tem algo que você gostaria de falar ou complementar?

Ah... eu penso que falei tudo. Espero que possa ajudar, ou esclarecer sobre o que você me perguntou sobre a minha atuação aqui.

ENTREVISTA GIOVANA - PRIMEIRO ENCONTRO 26/02/2007

- Giovana dentro da sua atividade aqui você realiza o psicodiagnóstico?

Penso que sim (risos);

- Como você faz, me conta um pouco da sua experiência.

É totalmente diferente, cheguei me perguntar muitas vezes no início, se eu tava fazendo um psicodiagnóstico, cheguei a ter dúvidas se era psicodiagnóstico. Porque a gente aprende de uma forma na graduação todos os testes, todas as avaliações, é... tudo que vc. vai montar e elaborar, todas as impressões né? pra a partir daí vc. dá uma devolutiva, mas no serviço público, tanto aqui, quanto em outros locais, não procede dessa forma. Este psicodiagnóstico acaba sendo mais a observação, perguntando mais do que observando, não... a gente não faz tantas entrevistas né, de avaliação psicológica como a gente aprendeu a fazer porque eu tenho pouco tempo, é uma psicoterapia breve mesmo. Então vc. ta fazendo um psicodiagnóstico, com a criança por exemplo, com adulto até né... não tem tanto sofrimento (risos), mas com a criança, nossa... eu me cobrava muito... tinha até uns testes aí defasadérrimos, agora foi comprado material novo, mas fica um em cada regional, um joguinho básico ali, e a gente acaba recorrendo em caso de muita dúvida, um caso muito difícil, que vc. vai recorrer. No mais vc. vai improvisando com o material lúdico, uma Hora de Jogo por exemplo.

- Entendi... então me fala um pouco como você realiza o psicodiagnóstico, se existe orientações de como deve proceder, enfim.

A melhor forma no caso quando criança, quando vc. atende a criança, os pais na primeira entrevista, porque assim, aqui tem uma carência em vários sentidos, até carência intelectual mesmo. Os pais procuram

atendimento psicológico encaminhado por alguém, creche, médico, alguém que disse que o filho dele tem problema. Então as vezes chegam aqui com uma impressão é... bem equivocada do que é psicoterapia, e... o que vai ser feito com a criança, eles trazem mais como forma de punição, “eu vou te levar para o psicólogo se vc. não melhorar” (risos). Eu prefiro... ou uma família muito desestruturada, com alguma patologia, eu prefiro dar uma sentida na mãe, principalmente a mãe que vem né? E ai conversar com esta mãe, eu vou estar observando, eu trabalho assim é... Quando eu entrei aqui, eu fiz um psicodiagnóstico da minha região, da população que eu iria trabalhar. Então como a gente trabalha muito perto com a saúde da família, a primeira coisa que eu fui fazer, é... foi andar com eles, para conhecer a área, a região, o que que eu tenho, o que eu não tenho, como é que é essa população, a área de risco inclusive. O padrão sócio-econômico, sócio-cultural, onde a pessoa mora eu já tenho uma idéia mais ou menos da situação familiar daquele paciente, de onde ele está inserido. Ai a segunda entrevista é com... ah... criança ou adolescente no caso. Mais dependendo da idade do adolescente... porque tem adolescente aqui que tem uma situação totalmente independente, já tem vida sexual ativa. As vezes ele vem sozinho, procurando ajuda. Ai a entrevista é só com ele né. Se necessário, junto com ele a gente chama pai, mãe. Mais dependendo da faixa etária, eu tenho que esclarecer algumas coisas da psicoterapia, as vezes eles vem com um conceito ruim da psicologia, a criança nem sabe o que veio fazer aqui, ou porque está aqui, daí eu esclareço pra mãe, peço pra ela conversar e explicar pra criança. Na segunda entrevista, se a criança quiser a mãe presente, eu deixo, vamos os dois juntos... se a criança quiser vir sozinha, ai... como eu tenho poucos recursos de material lúdico, pras crianças menores até 5, 6 aninhos eu deixo a vontade pra que a criança decida o que ela quer fazer né. Se ela quer brincar, se ela quer conversar, ai abre o armário, o armário está organizado como uma caixona, infelizmente é uma pra todo mundo. Não dá pra separar uma pra cada um. Pouco material e pouco espaço pra gente armazenar tantas caixas. Então, eu deixo o armário mais ou menos ajeitado como uma caixa. E ofereço pra ela, deixo ela abrir, ai eu vou observando, como ela vai interagindo, como ela vai conversando eu vou

observando. Se é uma criança maior, “ai eu não quero brincar”. Então nós vamos conversar, vai sendo desse jeito, geralmente três, quatro encontros pra eu decidir se fica comigo ou vou encaminhar pra psicoterapia de longo prazo, se dá pra atender aqui, né? Se preciso já faço orientação, as vezes é falta de orientação mesmo.

- Ah ... sim entendi, esse é o seu objetivo ao realizar o psicodiagnóstico. Me diga então que sentido isso tem para você?

Olha, pra mim francamente, é pra saber, pra proceder encaminhamentos. Porque a gente não tem muita escolha aqui na UBSs, não tem, pra onde encaminhar, eu não tenho assim especialidade de apoio que eu possa contar, não tenho escolha assim, vou atender criança, adulto ou adolescente. Se é pra mim isso ou não é. Se for um caso muito absurdo, um caso assim que meu limite não vai dar pra atender, é porque nessa primeira entrevista eu vou saber se dá pra mim ou não dá pra mim daí eu proceder o encaminhamento. Se é um transtorno já agravado ai eu vou ver se precisa mais tempo. É o único recurso que eu tenho é o Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM). Vou mandar ele pra psicoterapia de longo prazo, se for mais grave pra atendimento de nível secundário. No mais, é aqui mesmo, ou mesmo que eu tente encaminhar, pra um serviço mais especializado, ou pra um setor maior, num vai acaba voltando pra cá. Acaba voltando pra saúde da família, pro consultório médico, eu tenho meio que dá conta daquilo ali. Então o psicodiagnóstico, é claro eu tenho uma idéia em relação ao transtorno, a doença, a hipótese diagnóstica, eu vou acabar fazendo durante toda a avaliação, até porque teoricamente eu tenho 4 meses pra trabalhar. Nesses 4 meses, quando terminar esses 4 meses é claro que o paciente vai precisar de mais, é como esses 4 meses foram de psicodiagnóstico (risos). Porque quando chegar no final dos 4 meses eu vou chegar, vou falar pra ele olha meu tempo com vc. terminou, nós trabalhamos alguns pontos mais vc. vai precisar trabalhar mais, então eu vou te encaminhar né? Quanto a hipótese diagnóstica ela vai acontecendo ao longo do tratamento.

- Compreendo... então, esta questão do significado do psicodiagnóstico para você, parece estar relacionado com a brevidade do tempo e do tratamento é isso?

Isso mesmo (risos), vai uns 4 meses, se eu tivesse outros recursos, como a gente aprendeu lá na graduação, na academia, talvez eu até conseguisse fazer em um mês (risos). Mas não tendo, só observação, só a experiência, só o traquejo, ai vai um tempo de pelo menos 4 meses pro psicodiagnóstico. Fui tentando e fazendo assim, e foi assim que eu pelo menos acalmei minha ansiedade.

- Me fala um pouco sobre acalmar sua ansiedade, o por que dela?

Não é porque eu não me sinta capaz de fazer o psicodiagnóstico, não é isso. É que entra em conflito com aquilo, com aqueles instrumentos que lhe foi dado. E ai, eu já tive várias angústias, não só com o psicodiagnóstico. Já me questionei se eu realmente estava fazendo psicologia dentro do posto. Então, outros instrumentos e recursos que eu tentei ou usei, entrava em choque. Eu acho que faltou instrumento, faltou na graduação, eu estava pouco instrumentada para esta realidade. Entrou em choque, talvez se eu soubesse que teria que adaptar esse psicodiagnóstico de uma maneira diferente assim. Ainda hoje sabe, quando eu vejo, quando eu comparo (risos) com alguma clínica particular, né, parece que ta tão distante, tão diferenciado.

- É mesmo, você se sente assim?

É, .é... parece que a gente trabalha assim, é uma outra... coisa totalmente diferente. Até na questão dos resultados da sessão, sabe da condução do tratamento. A questão da população que procura atendimento aqui, e aquelas que tem plano de saúde, uma estrutura melhor, ensino superior tem um entendimento diferente. E muito mais rápido, muito pratico, vc. conta com outro recursos. Então daí vc. fica pensando, lá na clinica

particular, né? Talvez não seja mais fácil, mas é diferente. Você pode lançar mão de outras coisas, que aqui a gente não tem como.

- Quando você diz que falta, que parece que ficou faltando instrumentos, por exemplo no caso do psicodiagnóstico, você hoje faria diferente ou esta dentro daquilo que você pode fazer?

Eu posso fazer, não é eu não querer fazer diferente. Eu falando como profissional, o que eu posso, agora se fosse questão de política. Eu faria diferente (risos), falando politicamente né? Mas o investimento seria alto, e infelizmente não existe essa compreensão.

- E você acha que o psicodiagnóstico da forma como ele é apresentado na graduação, ou a forma como você o realiza, ele é necessário?

É, porque se eu não soubesse, se eu não tivesse aprendido, acho que tem que ser visto sim, acho que o que faltou na minha graduação foi conhecer esta realidade. Ficou muito distante. Falar em saúde pública, nem falava, falava em psicologia social. E ainda assim, era ah... isso ai... tem alguns que gostam de social. Então, a minha formação foi mais voltada dentro da psicanálise, e da clínica particular. Voltada pra vc. sair e montar sua clínica tudo redondinho, tudo bonitinho. Então hoje, não é que o psicodiagnóstico não seja necessário. Como eu aprendi fazer o psicodiagnóstico, quando eu estou aqui observando a criança na hora do jogo, todas aquelas questões né, da plasticidade, ta tudo aqui, rigidez, blabla, ta tudo aqui. Só não tenho lá tudo bonitinho, papelzinho... formulariozinho. Mas ta tudo aqui dentro, né? Eu vou me basear nisso pra formular o psicodiagnóstico, mas é outra realidade.

- Você anteriormente disse que o psicodiagnóstico basicamente tem o objetivo de encaminhamento. É esse o sentido pra você?

É o primeiro pelo menos

- Você poderia falar um pouco mais sobre isso?

Porque é assim, acaba funcionando assim, porque eu tenho a pressão da lista de espera, a demanda. Tem uma demanda muito alta. Então por exemplo, a gente faz coisas aqui (risos), “a gente faz coisas aqui”, parece um absurdo. Por exemplo, tem um dia que eu, venho fazer uma extra ta? Nesse dia é só consulta, e eu tenho que ser rápida nessa avaliação, é... porque, é só aquele dia que eu tenho, é só aquela sessão, e... eu... preciso fazer um psicodiagnóstico, até pra poder ver... ganhar tempo pra ela não ficar nessa lista, se é um caso que vai pra um atendimento secundário. Então eu tenho que levantar uma hipótese diagnóstica, daquela pessoa, eu tenho que orientar o paciente naquela sessão. E muitas vezes tem casos que eu vou ter criar uma vaga pra dar continuidade nisso, até pra eu ter uma visão melhor, uma idéia melhor, pra ver se fica, ou se vai. Mais, é mais pela questão da demanda mesmo. A gente atende aqui em ritmo de pronto socorro, né, porque é de 40 em 40 minutos, a quantidade de atendimentos, a demanda é muito alta, muito alta mesmo.

- Realmente não parece nada fácil essa rotina, não é?

Nada, nada (risos)

- Mas você disse que está a quase 7 anos só aqui nesta UBS. Então eu pergunto a você, como é a experiência de entrar trabalhando numa UBS e ter que realizar um psicodiagnós. dessa forma como mencionou. Como é isso? Aprendeu realizar o psicodiagnóstico de determinada forma, e deparar-se com essa demanda, com esse ritmo como você mesma disse.

Pra mim foi mais fácil porque eu já vim mais escolada, das experiências em instituições anteriores. Mas eu vejo assim, tenho colegas que acabam pedindo uma orientação, um conselho. No começo a gente até tenta fazer o psicodiagnóstico, fazer os desenhos, fazer a caixinha, faz os testes, leva

pra casa, corrige. E... uma opinião minha, posso tá enganada, não sei os colegas... talvez...

- Giovana o que importa aqui, é sua vivência, como você percebe tudo isso.

Até ah... esse ritmo diferente do atendimento, vai imprimir um ritmo diferente no tratamento. A população não aceita.

- Como assim, porque?

A população que a gente atende tem a visão do clínico, uma coisa imediata, o que é que eu tenho, quanto tempo. E não é assim, é algo que vai sendo construído devagar. Então, não só em relação ao psicodiagnóstico, mas também a forma de atendimento, que se vc. for muito “psicanalítico” tal, o cliente reclama, sai reclamando. Assim, vc. tem até que orientar o agente de saúde como funciona a psicologia, pra ele lidar com esse tipo de reclamação, dizer que não é assim, que tem linhas de atuações diferentes, que não é errado e tal... então pra vc. atingir mesmo, algumas coisas tem que ser mudadas. Por exemplo, uma criança que vem pra cá, que tem 10 aninhos, e já viveu de tudo, se vc. oferecer pra ela no psicodiagnóstico como a gente conhece, ela não volta mais. Essa criança tá tão amadurecida, melhor, acelerou e queimou tantas etapas, que não casa, não encaixa. Então a gente tem que ter um jogo de cintura e trabalhar diferente.

- E como é esse trabalhar diferente um psicodiagnóstico com um caso desse tipo de criança que você mencionou?

Não, trabalhar diferente assim, porque se vc. ficar presa a forma como vc. aprendeu, vc. na primeira sessão vai aplicar tal teste. Na segunda, tal teste, na terceira tal coisa. E, as vezes não, não vai fazer nada disso, vai conversar, e vc. vai fazer diferente. Depois, lá numa outra sessão vc. consegue por um teste, consegue por um desenho né? Isso tanto aqui como naquele projeto criança da rua para a escola. Lá eu tinha aquela sala

bacana, um espaço bacana, interessante eu lembrar disso. Eu tinha uma sala bem grande, com bastante material lúdico. É... e não era assim, foi bom lembrar disso. Lá eu lembro de vários atendimentos, mas um em especial que eu pude desenvolver um psicodiagnóstico que durou... hummm... uns dois meses, é isso...

- Giovana por hora penso que chegamos no limite do seu horário.

Nossa, passou muito rápido. Mas foi importante pra mim falar sobre o que eu faço, acho que falo demais. Mas assim dentro do serviço público, é porque assim, se eu for comparar os dois serviços, o particular e no posto, o meu vai tá totalmente errado, não é? Se te dizem, é pra fazer assim, e vc. não está fazendo assim, como vc. aprendeu, por isso que eu achava que estava fazendo totalmente errado. Porque é totalmente diferente, embora a essência é a mesma. Os resultados do psicodiagnóstico, provavelmente se chega aos mesmos resultados. Algumas coisas são diferentes, até mesmo pelas características das pessoas que eu atendo aqui.

- Mas foi muito bom, obrigado. Conforme já mencionei, precisarei dar continuidade á essa conversa, seria muito bom e importante para mim. Pode ser?

Sim, sim tô a disposição. Nossa pra mim foi muito bom, faz a gente pensar no que a gente fazia no início, como a gente faz agora. Isso é bom, porque as vezes a gente pensa que... tá fazendo tudo errado, que as vezes nem tá fazendo o trabalho da psicologia, que isso é uma coisa, e aquilo lá é outra. Mas eu acho que faço ótimos psicodiagnósticos (risos).

SEGUNDO ENCONTRO – 13/03/2007

- Anteriormente Giovana, você havia me dito que o objetivo de realizar o psicodiagnóstico, seria para proceder o encaminhamento, é isso?

Isso, sim

- Então me fale um pouco sobre que tipos de casos você fica para o atendimento, e que casos você encaminha.

Olha é difícil heim? Porque não é assim uma questão de escolha. A gente não tem muita escolha ta? Os casos que eu acabo encaminhando, porque olha só, eu tenho duas vagas por mês para o CISAM, de uma demanda, de uma população de um bairro enorme, do tamanho do bairro X, duas vagas por mês. Então eu tenho que usar muito bem estas vagas né, e quem vai pra lá? Casos de psicose, e... assim aguda, paciente em crise, paciente que saiu da internação vai pra lá. Os outros casos, vou procurando manejar por aqui pelo menos dentro dos quatro meses que eu tenho, até liberar vaga pra poder encaminhar. Então os casos que vão pra lá... eu vejo assim... é longo prazo mesmo, não adianta, até porque é devido a personalidade, o seu perfil, o paciente é demorado em expor os conteúdos dele, o ritmo é mais devagar né. Ficar aqui com ele quatro meses, criar um vínculo e depois encaminhar pra lá é mais difícil, então já mando logo no início. No mais, ficam aqui. Uma dificuldade que parece pequena... mas... depende muito, é a questão econômica. Ser encaminhado pra lá, depende de vale transporte, o paciente não tem condições financeiras de chegar até lá. Ai eu encaminho, ele vai em uma ou outra sessão e não vai mais. Daí volta, e diz: "eu quero ficar aqui". Daí a gente diz: lá é melhor pra você, tem tratamento mais adequado lá, o mais indicado é lá, a estrutura que tem lá é diferente. Mas não tem jeito, e ai o que vc. faz? Tem que atender. No caso de uma mãe, ela diz: não tem como levar o meu filho lá, mas ele tem que ser tratado lá. E na verdade vc. vai ver que são oito passes (vale transporte) por semana né, é complicado. Tem mais essa questão também. Então eu procuro deixar bem claro já na primeira entrevista, tudo o que pode acontecer, que é uma triagem, depois tem a avaliação, depois que terminar a avaliação, dependendo dessa avaliação pode ser tratado aqui, ou pode ser encaminhado. E tem paciente que eu já falo, não dá, não adianta, ele não vai pra lá. E vai voltar pra cá

mesmo né, e daí? Tem mais essa questão. E escolha? Eu não tenho quase nenhuma (risos).

- Giovana, então pelo que você disse, escolha entre atender aqui determinados casos, e encaminhar outros, é quase nenhuma é isso? Mas mesmo assim você faz uma avaliação...

Pra eu ver se dou conta de manejar tento ir no meu limite também. De ter algum caso assim que... até hoje se bem que... não, não teve nenhum que eu disse não dá, meu limite vai até ai e não vou mais.

- Eu gostaria de saber então que tipo de conhecimento você tem que ter, ou que te dá respaldo para saber se é um caso de atenção primária, secundária...

Ai... não faz pergunta difícil (risos)

- Mas você entendeu? Você deve ter algum tipo de respaldo para proceder aos encaminhamentos e para aqueles casos que você irá atender aqui, não é isso?

Eu tenho que ter conhecimentos de... de casos graves, de transtorno grave. Vou ter que ter esse conhecimento ai. Vou ter que ter noção pelo menos dos sintomas de uma doença grave, de um transtorno grave. Depois que você foi embora... no encontro passado... eu fiquei pensando na questão do psicodiagnóstico, né? É primeiro, eu não sei... acho que tem que ter conhecimento de tudo. O que que é Psicoterapia Breve, que caso vai se encaixar, que caso serve pra Aconselhamento, ai tem que ter tudo, tem que visto tudo isso, tem que ter experimentado tudo isso. Eu tive que me preparar, tive que estudar tudo isso, pesquisar literatura para atendimento de casais, família, de tudo que vc. perguntar, eu tenho que ter pelo menos uma noção. Eu acho que não só de literatura sabe, mas de prática mesmo, de ter passado e experimentado isso, ter atendido, ter tido uma experiência pelo menos.

- Falando em experiência, você poderia me contar um caso que atendeu aqui na UBS que tenha sentido como um bom atendimento ao realizar esses procedimentos que acabamos de falar?

Vou tentar lembrar de um. Tem um caso de uma senhora que me deu esse bichinho aqui, ela que fez, essa pacientzinha. Quando ela veio pra mim, teve AVC, 59 anos. Eu achei que não ia poder fazer muita coisa por ela. Os agentes de saúde já trouxeram, quando eles passam os casos, (se bem que agora, eu não tenho tido muito contato com eles) mas assim, é muito bacana, que tinha reunião de equipe, veio esse caso. Daí, eu já sabia o que o médico tinha feito, se tava medicada, qual era a visão que ele tinha do caso, algum comprometimento clínico, se havia descartado alguma hipótese clínica, a gente já tem mais ou menos essa idéia. Aí a gente vai trabalhar com o aspecto mais emocional, que é mais fácil (risos). Quando ela veio, teve a questão da idade. Se bem que aqui a idade não conta muito, porque a gente não faz aquela psicanálise... se bem que hoje a psicanálise tá bem diferente, não tem mais a questão da barreira da idade. Mas quando eu aprendi, o paciente recomendável incluía a idade né. Ai tá né, vou fazer um suporte, então vou fazer um apoio psicológico pra ela, porque... AVC, três anos sem falar, tal. Voltou a falar, com muita dificuldade de fala. Ela fazia fono, e a fono encaminhou ela pra terapia, porque, ela chegava nas sessões de fono, e começava a chorar, chorar, e chorar. E a fono não sabia o que fazer. Daí ela veio né.

- Me conta o que você fez de início, como foi esse primeiro contato com essa paciente?

Nas primeiras entrevistas a dificuldade de fala era bem grande, bem grande mesmo, neurológica por causa da doença, o AVC. Era real aquilo, vinha pra mim... a compreensão... não dá pra vc.... ouvir o paciente... fazer perguntas... muito difícil... o que que a minha experiência, minha intuição, minha intuição foi... deixar esse espaço pra ela se derramar, uso aqui pra ela se derramar mesmo. E aí ela começava chorar... e... eu apoiava o

choro: “chora, chora, chora”. Foram três sessões assim, três, quatro de choro, choro, pra ela começar a falar o que tava acontecendo na casa dela. E o bonito que eu descobri nela né, a idade, com a idade, com o derrame, a mulher, a feminilidade, que tava toda afetada pelo derrame. O desejo sexual dela, tava intocado, tava preservado, e o marido tava rejeitando, o marido tava com outra, e todo mundo achava que ela tava doida porque dizia que o marido tava com outra depois do derrame. Tinha a situação dos maus tratos, não de ameaça, mas de desprezo por ela, até de... de nojo, porque ela ficou paralisada, porque ela ficou falando torto, falando “mal”. Então assim, ela chegou toda destruída, destruída e nem tanto pelo AVC. Porque hoje vc. vê ela, tá assim uma graça né. Então, ela foi cuidando, foi despertando nela os cuidados com ela, anda com as unhas muito bem feitas, cabelinho sempre bem arrumado, toda perfumada. E assim, eu vou ficar bonita pra mim, eu vou me cuidar pra mim. Então a gente fazia todo esse reaver de alto-estima de volta né, apesar da doença, ela, a pessoa, a mulher, tudo que ela já fez, tudo o que ela lutou. Puxa, lutou contra um derrame, três anos, acamada, sem falar, né, a mercê dos outros. E hoje ta aí com autonomia. Com a sequêlas do derrame, faz fisioterapia duas vezes por semana, faz fono toda semana, e quer voltar, não quer ficar sem a terapia dela. Vai no artesanato. Então foi muito bonito nesse sentido. E aí, quando por exemplo, no caso dela né, como que eu vou fazer psicodiagnóstico assim convencional né. Não tinha como, não tinha como, daí eu fiquei pensando depois que vc. foi embora (no outro encontro). O psicodiagnóstico, ele acontece em todas as fases aqui dentro, mas não talvez da maneirinha bonitinha, sabe porque oh... eu deixei a vontade e fui observando ela, assim observando o que ela mostrava, o que não mostrava, se tinha coisa, se tinha condição. Porque pra mim, quando ela chegou, a primeira impressão, e pra qualquer pessoa aqui, é de que ela era incapacitada. Incapacitada até de fazer as análises dela, de compreensões, porque a fala comprometida, neurologicamente comprometida, e descobri uma mulher belíssima, belíssima, sabe. E legal, porque eu deixei ela, o que eu podia fazer, ela não falava, não escrevia direito, só podia sentir ela, sentir. Pensa, chora, fala quando vc puder falar, e como quiser falar. Porque dentro do tempo dela, ela foi me mostrando as

coisas, os afetos, os sentimentos. Até ela manejar esse espaço muito bem. E a fala dela melhorou muito, claro, tem o tratamento da fono. Mas na medida em que ela foi... vomitando as dores dela, ela foi conseguindo pensar melhor, sentir melhor, ela foi articulando melhor a fala. O problema dela é... é, ela esquece, ela sabe a palavra, mas não consegue falar. Ela sabe, tem um vocabulário muito bom, articulação muito boa, mas aí, ela vinha nas sessões não conseguia falar e ficava com vontade de chorar, e chorava. Depois, ela ia falar, não conseguia e dizia: é, é, é, parava fazia sinal para esperar, pensava, e falava. Ela mesmo batia palmas e dizia eheheheh, falei, hoje eu não esqueci. Foi muito, muito gratificante. Mas esse foi um caso que eu tive que burlar as regras, atendi um tempo muito maior que os quatro meses, e ela vai voltar para o atendimento aqui agora.

- Muito interessante, um caso bem rico.

Ah... lembrei de outro caso que comecei a atender de uma criança, foram três sessões, quatro hoje. E um caso assim também, ele ai e eu aqui, daí eu lembrei do que a gente tinha conversado no outro dia, e fui lembrando dos passos na primeira sessão com ele. Não a primeira foi com os pais. Liguei para a mãe para saber quem vinha acompanhar ele, porque fiquei sabendo que a primeira sessão ele viria com um estranho. Daí pensei, quem vem com ele? Um vizinho? Como é que vou conversar com um vizinho sobre ele? Isso porque é um caso complicado, de urgência, a criança não faz coco, não fazia, agora está fazendo. Não fazia coco, ficava até um mês sem fazer. Tinha que fazer lavagem, o menino assim, sabe quando ta a ponto de explodir, todo incomodado, o aspecto do rostinho que já estava afetando fisicamente. E ai fui conversar com a mãe por telefone. Eu mal tinha trocado duas palavras com ela, a primeira coisa que ela me disse, foi esse menino vai me mandar para o sanatório, ele vai me enlouquecer, ta me enlouquecendo. Mas assim, agressiva, irritada.

- Esse contato por telefone com a mãe foi significativo para você?

Sim, me dá idéia do porque essa criança está retendo essas fezes desta maneira. Ai vc. vai lembrar de algumas questões que vc. viu, de recursos que vc. tem teóricos, né? ta tudo ali. Ai veio, consegui fazer com que viessem, a mãe. A mãe fez cirurgia de redução de estômago, era obesa, obesa, bastante deprimida na época da obesidade. Agora, o que eu senti nela é que ela está mais preocupada em cuidar dela, com a imagem nova, aquela coisa toda. Essa criança não mora com ela desde que nasceu, mora com a avó na casa da frente com seu irmão mais velho, e os pais moram na casa dos fundos. Ela tem uma agressividade com ele muito grande, muito irritada. Ai, isso já ficou na minha caixinha, né? uma discordância do pai muito grande, divergências de idéia, desqualifica esse pai o tempo todo, parece uma competição entre os dois para ver quem tem razão e quem não tem. Vou botando na caixinha. Ai ele vem pra mim, ele veio pra mim. Ai assim, interessante que a primeira sessão, eu abri o armário pra ele (porque aquela era a hora de jogo) (risos). E ai a forma dele brincar, as coisas que ele escolhe, ne, o tipo de brinquedo. E eu que pensei que ele ia pegar as tintas, a massinha de modelar, achei que ia pegar coisas que vão lembrar fezes num sei o que. Nada disso! Armou as defesas dele bonitinho. Montou os cavalinhos, com os soldadinhos, essas coisas de se defender mesmo, de segurar e tal. Na outra sessão, ele começa a desenhar, começa a desenhar e tal. Na terceira sessão, quando ele conseguiu soltar as fezes, ele desenhou a casa monstro, né. Essa aqui é a casa monstro, e esta aqui é a minha casa. Daí olha... a casa idealizada, a casa nanana. Então ai vc. vai ver tem tudo essas... vc. vai entendendo que na brincadeira dele, vendo a dinâmica dele, então eu fui já trabalhando e orientando os pais. Eu falo por ai que eu faço orientação de porta de consultório, porque eles nunca tem tempo, nunca tem tempo, nunca tem tempo. E ai hoje, olha que engraçado né. Ele conseguiu fazer coco, fez coco ontem, como ele disse, fez um montão. Ele me trouxe um presente hoje. Faz coco e me traz um presente (risos) né? Faz coco e me traz um presente. Disse que semana que vem vai me trazer outro presente, ou seja, vai fazer mais coco. Porque ele ta, oh... que bom que conseguiu fazer... to te presenteando. O que ele estava usando para agredir os pais, ta usando pra me presentear. É assim, essas coisas vc.

vai vendo em quatro sessões, e aí? Fez os desenhos, fez, fez a casa, fez a pessoa, na segunda sessão ele desenhou ele, a casa ele fez na terceira sessão, e eu to aqui, to analisando. Uma sessão antes, a da casa monstro, ele desenha a casa monstro, depois ele pega a tinta e lambuza, lambuza, lambuza, sai inteiro lambuzado. Daí ele pode tocar, mexer, porque eu sei que na casa dele, isso tudo é muito nojento, vai ao banheiro... como ele estava soltando as fezes assim, ele segura segurava e só borrava um pouquinho a cueca, sujava a cuequinha, ele tinha que tomar banho, lavar a mão, tomar banho e lavar a mão. E aí ele começou a desenvolver TOC. Uma garotinha, a prima dele, que cuida dele, ele veio em uma sessão (nossa parece tantas sessões né? mais só foram quatro até agora), na terceira, que ela traz ele, ele entra, e ela disse que ele estava vomitando após o almoço. Ele estava vomitando porque, pra não ter que sair eu não vou comer, então como ele era obrigado a comer, ele corre para o banheiro e ele vomitou e lavou a pia. Então olha, já estava desenvolvendo uma série de outras coisas né, transtornos mais sérios, mais graves. E ele... depois que ele vem e despeja tudo aqui dentro, aí ele começa a soltar, e começou me presentear agora. Então assim, eu to... como a gente conversou na outra entrevista, né, ele ao mesmo tempo que é uma avaliação desta criança, estou percebendo, descobrindo traços dele, familiar. Você tá intervindo também, não tem como não. E essa criança é assim, ela já vai ficar comigo, ela já tá comigo. Você tá fazendo uma avaliação, mas pra eu saber o caso, porque não tem como encaminhar ela, no momento que ela já tá, já tá. Eu não vou daqui... ah... terminou essas quatro ou cinco sessões chama o pai chama a mãe, olha ele tá fazendo isso, tá fazendo aquilo, ele tem isso, ele tem aquilo, isso vai acontecendo junto né, já tá acontecendo junto.

- Parece então que você vai fazendo este contato com os pais na medida em que é possível isso não é? E qual o sentido para você dessas conversas com os pais?

Tento conversar melhor com essa mãe, num momento em que ela está menos agitada, porque é uma mãe muito resistente. Neste caso, ela quer

que tipo... resolve esse problema ai, ta bem nítido isso assim. Depois que ela veio da primeira vez, o pai vem sempre, só que é a tal coisa, hoje mesmo fui conversar com ele ali fora, começamos a conversar, o celular dele tocou. Daí ele saiu dizendo tenho que ir, tenho que ir já. E a mãe nunca mais, nunca mais, nem pra saber... dá pra ter uma idéia do que vem pela frente, pela frente ai. Porque a gente vai trabalhando, mas assim, eu achei que não estava bem claro os passos do psicodiagnóstico. Lembra que eu te falei? Os passos do psicodiagnóstico, eles acontecem, eu nunca tinha parado pra prestar atenção. Porque assim, a gente, pelo menos da forma como eu aprendi lá ne. Nos idos de... (risos), de você usar isso primeiro, depois aquilo. Acontece aqui quase que espontaneamente, a criança, como eu não tenho uma regra, a primeira vez ela vem e brinca exatamente daquela forma, que a gente aprendeu na graduação da hora de jogo, de armar seu brinquedinho, suas defesas, seus cavalinhos, que eu tenho tudo os brinquedinhos da caixa aqui dentro. Tem arma, giz, massinhas, papel, tinta, tem tudo o que precisa ter na caixa, ta aqui no armário. Porque assim a gente faz o pedido, de materiais simbólicos e mais significativos, então tem ali. Na primeira sessão, ele vem e puxa a cadeira e mergulha ali dentro. Hoje eu fiquei vendo, ele é tão bonitinho, tão pequenininho, ai ele pega a cadeira, entra lá dentro e mergulha, mergulha, depois ele vem na parte de baixo, escolhe o que quer. O armário ta meio dividido assim nas três portas, o primeiro tem os pedagógicos, no meio os de menina, embaixo os de menino. Agora ele já sabe mais ou menos como estão dividido as coisas, ele vai direto no que quer. E depois que ele fez o cocozinho, olha que legal, hoje por exemplo, ele tinha tique né, assim, respirava exagerado, assim, ansioso né pra puxar o ar. E agora depois do coco, ele acalmou, daí hoje, ele puxou a cadeira, e procurou as massinhas que ele brincou na sessão passada. Uma massinha que ele misturou as cores e criou uma cor especial, cor de coco escuro, preto. Ele me mostrava, pra ver se eu ia criticar, se eu ia brigar, ne. Tipo, olha to misturando aqui, olha, não vai dar pra separar mais. Meio sondando o ambiente dele, dizia assim: "deixa eu ver se a minha cor especial esta aqui", foi lá no armário e a massinha que ele misturou estava lá, daí hoje ele já fez uma mistura mais colorida. Hoje ele sentou, e brincou de comida,

amassava, amassava, e conversou, vc. precisava ver o rostinho dele. Ele quis conversar hoje, 6 aninhos, aquele toquinho, sentado aqui conversando, hoje eu to deprimido, to aquilo, na escola tiraram sarro de mim porque eu sou baixinho. Usa uns termos bem adulto assim, sentou aqui hoje e falou, falou, falou. Foi isso.

- Agora, Giovana se você puder contar uma outra experiência que você sentiu que não foi tão boa o andamento, ou não teve continuidade.

Ah.... tem um de um rapaz que veio aqui, e antes de vc. chegar eu estava falando com a mãe dele por telefone. Ele tem 18 anos, a mãe quer que ele venha, mas pra ele sabe vc vê que pelo transtorno dele, as característica, a situação dele, ele tem o comportamento de delinqüente sabe. Delinqüente mesmo, marginalizado, de burlar Lei, anda com rapazes até assim, ele diz que não usa... drogas, mas até o perfil dele ele pode não usar, porque eu conheço bastante rapazes, meninos de 10,11 anos conheço assim, da passagem pela clínica ne, que não usam mas traficam. E ai é muito mais difícil de vc. tratar.

- E esse caso, o que aconteceu? Ele veio encaminhado...

A mãe, a mãe procurou, a mãe no desespero, falou que agora... porque antes ela até tinha um certo controle sobre ele. Controle entre aspas, sempre viveu na rua. Tem casa, tem família, na rua não de dormir na rua, de passar o dia inteiro na rua, não estuda, parou de estudar muito cedo, ele antes andava á cavalo. Então ele saia com os amigos no bairro e, ele roubava cavalo, e andava de cavalo o dia inteiro, voltava e deixava o cavalo lá. Porque geralmente o cavalo era de algum conhecido, ou de alguém que conhecia ele, então ele pegava o cavalo, andava, andava, andava. Hoje ele faz isso com uma moto. Ela deu uma moto pra ele. Eu estava com ela no telefone, falando pra ela dessas questões, mas um rapaz menor de idade, sem carteira, não tem que ter uma moto. Mas ele prometeu pra mim que ia tirar. Mas oh... porque isso é questão mesmo de como a mãe lidou com ele a vida inteira, a mãe sempre tentou resolver.

Ele sempre criou confusão, criou problema, a mãe foi lá e resolveu, ne. A moto dele estragou, e levou pro conserto sem falar nada pra ela, e pra ela pagar. Eu disse, e vc. vai pagar? ela disse, se eu não pagar, ele vai vender droga e vai pagar. Porque ele sabe que isso assusta ela, que o maior medo dela é esse, que ele se envolva com drogas, num sei que, num sei que... ne? Falei pra ela, de quem é a moto? Ela disse: “é minha”. Então porque vc. não vende ela, e guarda esse dinheiro pra quando tiver a carteira vc. ajuda ele comprar uma moto de novo, ou faz qualquer coisa assim, né, a moto é sua, ele não tem carteira, é inconseqüente. Sabe, é difícil, é difícil até pelo perfil da mãe. Da mãe pegar um rapaz de 18 anos e trazer aqui.

- Esta parecendo então, que o trabalho que você esta fazendo, é mais de orientação á essa mãe?

Já disse isso pra ela no telefone. Olha, ele aceitou ir para o neurologista, aceitou assim, me dar informações do que vai acontecer, ne, aceitou... coloquei pra ele, ah... então porque a gente não procura uma terapia alternativa já que vc. não quer mais vir aqui, pra não perder o contato com ele de alguma forma. Pra ele poder estar me dando uma possibilidade de eu, ele ta querendo buscar alguma coisa. Ele querer fazer alguma coisa por ele. É assim que eu venho tentando trabalhar com ele, nessas duas semanas que ele tem vindo, mas já disse que não volta mais. Ele conversou comigo abertamente, disse que não quer ficar, que faz isso pra provocar a mãe. Mas não vai funcionar, enquanto ela ficar lá de fora obrigando ele a vir, se ela parar de obrigar, talvez ele ia vir sozinho. Porque eu coloquei pra ele, oh... eu vou te encaminhar então pra um neuro, porque eu acho que vc. além dos conflitos emocionais, ele tem características de hiperatividade né,. então vamos fazer alguns exames, se preciso entrar com medicação pra conter um pouco essa agitação, e se precisar vc. volta ta, se precisar vc. vem comigo. Mas não dá pra vc. ficar enganando sua mãe, e me enganando. Porque dizia pra mãe que vinha aqui e eu não estava, que veio aqui, mas foi pra outro lugar. Ai eu disse, assim não dá, ne. E conversei com ela. Não sei, mas eu até aposto que

quando ela parar de forçar, ele até queira voltar né, queira fazer. Porque ele precisa, tem que fazer avaliação, porque ele foi tentar tirar carteira e não passou no psicotécnico. Então a psicóloga lá do Detran pediu que ele fizesse acompanhamento psicológico. Então ele não tira carteira sem, então uma hora ele vai voltar (risos).

- Giovana, tem mais algum caso que você lembrou e gostaria de comentar? Mas agora, se você puder me contar um atendimento que tenha tido as entrevistas iniciais, ou até no caso de uma criança, que houve a devolutiva e por algum motivo o caso não teve continuidade.

Tem, tem sim. Oh... o que eu percebo assim... é tem muitos casos que é de aconselhamento, só pra uma orientação, mais com crianças que acontece bastante. Vem a mãe trás, e ai vc. vê que são casos que vem a mãe na primeira vez, vem a criança, daí vc. precisa conversar com a mãe de orientar a mãe. Ai tem caso de entrar duas, três vezes a mãe junto com a criança, daí a criança melhora e não volta.

- E você entende isso de que forma? Como você compreende esse tipo de situação?

Ah... que começa a mudar as atitudes, alguns comportamentos e a criança melhora. Acontece muito aqui. Sabe, popularizou o atendimento, e ai, eu vejo que tem muitas questões de desenvolvimento normal da criança, principalmente questões de quatro, cinco anos, né. Idade em que a criança é mais agitada, tem mais atuação, e as famílias não estão suportando esse tipo de desenvolvimento, não tão conseguindo lidar, não tão conseguindo pôr limite. Vem muitos casos, inclusive encaminhado da creche, então quer dizer que nem família, nem a creche faz esse papel de acolher, de ajudar essa criança a formar uma consciência, ah... não tem, não tem, ai vem pra cá. Daí vc. vai mostrando pra mãe, oh normal. É uma fase do desenvolvimento normal. Ah é normal? E vai ficar assim? Eu digo: não... vc. precisa entender o que é normal até pra vc. aprender atuar com seu filho, pra vc. agir com ele né, entender e ajudar ele neste processo de

desenvolvimento. Ai, eu acabo fazendo essa orientação. Pergunto se ela conhece outras crianças que agem assim nesta idade. Oriento faça assim, não faça assim, sabe aquele papel mesmo bem de professora. Tem muito, muito caso assim, e sabe, tem mãe que não gosta.

- É mesmo? Porque?

Porque veio, fez avaliação e não ficou. De vc. avaliar a criança, e ela não te mostrar, pelo menos... se eu tivesse numa clínica particular, eu daria continuidade ao atendimento com essa criança. Porque, se todo mundo pudesse, ou tivesse condições, porque sim precisa, se vc. pode, sempre vai achar uma questão psicológica pra ser trabalhada. Mas não é aqui essa questão na instituição. Por questões do tipo: o tempo, a fila... ai vc. faz esta avaliação, vai durar um mês, dois meses. E ai você percebe que a criança esta dentro de um desenvolvimento normal. E que o problema é outro, educacional. Ai vc. chama a mãe, orienta e elas não ficam felizes não. Daí um tempo tentam de novo, tentam outros atendimentos. Dá impressão aqui, não só no meu setor, mas em todos, que se não saírem com um diagnóstico, o nosso serviço não é bom. Se não sair com um remédio, ou um encaminhamento de dentro do consultório esse profissional não é bom.

- Como você compreende esse tipo de situação? A que você atribui esse tipo de reação?

Eu acho que a cultura, a cultura da população atendida aqui. Ta, eu acho que são pessoas extremamente carentes, afetivamente também, não só carente de informação, mas vc. vê que elas buscam uma atenção, elas querem justificar o sofrimento delas até no geral, é... com a doença. Porque elas usam muito isso, chegam aqui com um diagnóstico, oh... meu filho tem isso, ou, eu tenho essa doença. Talvez fica assim, olhem por nós. Eu vejo muitas mães aqui, que vem encaminhadas pela escola, então elas querem uma justificativa, porque ta vendo, meu filho não é uma pessoa ruim, ele ta doente. Meu filho não é tão feio como vc. ta dizendo, meu filho

não é delinqüente, meu filho não é bandido, ele ta doente. Porque já vem humilhado, já vem muito diminuído, muito desmerecido, pela instituição escolar, por outras instituições. Então vc. vê que tanto o pai, quanto o filho vem e vc. precisa dar uma erguida. Querem que tenha um tempo maior, num sei, querem uma justificativa, pode ser...

- Já esta na hora do próximo atendimento não é?

Já, já

- Giovana, mais uma vez meu muito obrigado pela colaboração, foi muito rica a experiência que você pode dividir comigo.

TERCEIRO ENCONTRO – 04/04/2008

- Então Giovana, gostaria que você falasse um pouco sobre a sua formação, como foi seu curso.

Ai, assim, uma coisa que eu percebi porque o... o... têm vindo estagiários aqui do CESUMAR, lógico né, da UEM não tem esse convênio com a prefeitura, pelo menos eu nunca recebi nenhum estagiário de psicologia da UEM. Talvez eu esteja falando besteira mas eu acho que não.

- O que eles vêm fazer aqui?

Teve.. Sabe a Sandra Diamante?

- Sei.
Eu nunca lembro o nome da disciplina dela. Então... eu já recebi uns dois estagiários do curso dela né, aqui na Unidade, acompanhando um trabalho do PSF, acompanhando o papel de um psicólogo, como é que

um psicólogo vai atuar e tal. Entao, assim, eu falei: “poxa, que bom”. Que legal, eu não tive isso (risos) entende?! Entao é assim, e até em termos de psicodiagnóstico, de avaliação... Teve na época que eu fiz o curso uma coisa que me deu um apoio mas é uma realidade bem clinica, bem redondinha, bem certinha que você tem horário, material, aquele pacientinho com aquele tipo de teste, que hoje mudaram bastante né, teste que a gente aprendeu hoje a gente nem usa mais e tal. Mas, assim, eu senti, assim, que a formação foi bem voltada pra clinica particular. Onde você prepara tudo... você tem um controle maior do setting terapêutico do que na rede pública, né. Hoje você vai atuar lá, vai fazer intervenções fora do setting terapêutico; isso a gente não teve especificamente, a gente teve um pouco de psicologia social, né, a gente teve um pouco de psicologia social daí dependeu muito, depende, eu acho, dependeu, muito do professor que a gente pega, dele ter essa tendência de mostrar isso, de te levar isso, né. E eu, na qual eu tive uma sorte, no estágio porque eu tive um professor psicanalista, um comportamental e um..

- No quinto ano?

No quinto ano. Um psicanalista, um comportamental e um terapia sistêmica mas trabalha casal na escola de Milão e tal. Então eu tive essas três oportunidades de estar vendo essas linhas... de tá podendo... então, assim, quando eu entrei pro serviço público é o que me ajudou a ter esse jogo de cintura assim, né, porque eu me formei e fui logo de cara e sem noção nenhuma trabalhar em uma escola como psicólogo entre aspas, né, pra menor infrator, onde você tinha que fazer clinica e tinha que fazer psicologia judicial... e aí “Como é que eu vou fazer psicodiagnóstico nesse guri dentro da cela? Como é que eu vou fazer com o guri vigiado..”, que tinha o risco de você, se aquele paciente não ia.. querer te pegar, né.. ele te fazer de refém, manipular... usar desses momentos.. então são situações que realmente...

- Como você se sentiu com essa experiência?

No início? Perdida (risos), sem noção de onde começar né? com o que começar... porque você tem que fazer... daí hoje... eu sei porque eu busco aqui, alí, de alguma forma, ler, estudar. E a psicologia social dá uma boa base, mas faltou na graduação.

- Você falou de psicologia social...
Noção ... e teorias de psicologia social, noção e teorias.
- Você acha que ela é importante na grade curricular pra quem vai atuar em unidade básica...

Com certeza, com certeza.

- O estágio seu de quinto ano, já que teve oportunidade de ter três supervisores em abordagens diferentes, de que maneira você percebe a formação que saiu de lá?

(Risos) Uma salada mista. Foi engraçado assim: que o psicanalista não era no estágio clínico, o psicanalista era na área de trabalho. (Risos) o psicanalista era na área organizacional, o comportamental era na escolar; então, até que encaixa bem e me ajuda muito hoje no atendimento aqui e na avaliação da... por isso assim, talvez o psicodiagnóstico durante essa avaliação, essa coisa né, dentro da breve, você consegue por isso pela... pela questão do “matiz comportamental da corzinha que me deu ali”, né. E ... porque, talvez eu esteja falando besteira, mas, ela, dentro da .. ela deixava a gente mais à vontade, porque a psicanálise... é mais metódica, mais sistemática em relação ao psicodiagnóstico. Já na comportamental não, você já intervém mais, você né, é mais rápido, mais... e calha melhor com a área, área do serviço público, como a gente vive aqui. De você ter que, você vem pra uma primeira consulta, vai ter que orientar ao invés de avaliar porque a pessoa não tem nem noção do que ela veio fazer aqui. Trouxe aquela criança encaminhada pela escola mas.. e pra quê.. Qual o papel do psicólogo..então a.. ter tido essa base comportamental pra

mim foi, eu acho, que foi ótimo, me dá tranquilidade, me dá joga de cintura. E a clinica foi na área.. foi terapia familiar, foi sistêmica.. familiar, casal e individual, que me ajuda muito aqui porque eu percebo assim: a primeira entrevista, por exemplo, eu faço, a criança e a mãe, o adolescente e a mãe. Então eu faço essa primeira entrevista, segunda entrevista com os dois, conforme eu vou precisando, eu vou sentindo, né?! Então é legal que eu consigo as vezes, ter uma idéia bem mais rápida da relação que só avaliando e como pra gente o recurso do teste é muito pouco.. as vezes é você poder.. com a mãe e o filho.. presenciar a relação dos dois você já ganha um tempão. Então, essa base, essa formação que eu tive, eu assim, acho que foi.. sabe, que me deu uma base legal. Eu tive oportunidade de atender paciente psiquiátrico, paciente em surto, né, no estágio. No fim do ano atendi dois pacientes com surto mesmo, um por dependência química e outro por esquizofrenia.. entao isso.. “Nossa! Que bom que eu tive isso!”

- Então, você esta dizendo que essa formação que você teve no estágio de quinto ano, não acontecia para todos os alunos...?!

Não, não.. Foi sorte, foi sorte (risos).

- Como assim, sorte?

Sorte de eu.. de eu.. de pegar três áreas diferentes de atuações bem.. de professores realmente competentes assim, né, nas três áreas diferentes, de te leva junto, de te mostrar... a minha supervisora de estágio, eu atendendo e ela na porta, do lado de fora, né, pra qualquer situação... porque o paciente tava com surto.. os dois paciente tinha risco de ficarem agressivos pelo quadro. Então ela me preparou, me deu um material extra pra estudar, porque é uma situação extra, né. Me deu um material extra, me preparou pra aquela consulta, me preparou pra aquela avaliação, e ficou na porta do lado.. .que qualquer coisa era pra eu, entao assim eu acho que eu tive a felicidade de pegar..

- Então você está me dizendo que estes tipos de casos que você atendeu no estágio, não era comum na época o aluno atender? Que ano foi isso?

(risos) eu me formei em noventa e cinco?! Acho que noventa e cinco pra noventa e seis. Então, assim, é que na UPA, na época, não eram casos clínicos assim né, esses dois casos foram, assim, passa lá por uma triagem, né, e aí a gente já tem em média, casos mais... simples né?! Mas ai precisava dessa avaliação, daí chegou e eu disse opa!

- Você se formou em noventa e cinco?!

É, final de noventa e cinco. A colação em noventa e seis.

- Você estava me dizendo sobre as disciplina curriculares, durante os anos que você estudou. Como você percebe sua formação e a forma como atua?

Ah... assim, oh oh... teve matérias importantes, psicoterapia breve e de emergência.

- Me fale um pouco como foi.

No terceiro ano a gente tinha essa disciplina na grade. Técnicas de psicoterapia breve e de emergência, que eu acho, assim, que foi.. até hoje eu recorro né, aos arquivos. É... psicopatologia que é fundamental. Porque aqui a gente avalia.. .é porta de entrada, né. Por mais que tenha o serviço, né, específico... nível terciário de atendimento. Aqui é porta de entrada, vai passar por aqui pra ser encaminhado. Se você não tiver essa noção, de psicopatologia, você não consegue nem fazer né, nem fica... Então, assim, né, a de emergência, a psicologia social, foi muito pouco, essa de fato foi pouco, foi assim: isso existe tá. E na época não era tão focado, não era né, não tinha tanta ênfase, então também isso existe, e eu lembro

que eu gostei muito da visão da psicologia social, da abertura que ela te dá, das possibilidades que ela te dá, também junto a uma terapia clínica. Eu lembro que marcou bastante assim, sabe?! E quando eu vim pra cá, mais pra saúde pública porque nos outros setores onde eu passei que eu entrei, que eu comecei na ação social..

- E como foram essas vivências quando entrou aqui...

Aqui é que essas questões de psicologia social ficou em falta. Porque dentro da ação social já entendia essa linguagem, já né. Agora, aqui, era dirigido à clínica e exigido essa outra atuação da Saúde da Família. E aí o conflito de até onde o papel do psicólogo, você tá deixando de ser psicoterapeuta se você fizer um diagnóstico fora dessa família, sem teste, sem padrões de o que tem que ser seguido, né? e aí é quando você lembra da psicologia social... que ela falou: "Aí pode. Espera aí que está certo. É por aí."

E aí o que ajudou muito também foi aqui, a formação aqui na secretaria de saúde, dentro desta visão de grupos de psicologia social.

- Então você acha que precisa ter esta visão na formação?! ..

Sim, precisa... e aqui também... contínua... essas capacitações que a gente tem... tinha aqui na secretaria de saúde.

- Como que funciona essa capacitação contínua?

Hum... quem vai ouvir isso? (risos), to brincando não tem problema não. É que antigamente, em outra gestão... é que depende da política né? Tinha todo um investimento no profissional da saúde, para a psicologia na rede pública, tínhamos cursos, palestras, capacitação mesmo para os programas implantados. E hoje né? ta aí... temos as nossas reuniões para discutir algumas coisas mas é entre nós.

- Giovana, você teria mais alguma coisa a acrescentar sobre sua formação, suas vivências como profissional aqui na UBS?

Eu acho assim, tive que pensar muito para poder dar conta de atuar na saúde pública, acho que aprendi (risos), mas acho que na graduação falta muita coisa, muita informação para o profissional saí de lá e vir prá cá, é um choque! Mas a gente vai buscando, vai se adaptando e é isso né?

- Pois é. E mais uma vez eu gostaria de agradecer imensamente sua colaboração. Sua participação para mim é muito valiosa.

Você sabe que eu gosto de quando você vem aqui, eu posso conversar com alguém e dividir minhas coisas... sei que eu não tenho perfil de psicóloga, sou bem diferente (risos).

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)