

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Maria Rosa Spinelli

Identidade Profissional do Psicólogo Clínico:
Transformações no Contexto Atual.

DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
NÚCLEO DE PSICOSSOMÁTICA E PSICOLOGIA HOSPITALAR
DO PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS
EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO
2010

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica

Maria Rosa Spinelli

Identidade Profissional do Psicólogo Clínico:
Transformações no Contexto Atual.

DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Tese apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica, pelo Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação da Profª Dra. Mathilde Neder.

PUC/SP
SÃO PAULO
2010

Banca Examinadora

SPINELLI, M. R. Identidade Profissional do Psicólogo Clínico: Transformações no Contexto Atual. Tese de Doutorado, pelo Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, 2010

RESUMO

Objetivo: Verificar quais são as transformações que estão ocorrendo no contexto atual na prática da Psicologia Clínica e como está definida essa identidade profissional. **Método:** “Método Clínico - Qualitativo e Quantitativo”, o qual foi construído a partir do casamento de dois sistemas metodológicos densos: de um lado, usamos as concepções epistemológicas dos métodos qualitativos (descritivos – compreensivos – interpretativos) da pesquisa desenvolvida sob o prisma das ciências humanas e, de outro, o método quantitativo, que nos leva a medir, equacionar e estudar os dados que propomos. Empregamos também os conhecimentos e as atitudes clínico-psicológicas desenvolvidas tanto no enfoque psicanalítico das relações interpessoais, como historicamente no campo sócio-psíquico-físico. **Sujeitos:** Os critérios de inclusão dos sujeitos no presente trabalho foram os seguintes: a. Ser psicólogo clínico com e-mail para contato e ter experiência profissional entre 20 e 47 anos; b. Ser registrado no CRP-06 a partir de 1962, como psicólogo clínico (ano da criação da lei que regulamenta a profissão de psicólogo); c. Apresentar consentimento explícito por parte do sujeito de participação na pesquisa através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O universo trabalhado foi de 236 sujeitos, cedidos pelo CRP-06, sendo que a amostra será de 164, os quais aceitaram responder à pesquisa previamente através de contato por e-mail. **Análise:** Como instrumento de avaliação, a técnica de tratamento dos dados colhidos foi a do “Discurso do Sujeito Coletivo-DSC” (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005), e a da “Análise Quantitativa de Dados e Qualitativa de Conteúdo”, as quais propiciaram a categorização/subcategorização dos dados a partir de leituras do conjunto dos questionários recebidos. À luz das teorias de Winnicott, D.W.; Giddens, A.; Taylor, C., numa abordagem psicossomática, foi realizada a análise dos dados. **Resultados:** Concluí que os psicólogos desta amostra têm uma ‘Identidade Profissional’. São profissionais de classe média, amam a profissão, estudam constantemente, mas faltam-lhes recursos financeiros para mais estudos, pesquisas e dedicação. Demonstrem saber fazer, agir, ter competência e reflexividade. Desempenham um papel importante na área da saúde e na sociedade, sendo reconhecidos pela profissão. Atuam em hospitais, clínicas particulares e no serviço público. Estão preocupados com os desafios da contemporaneidade, pois “as patologias aumentaram e a relação tempo/espço está cada vez mais acelerada”, as tecnologias ao mesmo tempo em que fornecem novos recursos científicos, exigem novas técnicas e mudanças no ‘*setting*’ terapêutico. A subjetividade precisa ser mais estudada e adaptada a este novo contexto social. Os cursos acadêmicos não estão formando adequadamente os profissionais para atuarem nesta época.

Palavras chave: Psicólogos; Identidade Profissional; Subjetividade; Contemporaneidade.

ABSTRACT

Topic: The Professional Identity of the Clinical Psychologist: changes in the current scenario. **Objective:** To examine the ongoing changes in the current scenario of clinical psychology practice and how such professional identity is defined. **Method:** “Qualitative and Quantitative Clinical Methods” built as from the matching of two dense methodologies: on the one hand, we have used the epistemological concepts of the qualitative methods (description – comprehension – interpretation) of the research conducted from the perspective of the human sciences and, on the other hand, the quantitative method, which requires the measuring, balancing and study of the data proposed. We have also employed the clinical-psychological knowledge and behavior developed through a psychological focus on interpersonal relations and through the history of such relations in the socio-psycho-physical field. **Individuals:** The criteria used to include the individuals in this study were the following: a. Be a clinical psychologist with an email address for contact purposes and professional experience between 20 and 47 years; b. Be registered as a clinical psychologist with the “CRP-06” [Accreditation Entity] as of 1962 (the year in which the law regulating the profession was created); c. Submit an express consent for his/her participation in the research by signing the “*Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*”. The group we studied was composed by 236 individuals, indicated by the CRP-06, the sample including 164, who agreed to respond to the research questionnaire previously, by email. **Analysis:** As an evaluation tool, the techniques chosen to deal with the collected data were the “Collective Subject Discourse-DSC” (LEFÈVRE and LEFÈVRE, 2005), and the “Quantitative Analysis of Data and Qualitative Analysis of Content”, which enabled the categorization/sub-categorization of the data based on an examination of the set of questionnaires received. The analysis of the data was carried out in light of the theories of Winnicott, D.W.; Giddens, A.; Taylor, C., and with a psychosomatic approach. **Results:** We have come to the conclusion that the psychologists included in the sample we have analyzed have a ‘Professional Identity’. They are middle-class psychologists who love their work, study constantly, but lack the financial resources that could help them conduct more studies and research and be more dedicated. They have showed their skills, competence and responsiveness. They play an important role in the health area and in society in general, being recognized by their work. They are in the hospitals, private offices and in public services. They are concerned with the challenges of the present, as ‘the pathologies have increased and the time/space relation has been accelerated’, the new technologies supply new scientific resources, but, at the same time, they demand new techniques and changes in the therapeutic setting. Subjectivity requires further studies and adaptation to such new social context. The academic courses are not doing a good job in preparing such professionals to work in the present time.

Keywords: Psychologist; Professional Identity; Subjectivity; Present Time.

SUMÁRIO:

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVOS DA PESQUISA.....	14
2.1- Objetivo Geral.....	14
2.2- Objetivos Específicos.....	14
3. HIPÓTESE DO TRABALHO.....	15
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
4.1- História da Psicologia e da Psicossomática.....	16
4.2- Modernidade, Pós-Modernidade, Modernidade Tardia, Hipermodernidade e Globalização.....	26
4.3- Formação da Identidade.....	31
4.4 –Identidade Profissional.....	42
5. MÉTODO.....	46
5.1 Característica do Estudo.....	46
5.2 – Instrumentos Utilizados.....	47
5.3 – Sujeitos.....	49
5.4 – Procedimentos.....	49
5.5 – Análise.....	51
5.6 – Cuidados Éticos para Execução da Pesquisa.....	52
6. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	53
6.1- Categorização da Amostra – Dados Quantitativos.....	53
6.1.1- Tempo de Atuação como Psicólogo(a) Clínico(a).....	53
6.1.2 – Faixa Etária.....	53
6.1.3 – Gênero.....	53
6.1.4 – Início do Funcionamento do Curso.....	54
6.1.5- Abordagem Psicologia Clínica.....	54
6.1.6- Ano que se Formou.....	54
6.1.7- Como se vê na Carreira?.....	55
6.1.8- Renda na Clínica.....	55
6.1.9- Já se Submeteu a Terapia?.....	56
6.1.10- Faz Terapia atualmente?.....	56
6.1.11- Faz Tratamento Alternativo?.....	56
6.2- Resultados Quantitativos.....	57
6.2.1- Você é Psicólogo Clínico há vinte anos ou mais. O que o mantém este tempo todo nesta profissão?.....	57
6.2.2- Diversas categorias profissionais exercem a função de Psicoterapeuta. Em sua opinião qual a diferença entre atuação do Psicólogo Clínico comparado a outros profissionais.....	62
6.2.3. Ser Psicólogo Clínico hoje é diferente de ser Psicólogo Clínico há vinte anos? Fale sobre isto.....	67
6.2.4. Em sua opinião, o paciente de hoje é diferente do paciente de 20 anos atrás? Fale sobre isto.....	78
6.2.5. Você Segue uma Abordagem ou Várias Abordagens? Por que?.....	84
6.3- Resultados Qualitativos.....	58

6.3.1- Você é Psicólogo Clínico há vinte anos ou mais. O que o mantém este tempo todo nesta profissão?.....	58
6.3.2- Diversas categorias profissionais exercem a função de Psicoterapeuta. Em sua opinião qual a diferença entre atuação do Psicólogo Clínico comparado a outros profissionais?.....	63
6.3.3. Ser Psicólogo Clínico hoje é diferente de ser Psicólogo Clínico há vinte anos? Fale sobre isto.....	68
6.3.4. Em sua opinião, o paciente de hoje é diferente do paciente de 20 anos atrás? Fale sobre isto.....	79
6.3.5. Você Segue uma Abordagem ou Várias Abordagens? Por que?.....	85
7. ANÁLISE FINAL.....	92
8. CONCLUSÃO.....	96
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99
9.1- Referências Bibliográficas.....	99
9.2- Bibliografias Eletrônica.....	103
9.3- Bibliografias Consultadas.....	104
10. ANEXOS	
Anexo1 - Ofício ADP – Nº 521/08 do Conselho Regional de Psicologia – 6ª Região.....	106
Anexo2 - Questionário Usado na Pesquisa.....	107
Anexo3 - Lista dos Entrevistados.....	109
Anexo4 - Comunicação On-Line.....	112
A- Primeiro Contato.....	112
B - Segundo Contato – Pré Teste.....	113
C- Terceiro Contato – Enviando Pesquisa.....	114
D - Quarto Contato – Aviso encaminhamento do Prazo Passo a Passo.....	115
Anexo5 - Protocolo de Pesquisa nº 14/2009 – Aprovação do Comitê de Ética.....	117

GRÁFICOS

1. Distribuição do Tempo de Atuação.....	53
2. Distribuição da Faixa Etária.....	53
3. Distribuição por Gênero.....	53
4. Distribuição Início do Funcionamento do Curso de Psicologia.....	54
e onde se Formou.....	54
5. Distribuição das Abordagens Psicológicas.....	54
6. Distribuição do Ano de Formação.....	54
7. Distribuição Visão de Si na Carreira.....	55
8. Distribuição da Renda.....	55
9. Distribuição de Submeter-se a Psicoterapia.....	56
10. Distribuição de Fazer Terapia Atualmente.....	56
11. Distribuição de Tratamento Alternativo.....	56

LISTA DE TABELAS

1. Porcentagem dos Resultados de Tempo de Atuação como Psicólogo(a) Clínico(a).	53
2. Porcentagem dos Resultados da Faixa Etária.....	53
3. Porcentagem dos Resultados dos Gêneros.....	53
4. Porcentagem dos Resultados do Início do Funcionamento do Curso.....	54
5. Porcentagem dos Resultados da Abordagem Psicologia Clínica.....	54
6. Porcentagem dos Resultados do Ano que se Formou.....	54
7. Porcentagem dos Resultados de Como se vê na Carreira?.....	55
8. Porcentagem dos Resultados da Renda na Clínica.....	55
9. Porcentagem dos Resultados sobre se Já se Submeteu a Terapia?.....	56
10. Porcentagem dos Resultados sobre se Faz Terapia atualmente?.....	56
11. Porcentagem dos Resultados do Tratamento Alternativo?.....	56
12. Porcentagem dos Resultados da Q1- Você é Psicólogo Clínico há vinte anos ou mais. O que o mantém este tempo todo nesta profissão?.....	58
13. Porcentagem dos Resultados da Q2 - Diversas categorias profissionais exercem a função de Psicoterapeuta. Em sua opinião qual a diferença entre atuação do Psicólogo Clínico comparado a outros profissionais.....	62
14. Porcentagem dos Resultados da Q3 - Ser Psicólogo Clínico hoje é diferente de ser Psicólogo Clínico há vinte anos? Fale sobre isto.....	67
15. Porcentagem dos Resultados da Q4 - Em sua opinião, o paciente de hoje é diferente do paciente de 20 anos atrás? Fale sobre isto.....	78
16. Porcentagem dos Resultados da Q5 - Você Segue uma Abordagem ou Várias Abordagens? Por que?	84

1. INTRODUÇÃO

O interesse por esse tema – Identidade Profissional do Psicólogo Clínico: Transformações no Contexto Atual – surgiu após ter tabulado de maneira despretensiosa os trabalhos de conclusão do curso de Formação em Psicossomática, pela Associação Brasileira de Medicina Psicossomática da Regional São Paulo, no período de 10 anos. Verifiquei que os psicólogos entregavam seus trabalhos, ao final do curso, sempre com uma casuística maior em Medicina do que em Psicologia. No entanto, os trabalhos entregues por outros profissionais de outras categorias não apresentavam esta mesma casuística, eles permaneciam fiéis à sua formação acadêmica.

Por outro lado, meu interesse pela Psicossomática sempre me fez pensar em possibilidade de hibridismo na profissão de psicólogo, associada a ameaças constantes da profissionalização desta atuação. Existe sim um mimetismo quanto à profissão de psicoterapeutas, a pergunta que me surgiu foi: o que mais incomoda no campo das competências profissionais a atuação do psicólogo clínico, e o que está faltando (se é que falta alguma coisa) nestes profissionais, para que sejam mais reconhecidos na área de saúde? Seria a identidade Profissional? Estariam eles fora da realidade social globalizada?

Esse ser humano, descrito por Ensaístas, Filósofos e Sociólogos, é percebido da mesma maneira pelo psicólogo, ou ele se perde na subjetividade do indivíduo, na leitura de seu inconsciente e não visualiza estas transformações? Pois o conteúdo simbólico, o instrumento essencial do psicólogo da psicodinâmica, manifesta-se pela linguagem, a qual, por sua vez, configura-se como uma “variável abstrata” de conteúdo quase puramente subjetivo, citando Hermann (1997, p.31)

“A maior parte de nossa teoria, aliás, refere-se a uma área supostamente distinta e isolada do real, o parêntese psíquico... só uma versão reducionista concebe a psique ao modo de substância isolada no indivíduo... A cabeça psíquica perderia então seu corpo no mundo.”

À luz desta colocação será investigado o psicólogo numa abordagem psicossomática em que considerarei algumas vertentes sociais, algumas questões filosóficas e como ele está vendo o “indivíduo” (então paciente/cliente), e como psicoterapeuta hoje, está inserido neste contexto mundial globalizado.

Outro fator de interesse pelo tema deve-se ao movimento da área de saúde no contexto sociomundial. No espaço de trabalho em que esse profissional está inserido e nesses campos competitivos, existem cinco elementos fundamentais que regem a profissão: Autoconhecimento (trabalho emocional do ser), Conhecimento (saber), Habilidades (saber e fazer), Atitude (saber, ser e agir), Reconhecimento (social/econômico). A legitimação, dessa competência dependerá de fatores como as condições específicas de ambiente de trabalho onde o profissional se formou e quais as condições universitárias que moldaram essa identidade, em outras palavras, ninguém pode ser competente *a priori*.

Tais competências profissionais do psicólogo localizam-se hoje num campo de conflito de interesses das relações socioeconômicas, das disputas ideológicas, de valores e de poder na sociedade. Por outro lado, essa sociedade determina o que é legítimo ou legal por meio de uma construção determinada pela história, pela cultura e pelo desenvolvimento técnico-científico e uma contínua recriação e reprodução dos contextos sociais que possibilitam as ações da atividade humana. (consideradas práticas sociais/estruturais).

Sabemos que tudo que transforma causa impacto, e o psicólogo precisa compreender com maior profundidade tais transformações sociais, para assim entender os fenômenos pessoais. Nossos questionamentos são: como o psicólogo clínico está vivenciando essas novas transformações? Como essa transformação, esses novos sentimentos, esses novos comportamentos, estão sendo assimilados em sua identidade profissional? Temos ouvido em congressos e palestras que abordam as questões profissionais em Psicologia que diferentes manifestações e conhecidas tendências estariam em plena transformação, como este fato está emergindo na configuração psicológica do homem contemporâneo mas pouca pesquisa se acha a este respeito.

Acreditamos que os fatores que alteram os valores sociais (interrelações, família, tempo e velocidade) transformam os modelos de ação (tempo real, busca do prazer) a ética e determinam mudanças de identidade das pessoas e também destes profissionais. Tais profissionais, além de acompanharem as transformações, observam e pesquisam as causas destas alterações não só na forma metodológica de análise, mas também de significado da sua profissão e da sua identidade profissional na sociedade que se transforma. E o transforma.

O conteúdo simbólico, o instrumento essencial do psicólogo, manifesta-se pela linguagem, a qual, por sua vez, configura-se como uma “variável abstrata” de conteúdo quase puramente subjetivo, citando Hermann (1997, p.31)

“A maior parte de nossa teoria, aliás, refere-se a uma área supostamente distinta e isolada do real, o parêntese psíquico... só uma versão reducionista concebe a psique ao modo de substância isolada no indivíduo... A cabeça psíquica perderia então seu corpo no mundo.”

À luz desta colocação o psicólogo será analisado numa abordagem psicossomática em que serão considerados algumas vertentes sociais, algumas questões filosóficas e como ele está vendo o “indivíduo” (então paciente/cliente) hoje inserido neste contexto mundial globalizado.

Outra questão inserida neste trabalho será observar se aparecerão trabalhos interdisciplinares e se possível como estão acontecendo tais interações entre psicólogos e outros profissionais da saúde. Neste tipo de interação as linguagens serão específicas de cada profissão, cujos conteúdos estarão relacionados também a cada tipo de pessoa. Nesta situação o indivíduo trabalha com sua subjetividade relacionada à sua autoconfiança e competência quanto aos aspectos objetivos do conhecimento.

Ora, como relata Taylor (1997, p.43) “... a questão é com frequência espontaneamente formulada pelas pessoas na forma ‘Quem sou eu?’” Mas essa pergunta não é necessariamente respondida pelo nome e genealogia. O que nos responde de fato essa interrogação é uma compreensão daquilo que tem importância crucial para nós. Saber quem eu sou é uma espécie de saber em que posição eu coloco. Minha identidade é definida pelos compromissos e identificações que me proporcionam a estrutura, ou mesmo o horizonte em cujo âmbito posso tentar determinar caso a caso o que é bom ou valioso, o que se deveria fazer ou aquilo a que endosso ou me proponho.

Em outros termos, trata-se do horizonte do qual sou capaz de tomar uma posição. Para o referido autor o reconhecimento não é simplesmente uma polidez que se faz às pessoas: é uma necessidade humana vital. Pensando o psicólogo clínico que trabalhará num momento de intensa transformação, a questão da identidade e da competência profissional poderá afetá-lo sobremaneira, desde que sua identidade profissional não esteja devidamente compreendida, formada e reconhecida. O deslocamento, ou o não pertencer a um grupo (seja corporativo ou não) pode levá-lo a sentir-se não pertencendo nem a uma coisa e nem à outra, estabelecendo uma relação por

vezes patológica, fazendo com que não consiga encaixar-se ao movimento necessário de estar em um lugar, de pertencer a um espaço. Nesse caso poderá ficar sem autocrítica e sem vestígios de sua atuação no grupo em que está estabelecido. Diante dessa possibilidade, a de não conseguir agir nem sentir de maneira adequada a sua identidade, também não poderá ser; isso poderá facilitar ou desencadear várias consequências pessoais.

A constante atenção e análise em uma relação dual ou grupal, protegida pelo “setting” terapêutico, os quais são as principais exigências pessoais no trabalho, poderão depois de 20 anos de exercício profissional causar algumas características comuns quanto a esta Identidade Profissional? Até que ponto, através da formação acadêmica ou de cursos de especializações, estará o profissional de psicologia clínica preparado para sua prática, colocando em constante transformação a sua identidade profissional? A identidade profissional constituída poderá ajudá-lo a enfrentar as atuais demandas sociais de sua profissão? Diante dessas variáveis, haverá uma identidade única formada na profissão de psicólogo clínico, ou a identidade estará dividida por especialidades? Por fim, como defini-la?

2. OBJETIVO DA PESQUISA

2.1. Objetivo Geral

Verificar quais são as transformações que estão ocorrendo no contexto atual na prática da Psicologia Clínica e como está definida esta identidade profissional.

2.2. Objetivos Específicos:

- a-** Verificar se há alteração na identidade profissional do Psicólogo Clínico.
- b-** Verificar as transformações nas práticas psicoterápicas resultantes dos novos comportamentos psicossociais no contexto atual.
- c-** Verificar se existem alterações no exercício profissional do psicólogo clínico, em função das transformações sociais, nas últimas décadas.
- d-** Verificar a qualidade das transformações sociais quanto a tecnologia e comunicação.

3. HIPÓTESES DE TRABALHO

3.1. Nossas hipóteses são:

3.1.1. Cada Psicólogo Clínico tem um modo de pensar e de se comportar próprio, relativo a sua identidade profissional.

3.1.2. Ocorreram alterações nessa identidade na contemporaneidade.

3.1.3. Os pacientes levaram aos consultórios clínicos sinais de mudanças em seus comportamentos quanto à velocidade de tempo e informações, relações superficiais e preocupação com o poder econômico.

3.1.4. Os profissionais estão adequando as práticas terapêuticas quanto à questão de tempo e espaço, informações, relações superficiais e poder econômico.

3.1.5. As alterações nos indivíduos, citadas pelos ensaístas e filósofos, são percebidas pelos psicólogos em contato com os pacientes.

4. REVISÃO DE LITERATURA

A Revisão Literatura estará dividida em quatro partes:

4.1 – História da Psicologia e da Psicossomática - parte da história da Psicologia e da Psicossomática em dados marcados pelo tempo. 4.2- Modernidade, Pós-Modernidade, Modernidade Tardia, Hipermodernidade e Globalização. 4.3 – Formação da Identidade: refere-se a questões psicológicas na constituição da subjetividade que nos levará a um entendimento da identidade individual e social, através dos autores que me guiarão na análise final (parte mais densa). 4.4 – Identidade Profissional: breve exposição da identidade profissional.

4.1 – História da Psicologia e da Psicossomática

Este capítulo é dedicado às pessoas que iniciaram esta profissão: Noemy da Silveira Rudolfer, Anita Cabral, Madre Cristina, Oswaldo de Barros Santos, Arrigo Leonardo Angelini, Mathilde Neder, Carolina Bori, Consuelo Carvalho, Silvia Lane, Maria do Carmo Guedes, Odette Pinheiro, Glauco Bardella, Maria Margarida Carvalho (Magui), Helládio Francisco Capisano, Luiz Miller de Paiva, Danilo Perestrello, José Fernandes Pontes, Abram Ekerstmann e Júlio de Melo Filho. Sem eles seria impossível construir a história da Psicologia e Psicossomática e entendê-la nos dias atuais.

PEREIRA, F.M. e Neto, A.P. (2003)- divide a história da Psicologia em três etapas: 1)-Pré-Profissional (1833-1890), 2)-de Profissionalização (1890/1906- 1975) e 3)- Profissional (1975 até a data atual.)

Etapa1: Pré-Profissional: havia uma gama de pulverizações de conhecimento. Este período histórico fica entre a criação das Faculdades de Medicina na Bahia e no Rio de Janeiro (1833); não havia sistematização ou institucionalização do conhecimento da Psicologia. Observa-se, no entanto que em São Paulo a disciplina de Psicologia tornou-se obrigatória na escola Normal a partir de 1893. A Psicologia aproximava-se das Ciências Naturais e, principalmente da Fisiologia e da Física. O objetivo nesta época era medir diferenças individuais, e conseguir descrições detalhadas dos processos de consciência humana, como as sensações. **Etapa2: Profissionalização:** a Psicologia começa a organizar-se em Instituto de Pesquisas, Faculdades e Associações e regulamentar suas leis. Foi inaugurado o laboratório de Psicologia Experimental na Educação (1906) e a criação do Código de Ética (1975). Passa assim a ser detentora de

um mercado de trabalho, ainda compartilhando com a educação e a medicina. Neste período o que mais atraiu os estudos foram as questões de “desvios” e “erros”. Assim apareceram os testes de inteligência (Q.I.) “conhecidos mundialmente até hoje” (Anastasi, 1965). **Etapa3-** A Psicologia passa então a ser menos eletiva e se torna obrigatória em vários cursos durante três anos em Filosofia, Ciências Sociais e Pedagogia e em todos os cursos de Licenciatura. Em 1946, a Portaria 272, referente ao Decreto-Lei 9092, institucionalizou, pela primeira vez na história brasileira, a formação profissional do psicólogo. O psicólogo habilitado legalmente deveria frequentar os três primeiros anos de Filosofia, Biologia, Fisiologia, Antropologia ou Estatística e fazer então os cursos especializados de Psicologia. A denominação fica então como Especialista em Psicologia e oficialmente inicia-se o exercício da profissão.

1943-Helládio Francisco Capisano assume o ambulatório de Psicossomática no Hospital das Clínicas- Gastroenterologia Prof. Cantídio de Moura Campos. Oposição da psiquiatria.

1943-Luiz Miller de Paiva- escreve sobre a Tensão Pré Menstrual e sofre repressão na Escola Paulista de Medicina.

1943- Danilo Perestrello- escreve “o futuro médico precisa estar a par de noções de Antropologia, na acepção larga da palavra, como modernamente é concebida e assim poderá melhor realizar a sua tarefa”.

1946- Danilo Perestrello faz o Congresso Inter-Americano de Medicina no Rio de Janeiro- com o Tema: *A Importância do Fator Psicológico na Etiologia da Úlcera Gastroduodenal.*

1946-Mathilde Neder começa seu trabalho em hospitais no Brasil. Neste período no Brasil acontecia a primeira inserção mundial de psicólogos em Hospitais. Mathilde Neder assume um trabalho junto à ortopedia no Hospital das Clínicas, o que dá origem ao Psicólogo Hospitalar. No mundo, mais um espaço conquistado pela Psicologia.

1947- Helládio Francisco Capisano - publica seu artigo sobre “As Neuroses Gástricas”.

No último período, a profissão de psicólogo, já estabelecida e reconhecida oficialmente, passa a sofrer fortes alterações socioeconômicas e disputas entre profissionais. Por conta da proliferação de cursos e faculdades de Psicologia, o número de profissionais cresceu e colaborou para a “degradação” da mão de obra. Novos espaços de trabalho surgiram e novos problemas com eles.

No início de 1950, em resposta à solicitação do Conselho Nacional de Educação, o ISOSP - Instituto de Orientação e Seleção de São Paulo e a Associação Brasileira dos Psicotécnicos (ABP) enviaram sugestões para regulamentação da Psicologia.

Em 1955, foi realizada em São Paulo a primeira reunião de médicos com o objetivo de fundar a Associação Brasileira de Medicina Psicossomática, já com uma visão integrativa de profissionais da saúde. Entre eles estavam Danilo Perestrello, Noemi Rudolfer Silveira, Helládio Francisco Capisano, Luiz Miller de Paiva, Abram Ekerstemann e José Fernandes Pontes. Iniciava então o pensamento de colaboração entre médicos e psicólogos no Brasil. (fonte ABMP-SP arquivos de atas).

Em 1957, a formação profissional do psicólogo, como está hoje em estabelecimento de nível superior foi iniciada neste ano, tanto no Rio de Janeiro como em São Paulo. A Comissão de Ensino Superior do Conselho Nacional de Educação se opõe a proposta e veta a atuação do psicólogo clínico como profissional independente. O psicólogo só poderia atuar com a supervisão de um médico (arquivos Brasileiros de Psicotécnico, 1959). Foi também aprovada a Associação Brasileira de Psicólogos em conjunto com a Sociedade de Psicologia de São Paulo. Caberia então ao psicólogo o direito de trabalhar na clínica, para atuar na denominada solução de problemas de ajustamento. Foi retirado do documento oficial o termo psicoterapia.

Em 1962, Lei 4119 - Regulamenta a Profissão de Psicólogos no Brasil, integra parte deste documento. Também foi emitido, neste ano, o parecer 403 do Conselho Federal de Educação, que estabeleceu o currículo mínimo e a duração do curso universitário de psicologia. Além do cadastro, era necessário definir as funções desses profissionais. Estas foram explicitadas através do Decreto nº 53.464:

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

1963-Helládio Francisco Capisano – Funda a Sociedade de Psicossomática de São Paulo e recebe 800 participantes com o apoio da Folha de São Paulo. Foi realizado o Curso: *Condições de Vida*, tendo como professores: Eduardo Etzel, Mario Yahn, Luiz Miller de Paiva, Noemi Rudolfer Silveira e Darcy Mendonça Uchoa.

1965- Fundação da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática.

1966- Luiz Miller de Paiva escreve - *Medicina Psicossomática*- Isac Leon Luchina (Argentina); Marcelo Blaya (RGS)

Em 1966 - foi iniciado o primeiro Curso de Mestrado em Psicologia.

Década de 70 - Criação do Sindicalismo Profissional.

Em 1974, foi iniciado o primeiro Curso de Doutorado em Psicologia.

A partir de 1975, iniciou-se um novo momento, caracterizado por novos dilemas próprios de uma profissão que insiste em garantir seu poder, prestígio, reconhecimento e autoridade. A Psicologia e a Psicanálise entraram no cotidiano das pessoas através de manuais de comportamento, revistas, programas de TV e livros sobre sexualidade.

1980 – surge o modelo biopsicossocial nos Estados Unidos - G. J. Taylor e Joyce Mac Dougall. R. Ader escreve a *Psiconeuroimunologia ou Neuroimunodulação: Interações entre Comportamento, Função Neural, Endócrina e Processos Imunes: Troca de Informações entre Sistemas* (SI-SN).

Década de 80 – Abertura do mercado de trabalho no serviço público para psicólogos. Foi criada a Federação Nacional dos Psicólogos pelos sindicatos da categoria, início da Luta Antimanicomial.

Em 1988, o Conselho Federal de Psicologia realizou o primeiro grande levantamento sobre a profissão no Brasil. Essa pesquisa, cujos dados foram coletados entre o final de 1985 e o início de 1987, concluiu que a profissão apresentava as seguintes características: profissão feminina (o número de psicólogas chegava a 85%); profissão jovem (73 a 90% dos profissionais estavam na faixa dos 22 e 30 anos); e concentrada nos centros urbanos - localidades onde se encontra a maioria dos cursos de formação e, principalmente, um maior mercado de trabalho. A pesquisa concluiu também que os psicólogos eram profissionais mal-remunerados e que parte deles exerciam a profissão apenas em período parcial, ou seja, trabalhavam em outra atividade remunerada, com o objetivo de complementar a renda mensal. Nessa época, havia 58.277 profissionais registrados nos Conselhos de Psicologia. Esses dados revelam que os psicólogos brasileiros da década de 1980 não estavam conseguindo se manter exclusivamente de sua

profissão. Foi um período de grande crise econômica brasileira. O que reflete o social econômico na profissão do psicólogo e de outros profissionais. Era um sinal nítido de perda de autoridade e de valorização profissional. O que me parece não ser a realidade de hoje.

1994 - Denise Gimenez Ramos escreve a Teoria Analítica de Psicossomática.

Em 1995 na PUC-SP, no Curso de Pós Graduação em Psicologia Clínica, Mathilde Neder e Denise Gimenez Ramos iniciam o Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar.

BOCK, A. M. B. (1999). Descreve que a Psicologia consta desde os anos 30 quando foi acentuada a relação entre a Psicologia e a Pedagogia o que vem mudar o conceito de criança de uma natureza corrompida para uma natureza boa. Neste período o campo de estudos para Organizacional ou trabalho também começaram a se desenvolver, registra-se o ISOP - Instituto de Seleção e Orientação há mais ou menos 50 anos. Assim começa a institucionalização da Psicologia. Este conhecimento crítico que concebia o homem e o fenômeno psicológico como indissociáveis do processo de socialização. Para Bock, a Psicologia sempre esteve presa a dicotomias: subjetividade e objetividade; o externo e o interno; o natural e o histórico; o objeto e o sujeito; a razão e a emoção; o indivíduo e a sociedade. Porém não se espera que uma identidade profissional esteja pronta, pois ela “está sempre em movimento”, sofrendo alterações, sem “nunca ter uma definição”. Afirma que ainda é pouco diversificada e restrita a “necessidades de demandas de setores dominantes da sociedade”.

Em 1994 e 2001 foram realizadas duas outras pesquisas pelo Conselho Federal de Psicologia, e indicaram que os dados colhidos em 1988 permanecem os mesmos (Achcar, 1994, WHO/CFP, 2001). A profissão de Psicologia no Brasil continua sendo uma profissão feminina, jovem, mal-remunerada e atuante preferencialmente na área clínica, mais especificamente em consultórios

TOURINHO, EZ; NETO, MBC e NENO, S., 2004 – Tourinho refere-se ao sucesso de cada abordagem psicológica que depende, em alguma medida, do reconhecimento do caráter multifacetado do campo da Psicologia e da capacidade de responder de modo consistente e integrado às diferentes demandas sociais que definem esse campo. A experiência subjetiva do homem moderno deveria ser abordada como um tipo de experiência instituída sob condições histórico-culturais particulares, no âmbito de relações interpessoais que promovem, de modos originais, a vigilância do próprio corpo,

o autocontrole, e a reduzida capacidade de percepção dos laços de interdependência entre os indivíduos, ou da dimensão relacional de seus modos de experimentar ou lidar com o mundo (cf. Tourinho, 2002). A Psicologia não deixou de ser um campo reflexivo sobre o homem, seus problemas e as possibilidades de realizar-se em diferentes domínios da vida (cognitivo, espiritual, etc.) para edificar-se como um fazer científico. Ela passou a ser também uma ciência.

DUTRA, E. 2004 - considera a evolução de significados e conceitos da Psicologia Clínica e suas implicações para as ações do psicólogo dessa área. Não restam dúvidas de que o referencial teórico do psicólogo clínico constitui-se numa das ferramentas com as quais ele constrói o espaço da clínica. Porém, ao mesmo tempo em que necessita desse referencial para visualizar a queixa, problema ou sofrimento do indivíduo, ele precisa se afastar desse mesmo referencial para poder enxergar a singularidade do sujeito, sem correr o risco de impor o seu saber sobre ele. Com isso, entendem-se como as noções de sujeito, a subjetividade e as concepções teóricas que embasam o fazer clínico e que norteiam esta ação. Tal modo de pensar nos faz considerar a subjetividade como um espaço individual cujas significações sociais constituem a história pessoal desse sujeito e os sentidos que ele atribui ao mundo.

SATO, L., e SCHMIDT, M. L. S., 2004 – O presente artigo explora contribuições e limites da Psicologia e, mais especificamente, da clínica psicológica, no enfrentamento do sofrimento psíquico advindo do desemprego. Baseia-se em pesquisas empíricas sobre as representações de estagiários de psicologia. Tem como objetivo observar o lugar do desemprego nas queixas psicológicas, representações da clientela a respeito do sofrimento psíquico e desemprego e sobre as representações e práticas de desempregados sobre temporalidade e desemprego, e em pesquisa teórica sobre as noções de situação e morada. O pensamento clínico-psicológico dominante localiza o trabalho e o desemprego no pano de fundo sócio-econômico: o trabalho e o desemprego, como fenômenos, são objetos da Psicologia do Trabalho, da Economia, da Sociologia, e o Trabalho - categoria fundamental para a concepção ocidental moderna de homem (Antunes, 1995). É um conceito periférico nas teorias psicoterápicas.

HÜNUNG, S. M; GUARESCHI N.M.de F.(2005) – os autores apresentam algumas reflexões que entendemos serem necessárias para compreendermos como se chega hoje à discussão das especialidades no campo da Psicologia. Tal temática está amplamente relacionada com as esferas de ação e formação dos profissionais da área “psi” e o que atualmente, tem tido repercussão frente à instituição do reconhecimento dos

títulos de especialista pelo conselho profissional desta categoria. Propõe uma problematização destas implicações: relacionadas a alguns aspectos que se articulam à emergência das especialidades, no contexto atual da produção “psi”, apresentando quatro pontos de reflexão ou questionamento: “a) especialidades como uma produção que se torna epistemologicamente possível a partir do paradigma da modernidade; b) alertas sobre os perigos que pensa o conhecimento em termos de especialidades pode apresentar para qualquer área do conhecimento, mas mais especificamente para a Psicologia; c) situar algumas características da contemporaneidade, para pensarmos em que medida, estas podem sustentar a proposta das especialidades neste contexto; e d) alguns questionamentos que são julgados relevantes em relação ao atual debate sobre as especialidades para a formação em Psicologia”.

CASAS, F., 2005. Diz que na década de 60 houve “mudança na lógica da intervenção sobre a base dos conceitos conotados como negativamente (...) para assumir que também podemos melhorar. Desse modo institui-se num primeiro momento, a lógica da prevenção primária, e depois a lógica da promoção da (saúde, do bem-estar, da qualidade de vida, da participação social, da potenciação da comunidade)”.

NASCIMENTO, M. L. do; MANZINI, J. M. e BOCCO, F., 2006 - A proposta da autora é problematizar o lugar legitimado de saber/poder do psicólogo. Discutem a dicotomia, entendendo Psicologia e Política como planos que se cruzam, que se atravessam e que se complementam que são múltiplos e impossíveis de serem apreendidos em sua totalidade. Interessa-nos interrogar como os domínios da Psicologia e da Política, obrigatoriamente atravessados entre si, estão presentes nos espaços de formação e atuação dos psicólogos. Para isso, é necessário tomarmos a prática psi como uma prática implicada, que atua na potência política da vida.

PORTELLA, M.A, 2008: coloca que a crise na Psicologia no final do século XX “já era delatada por vários psicólogos, hoje porém se tornou crônica, se agravou de sobremaneira”. Os impasses do paradigma dominante, entre eles a crise da subjetividade, não está mais dando conta da complexidade do sujeito pós moderno e de seu contexto histórico social. A visão da clínica contemporânea está na mesma intensidade de transformação quanto o mundo, os referenciais teóricos não satisfazem mais. Conclui que um novo paradigma está se construindo aos olhos do profissional. Quanto à relação profissional-paciente coloca que existe um constante aprendizado pelo contato ao longo do tempo, e questiona “Que sujeito é este de quem a clínica está falando? Ou melhor: que sujeito a teoria da clínica construiu, ao longo do século XX?”.

As reflexões levantadas por Portella demandam uma série de investigações que talvez diante da “crise” possa colocar a Psicologia Clínica num contexto de saúde social, não dividindo a formação do psicólogo em várias especialidades, mas sim intensificando as relações. A comunicação das várias abordagens hoje existentes poderia ser o começo de novas respostas a essas perguntas.

2008 – Projeto de Lei nº 3338 – Sr. Felipe Bournier fixa a carga horária de psicólogos, 24h/semanais. Passa a fazer parte da Lei 5766 que cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia. (Fonte: www.fenapsi.org.br)

2009 – Projeto de Lei nº 5440 - Sr. Mauro Nazif altera a lei 5766 de 20 de dezembro de 1971 que cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia e dá outras providências, a fim de estabelecer o piso salarial do profissional de Psicologia. Art.2º A Lei nº 5766 de 1971 passa a vigorar acrescida do seguinte Art. 34-A (Art.34-A *é devido aos profissionais de Psicologia o piso salarial de R\$ 4.650,00(quatro mil, seiscentos e cinquenta reais), a ser reajustado: (...)*). (Fonte: www.fenapsi.org.br)

A observação da história da Psicologia mostra que ela sempre estará de alguma maneira ligada a conceitos sociais, subjetivos e sendo atropelada por questões políticas. Viveu e viverá em uma relação de dicotomias, pois cuida de representações e simbolismo da vida de cada indivíduo, seja ele paciente /cliente de consultório clínico, de organização, de instituição, da mídia, ou qualquer outra forma de “sujeito e ou objeto” que ela venha a cuidar. Com isto a questão do “ser bom” existente na década de 60, estaria trabalhando na subjetividade do indivíduo que buscava a psicoterapia com o objetivo de autoconhecimento, ou melhoria de seu próprio estado ou ainda uma prevenção de futuros problemas mentais e ou de relacionamentos.

Como poderemos demarcar limites de especialidades a uma profissão que pode se situar entre os espaços, do educar, do tratar, do corrigir, do adaptar, e também interferir nas condições humanas e nos grupos marginalizados, ajudando através de subjetivismos o compromisso social e a participação social e até ajudar a mídia no sentido de diminuir preconceitos? (Portella, M.A, 2008). Ser psicólogo já não é socialmente aceito como uma identidade profissional? As dicotomias fazem parte do ser humano como às dualidades, e são estas diferenças que acrescentam nossos conhecimentos e nosso desenvolvimento na área. Com certeza os cruzamentos de outras áreas no espaço da Psicologia, ou vice versa são quase impossíveis não acontecer. Pois por milênios, a Psicologia foi inseparável da Filosofia. O próprio termo Psicologia era pouco empregado até o século XVIII, mas sua história é muito longa e não poderia deixar de ser assim,

enquanto trata a Psicologia de investigar uma realidade sempre em tensão conceitual. O estudo desta realidade não é exclusivo do psicólogo, sendo também da Antropologia, Etnologia, Filosofia, História, Sociologia e Biologia. Foi, no entanto em parte isolando o indivíduo e dotando o mesmo de um estatuto próprio que, em determinada fase histórica a Psicologia ganhou independência em relação aos limites imprecisos com outras áreas do conhecimento. Isto ocorreu, é sabido, em determinado contexto de época. De maneira que foi construído todo um conjunto de categorias, normatizações na tentativa de se estudar e de se compreender a referida realidade. Paralelamente (estamos aqui já no final do século XIX), a preocupação com as manifestações concretas da vida psíquica começou a ser instaurada, colocando em jogo o problema fundamental da vida em sociedade, quer dizer, o papel do grupo no comportamento individual. É evidente que algo que é criado, idealizado, estruturante e que resulta de contextos específicos, enfrentará crises ao longo da sua história, pois que muitas vezes esses movimentos terminam por desarticular a realidade do homem da sua totalidade.

De qualquer forma, sofrendo esvaziamentos, acréscimos, resistências, assimilando novos conceitos, revisitando postulados, numa palavra, dinamizando sua própria história, a Psicologia se estabelece como campo de conhecimento. E há o profissional da psicologia, o psicólogo *per se*, figura atuante no mundo e, como tantos outros, devidamente regulamentado em suas funções. Quanto à entrada da Psicossomática na história, costurando-se ao movimento da função do psicólogo, mostra a natureza real da interrelação das profissões de pessoas dotadas de senso crítico suficiente para saber que nenhuma profissão, tratando-se de saúde, pode ser soberana a outra e/ou absoluta no conhecimento humano; seja pela psicogênese, seja na somatogênese, seja na objetividade ou na subjetividade, na relação do espaço ou do ambiente, ou ainda no campo espiritual. Por que não respeitá-lo?

A Psicossomática vem com a resposta de ação a determinados conflitos existentes por período histórico, de cooperação e de interação entre todos profissionais que tenham por princípio profissional reflexividade, notoriamente uma manifestação da Pós-Modernidade, da Modernidade Tardia, ou da Hipermodernidade. Ela se faz pelo sentido científico e pela própria interrelação entre profissionais e seres humanos.

Segundo MELLO FILHO (2003:141), a Psicossomática tem um convívio institucional com a Psicologia, a Psiquiatria e a Psicanálise, ao que ele chama “três entidades co-irmãs” e afirma que “precisamos estender mais nossos laços na busca de uma maior integração. Com a Psicologia Hospitalar, nossas carreiras são atualmente

paralelas e precisa apenas haver mais interpretação. A Psiquiatria criou recentemente a interconsulta psiquiátrica que levou alguns de nossos nomes para suas hostes. Contudo, muitos de nós ali representados, continuamos no nosso movimento”.

O que Mello Filho propõe é maior intercâmbio entre as entidades para que possamos estudar os temas em comum com muito mais profundidade, como por exemplo, a depressão.

4.2. Modernidade, Pós-Modernidade, Modernidade Tardia, Hipermodernidade e Globalização

A Pós-Modernidade pode ser entendida como o equivalente ao mundo industrializado e ao capitalismo. Com a chegada da segunda guerra mundial houve uma mudança nas relações de valores da sociedade. A necessidade de armamentos cada vez mais rápida, por causa da guerra, trouxe as indústrias em série, assim como alterações no comportamento das pessoas que eram sustentadas pelos produtos manufaturados. Mudou então a maneira de consumo.

Originadas no campo da arte e da literatura na década de 1960, as teorias pós-modernas se difundiram no meio acadêmico somente em 1979, com a publicação da obra “A Condição Pós-Moderna”, de Jean-François Lyotard. A partir daí, o Pós-Modernismo consolidou-se no campo acadêmico, caracterizando-se pela polêmica e pela heterogeneidade. A maioria de suas obras faz uma análise ampla das principais questões que norteiam a vida no mundo atual. Pelo alto grau de abrangência que apresentam, essas obras resistem a classificações e análises simplistas.

Parece-nos ser possível, contudo, detectar uma organização das teorias pós-modernas em torno de duas posições principais. A primeira refere-se à ênfase dada à discussão das condições contemporâneas de produção de conhecimento, tendo Lyotard e mais recentemente, o filósofo Gianni Vattimo como seus representantes mais significativos. Já a segunda dá maior destaque às condições de produção da ordem capitalista contemporânea. Seus principais representantes são autores que sofreram fortes influências das teorias marxistas: David Harvey, Fredric Jameson, Terry Eagleton, Zygmunt Bauman, Richard Sennett e Perry Anderson.

As teorias da modernização reflexiva surgiram de uma longa discussão sobre Modernidade x Pós-Modernidade. Para os sociólogos Ulrich Beck, Anthony Giddens e Scott Lash, não há, como pensam os autores pós modernos, uma descontinuidade histórica que justifique a demarcação de uma nova época. As transformações sociais em curso configuram tão somente outro momento da própria Modernidade. Ainda em oposição aos teóricos da Pós-Modernidade, Giddens e Lash não consideram que o mundo contemporâneo seja caótico e fragmentado. Para eles, há sempre uma forma de coesão social operante, mesmo que esta se modifique no decorrer do tempo e que não tenha, a princípio, sua lógica reconhecida pelos membros da sociedade.

“Percepção Individual dos Riscos” de Giddens(1995) discute o conceito de sociedade de risco, dando maior ênfase à percepção que cada membro de nossa sociedade tem dos riscos globais, e às formas como modificam seus valores e seus laços de coesão social. De seu ponto de vista, os homens da sociedade contemporânea estão tendo que construir e aprender novos valores, hábitos e tradições em função da nova referência social (a de humanidade). Segundo Giddens (1999), o mundo sempre enfrentou riscos, mas as soluções eram encontradas dentro da bagagem de tradição que recebíamos através da cadeia de gerações. Os atuais efeitos colaterais da modernização são, entretanto, distintos daqueles que outras gerações enfrentaram. Não temos experiências anteriores que nos orientem sobre o que fazer diante deles. Para conviver com isso, voltamo-nos para as tradições acumuladas e para a rede de conhecimentos recentemente produzidos, refletindo sobre elas e criticando-as. O conceito de modernização reflexiva, em Giddens enfatiza a crítica dos conhecimentos gerados num primeiro momento da Modernidade com vistas à construção de novas tradições e conhecimentos. A este movimento ele dá o nome de Modernidade Tardia. O autor considera que os homens contemporâneos podem adquirir a capacidade de refletir conscientemente sobre as condições sociais de sua existência e, assim, modificá-las. Nesse sentido, a modernização reflexiva envolve a reflexão sistemática e consciente sobre os conhecimentos científicos e cotidianos. A reflexão consciente sobre os conhecimentos, sobre as tradições e sobre os riscos de nossa sociedade é, para Giddens, favorecida pelo desenvolvimento acelerado das novas tecnologias da informação. A conexão do planeta através de uma poderosa rede de comunicação propiciou a circulação rápida de informações sobre riscos presentes nas mais diversas partes do globo, gerando um maior conhecimento dos mesmos por pessoas de todo o planeta.

Entende-se por reflexividade, a capacidade que têm as pessoas no mundo moderno, principalmente nos tempos atuais, de orientar suas vidas não mais pela força da tradição, mas “à luz de informação renovada sobre as próprias práticas, alterando assim construtivamente seu caráter. (Giddens, 1991: 45).

Segundo LEFÈFRE, F; LEFÈFRE, A.C; e MADEIRA, W. (2007), “as sociedades contemporâneas, regidas por esses princípios, a mediação e mais precisamente a mediação tecnológica, ou seja, a interposição de uma complexidade cada vez mais exposta de meios tecnológicos entre o homem e o mundo acabou se impondo, tornando a vida desse homem sobre a terra uma experiência necessariamente mediata e mediada. A

hipertrofia das mediações, resultante histórica e fenômeno multifacético característico das sociedades contemporâneas na forma do princípio de separação entre meios e fins, decorre dessa impossibilidade, que foi cada vez mais se impondo ao longo da história, do estabelecimento de relações diretas entre o homem e a natureza, entre o homem e seus problemas, anseios, valores, dos homens entre si e até dos homens com seu próprio corpo e mente. De sorte que não se trata, em hipótese alguma, de buscar, “relações diretas”; mas não é possível simplesmente aceitar passivamente a mediação, porque essa aceitação pacífica tende, no plano simbólico, a contribuir para o fenômeno da hipertrofia da mediação e, por consequência, para a tendência, inscrita no plano objetivo da estrutura produtiva, da objetualização do homem, tornado-o vítima das suas próprias criaturas reificadas”.

Para RODRIGUES, A. L. e CAMPOS, M. E. P. (2004:298) a ideia de confronto entre ciência, tecnologia e humanização, pode ser conciliada, uma vez que se procurar uma “crescente adequação da ciência como meio de atingir um mundo cada vez mais humano” para eles essas ciências são complementares. “...a psicossomática implica em atitude (norma de proceder) que tem a intenção de influir sobre determinado desenvolvimento, e que para isto constrói técnicas, instrumentos, um conjunto de métodos e meios, para alcançar os seus objetivos, desenvolve, então, um ‘como fazer’, uma tecnologia.

Lipovetsky chama a segunda fase de uma radicalização, de uma modernidade e como uma reação ao Pós-modernismo. Traduz uma etapa de um exagero dos princípios que constituem a modernidade, desde a idéia da tecnologia e de mercado aos direitos humanos e da pessoa. O *spollos* aos quais ele se refere são: fenômenos em excesso, daí o nome de hiper, comercialização da vida, que passa a compras de marca e não mais de produtos apenas. A desigualdade entre as classes sociais vão aumentando, pois é o modelo capitalista que comanda. Para ele a hipermodernidade está apenas começando. A hipermodernidade é a volta da modernidade modificada.

Globalização - O fenômeno da globalização é um fenômeno internacional do capital financeiro, um processo sem volta, pelo que se observa hoje. Seus efeitos sobre a economia - nacional e internacional - são instantâneos, isto é, acontecem em tempo real. Envolvendo o comércio mundial, há uma nova ordem estabelecida, marcada pela diversificação dos meios de transportes, pelo rápido avanço das telecomunicações,

satélites, computadores e *internet*, fibra óptica, e tudo o mais que as novas tecnologias proporcionam à velocidade dos negócios e à comunicação entre os seres humanos.

“(…) a “globalização” se refere aqueles processos, atuantes numa escala global, que atravessam fronteiras, integrando e conectando comunidades e organizações em novas combinações de espaço-tempo, tornando o mundo, em realidade e em experiência, mais interconectada. A globalização implica um movimento de distanciamento da idéia sociológica clássica de “sociedade” como um sistema bem delimitado e sua substituição por uma perspectiva que se concentra na ‘forma como a vida social está ordenada ao longo do tempo e do espaço”. (Hall, 1977, p. 71)

Bauman, no seu livro “Modernidade Líquida”, é um dos quais explora os atributos da sociedade capitalista. Para ele a modernidade líquida é uma figura que muda e é transitória e volátil. Coloca que as transformações são frequentes e constantes, fluem, como uma desregularização, a flexibilização e o liberalismo dos mercados. Ele se limita a contradições e a descobrir não só as tensões sociais, mas sim as existenciais que estariam degenerando com os relacionamentos humanos.

A Psicologia, o contexto mundial e os conhecimentos tradicionais que ofereciam ousadia e criatividade, passaram a elaborar novas categorias para interpretar um novo contexto social. Este tipo de raciocínio – que privilegia a ruptura com antigas formas de conhecer a realidade – resgata o caráter provisório, historicamente datado e socialmente determinado de todo conhecimento científico. Consideramos que as correntes teóricas colocadas ao longo desta descrição, podem ser particularmente úteis como ponto de partida para este instigante desafio. As teorias recentemente construídas na Sociologia e na Filosofia já fornecem categorias de análise que tornam a sociedade atual, senão menos assustadora, pelo menos mais conhecida. “Estas teorias tornam claras algumas das principais referências sociais que vêm servindo de âncoras para novos processos de construção subjetiva” (Leitão, Nicolaci da Costa, 2003). Continuam considerando na globalização a humanidade que começa a ganhar força ao mesmo tempo em que novos riscos “rondam a existência humana”. Novas maneiras de consumo se organizarão na sociedade contemporânea. A revolucionária tecnologia começa a ter novas maneiras de lidar com diferentes esferas da humanidade, de nações, grupos e pessoas. A existência individual transformando as formas do sujeito contemporâneo agir, pensar, sentir e se relacionar consigo e com os outros.

Conclui Costa, (2003) –“Conhecendo um pouco melhor as âncoras sociais que, recentemente, começam a servir de referência para a existência humana, talvez

possamos, na qualidade de psicólogos, aventurarem novos olhares sobre nossos contemporâneos e, assim, tecer uma nova rede de conhecimentos psicológicos mais compatíveis com a atualidade. Se, enquanto psicólogos, não estivermos atentos a estas mudanças, dificilmente conseguiremos rever nossas antigas certezas e participar com mais segurança e criatividade do novo contexto contemporâneo de produção científica”.

4.3 - Identidade

“o estranho é aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho, e há muito familiar.” (Freud,p.277)

O homem como processo nunca é finalizado, está em constante construção de si mesmo e do mundo ao seu redor. “A vida é um processo, assim como a saúde e a doença” (Capisano,H.F. 1988). Ele se faz na relação com o fora de si. Esta é a concepção que será usada na análise final. O espaço em que ele transita para que aconteça esta relação é chamado de “espaço potencial” (Winnicott (1975); assim entendido, é do encontro e da separação com a alteridade que vai constituindo uma figura, um nome, uma singularidade. Poderíamos pensar que inicialmente na vida do bebê, não há um dentro, “apenas um fora”. Seria então uma experiência da totalidade que também pode ser colocada como a da solidão essencial, pois até aqui não há espaço para o outro, seria o estado original, não padronizado, não planejado, não há marcas ou diferenciações. Mais tarde, este exterior ao lactante “dobra-se” para dentro formando uma subjetividade, e assim a pulsão passará a habitar o corpo do bebê.

Não podemos esquecer que a mãe que intermedia esta relação com a exterioridade, faz parte também desta exterioridade, assim como o outro humano que vier a conviver com ele. Esta relação traz marcas da cultura a que estão inseridos e fornece um repertório simbólico do sujeito. Apenas desta maneira, segundo Winnicott, pode-se alcançar a dimensão humana da existência. Portanto, a capacidade de simbolização implica sempre em uma experiência concreta no mundo das coisas, passar pelo campo da sensorialidade. Assim é no cuidado da maternagem que o bebê experiência a unidade, sente-se completo, com uma “*membrana limitadora*“ que separa interior e exterior.

Freud no seu texto *Além do Princípio do Prazer* discute este linha fronteira entre exterior e interior quando fala do sistema perceptivo-consciente:

“Esse pequeno fragmento de substância viva acha-se suspenso no meio de um mundo externo carregado com as mais poderosas energias, e seria morto pela estimulação delas emanadas, se não dispusesse de um escudo protetor contra estímulos.” (p. 42).

A linha, imaginária e ilusória, que define o exterior e o interior, dará a vivência de completude que apesar de ser importante na experiência do eu. Deverá sofrer a marca da frustração, pela própria mãe que deixa de corresponder às exigências totais do bebê. Estas falhas sentidas pela criança, a levarão para fora de sua solidão e para encontro

com o outro. Caso isto não ocorra, a criança permanecerá em uma experiência narcísica e não terá condições de abertura para outra pessoa.

Desta maneira, a subjetividade estará se constituindo ao mesmo tempo, que sua exterioridade. O contato com o exterior sempre provoca sensação de invasão assim, em alguma medida menos cuidadosa, poderá se tornar traumatizante. Precisa ir constituindo aberturas que tenham contornos e limites para que o indivíduo não se sinta jogado *no fora de si* mesmo e sem nenhuma proteção, porém se for de maneira protegida, a relação com a alteridade pode colocar em função de desenvolvimento um processo de vir a ser. Isto é um processo constante em dois sentidos o da integração para conter a experiência do sentir o novo e da construção de aberturas para que a interioridade não fique presa em si mesma. Será no espaço vazio, provocado pela frustração ou fissura na relação com o outro, que a criança instala a transicionalidade.

"uma substância, que tanto une quanto separa, representada por objetos e fenômenos sobre o quais se pode dizer que, ao mesmo tempo em que eles são parte do bebê, eles também são parte do ambiente". Winnicott(1990p.178)....

A grande dificuldade será "*manter as realidades interna e externa separadas*" (Winnicott, 1975; 15), esforço para que a subjetividade não seja invadida, se espalhe e se torne fora. De outro lado, manter um "intercâmbio contínuo entre a realidade interna e a externa, cada uma sendo enriquecida pela outra". (Winnicott, 1983; 86) Esta transicionalidade só é possível a partir do momento em que se abre uma fenda na relação por onde o sujeito pode ser penetrado pelo outro e penetrar no outro, sem que isto seja vivido como terrificante. Assim conseguirá inscrever no campo cultural aspectos de sua subjetividade singular. Isto leva a um constante suportar rupturas em sua permeabilidade pelo estranho e acolhê-lo; nisso, acontece novas configurações da subjetividade, que passam a fazer parte de sua constituição. Este é o processo de criação que segundo Winnicott, o indivíduo tem que suportar as alterações circunstanciais de seus limites e fronteiras, além da vivência do novo informe. Mas é do exterior que vem os verdadeiros acontecimentos e que poderá prover a criação.

Importante lembrar que este movimento desfaz a organização do sujeito e o coloca diante do não-senso, onde se instala a crise. Para sobreviver a este acontecimento, ele cria novos universos, novos corpos, até que este fato lhe tenha sentido. A criação é o nosso limite, pois abandonamos antigas organizações e configurações, damos forma a novas vivências e nos coloca diante do criar. Isto se constrói ao mesmo tempo, criador e forma criada, pois só assim podemos enfrentar o sofrimento e o mal estar

que acompanha o abandono do seu próprio eu. A evitação de contato e o enclausuramento seriam na verdade uma reação defensiva ao desorganizar-se, relativa a agonia primitiva de Winnicott.⁽¹⁾ Considerando este processo de organização, o indivíduo objetiva-se na natureza, através de sua ação humana (trabalho) e o objeto torna-se subjetivado ao indivíduo, através de instrumentos e da cultura. A sociedade, o ambiente, os sentidos, os sentimentos e os pensamentos têm, contudo determinado este processo de frustração, subjetivação-objetivação.

O conceito de identidade proposto por Giddens envolve também algumas conceitualizações que ilustram o eu na vida cotidiana e precisam ser pontuados para que se possa compreender o que o autor propõe ao explicitar o desenvolvimento de uma narrativa autobiográfica. Primeiro a segurança ontológica. E segurança significa saber colocar à parte, as possibilidades de caos potenciais aos quais os indivíduos podem estar sujeitos no decorrer das atividades cotidianas. Tal referencial de realidade tempo-espacial e psicológico é que permite a continuidade, o prosseguimento do fluxo das ações. A segurança ontológica - uma resposta a possíveis questões que o indivíduo se faça. Essa resposta é que alicerça uma base cognitiva, emocional e existencial garantindo o prosseguimento da rotina. Sustenta que ela tem sua origem na formação da confiança básica em detrimento da ansiedade básica que aparece nas relações da criança. Para Giddens, essa confiança básica é desenvolvida através das primeiras relações da criança com aqueles que cuidam dela, relações essas anteriores a possíveis distinções do “eu” e do “mim”. A confiança básica é elaborada através da aceitação, por parte da criança, da ausência dos “cuidadores”, é aquilo que Winnicott denominou de “espaço potencial”, sustentando uma realidade constitutivamente organizada por essas relações. A confiança da criança nos que cuidam dela assim denominada pelo autor de “inoculação emocional”, uma proteção contra ansiedades e ameaças à existência.

“como esclarece Winnicott, ele se refere à capacidade da criança de tolerar o afastamento do protetor no tempo e espaço” (Giddens, 2002p 99)

Giddens chama de “casulo protetor”, a condição de selecionar cotidianamente aquilo que sua confiança básica determina, formando uma espécie de

¹ *As angústias impensáveis são como Winnicott chamou aos colapsos que tivemos quando pequenos, carregando conosco, o medo de sua recorrência, porque éramos, paradoxalmente muito pequenos para assimilá-los completamente. Depois de algum tempo, ele concluiu que esta descrição era muito branda e passou a referir-se a elas como “agonias primitivas”.*

carapaça defensiva, mas também fundamental a vida. Ele provoca uma sensação de normalidade que pode ser rompida temporariamente ou definitivamente, quando sensibilizada. Provoca segundo o autor, um sentido de “irrealidade”, de suspensão dos riscos eminentes oferecidos pelas possibilidades negativas da vida como doença e morte. Giddens afirma que descobrir o outro de modo cognitivo-emocional alicerça a constituição da autoconsciência pelo próprio indivíduo. “As respostas do outro são necessárias na sustentação de um mundo que é ‘observável’ e que ‘responde’, e, no entanto, não há como confiar em termos absolutos” (GIDDENS, 2002, p.53). O autor pressupõe, assim, que a subjetividade deriva da intersubjetividade; assim, através da percepção do outro, o indivíduo vincula sua auto-afirmação e auto-identidade, mas sua autenticidade e integridade pessoal estão vinculadas à fé na autenticidade do outro. Na modernidade, o prosseguimento do cotidiano é garantido através da confiança em sistemas abstratos. Entretanto, é a confiança nas pessoas que confere gratificação psicológica aos indivíduos.

Quanto à distinção entre medo e ansiedade, Giddens concorda com Freud. Evocando o pensamento freudiano, pensa a ansiedade como o medo em que o objeto é ausente, também é necessário distinguir vergonha e culpa. Percebe a culpa como proveniente da percepção de uma ação errada realizada pelo indivíduo. A vergonha, por sua vez, mina a integridade do eu se relacionando à sensações de insuficiência pessoal, afetando, assim, a auto-identidade de maneira direta. A vergonha, bem dizer, é oriunda do medo reprimido, do possível deslocamento e inadequação da narrativa pessoal frente às pressões sociais. Ela ameaça a confiança, sem a qual o indivíduo pode ter a coerência do mundo-objeto rompida, violada, atingindo radicalmente o senso de realidade. Coloca a vergonha como a incapacidade de atingir o “ego-ideal” e classifica esse ideal, como aquilo que o indivíduo gostaria de ser, algo fundamental que orienta e estimula a produção da auto-identidade. “A auto-identidade não é um traço distintivo, ou mesmo uma pluralidade de traços possuída pelo indivíduo. É o eu compreendido, reflexivamente pela pessoa, em termos de sua biografia” (GIDDENS, 2002, p.54). Ele pressupõe autoconsciência como uma distinção entre o eu e não eu, e supõe a criação de algo relativo à extensão da identidade no tempo e no espaço e à interpretação reflexiva contínua do agente sobre si mesmo e “na capacidade de manter em andamento uma narrativa particular.” (Giddens, 2002, p 56). Também apresenta o problema da elaboração freudiana de “ego”, “superego” e “id” que fazem parecer existir mini-agências dentro do indivíduo. Giddens substitui a tríade pelo uso do eu em detrimento do termo ego e

consciência moral ao invés de superego. Ele elabora o modelo de estratificação do agente que consiste na “segurança básica”, “consciência prática” e “discursiva”, que se relacionam à segurança ontológica e auto-identidade do indivíduo. Por isso, o autor ressalta que a identidade não consiste no comportamento individual, mas antes, na capacidade pessoal do agente em estabelecer e dar continuidade a uma narrativa a respeito de sua própria história. Enquanto narrativa pessoal, entretanto, a auto-identidade apresenta um paradoxo: é sólida, o suficiente para conferir segurança ao indivíduo e frágil como outra “estória” qualquer, que potencialmente poderia ser contada e constituir outra identidade. Na modernidade tardia, o eu é um projeto reflexivo. Ele se desenvolve por meio de uma reavaliação do passado com vistas a um futuro antecipado. Nesse processo, o eu se caracteriza por uma auto-interrogação periódica em que o indivíduo questiona o que está á sua volta e a si mesmo também.

O “estilo de vida” que cada pessoa deve escolher fundamenta, além de preencher de forma utilitária, as necessidades pessoais dos indivíduos que por serem rotineiras podem ser transformadas a qualquer hora. Na verdade são escolhas assim como comer e vestir. O corpo para Giddens é a encarnação do eu e promove a comunicação por meio de feições e gestos, além de constituir, em certa medida, a autoconsciência por meio de sua própria diferenciação em relação a outros corpos. O controle do corpo é fundamental na manutenção do casulo protetor, além de ser intrínseco a uma agência competente. Isso quer dizer que a disciplina corporal mantém a auto-narrativa do indivíduo e está exposta às observações do outro. Por outro lado, as transformações na auto-identidade são interconectadas às mudanças de caráter global. É devido à reflexividade é que se pode dizer o que o “eu passou” e o que será a ser um projeto reflexivo. Essa realização bem sucedida foi denominada por Giddens de “autonomia”, e segundo ele, é uma condição para que um indivíduo se relacione com outro de maneira igualitária, pois ajuda a configurar os limites pessoais necessários à administração bem sucedida dos relacionamentos. Autonomia é, portanto, a condição de um diálogo aberto que expressa as necessidades dos indivíduos, meio pelo qual o relacionamento é reflexivamente organizado.

Em seu livro “A Constituição da Sociedade”, Giddens chega a utilizar o termo “identidade social” para denominar o papel ou a posição social ocupada por um indivíduo. Exemplificando suas asserções, o autor mostra a reconstrução da identidade ao citar os prisioneiros de campos de concentração que tiveram sua personalidade alterada por se identificarem com seus próprios opressores. Além disso, aborda que, após um

divórcio em que a identidade “perde o sentido” porque estava vinculada à outra pessoa, é necessário (re) encontrar imagens e raízes de independência. Essa é uma versão aguda do processo de encontrar-se a si mesmo, de intervenção e transformação ativas que são impostas pelas condições sociais da modernidade.

Para Ciampa, (1998) em “Estória do Severino e a História da Severina”, o autor coloca claramente a relação do medo e da necessidade de criar uma nova narrativa para sua vida além da que já havia vivido até então, em companhia de alguns pares mal relacionados. Também enfatiza a idéia de que a identidade é sempre mutável, dependendo da história a que se vive. “o humano é sempre “uma porta abrindo-se para mais saídas”. O humano é um vir a ser humano. Identidade humana é vida....encontrar a vida ...concretizar uma identidade humana.”(Ciampa,A.C.,1998 p.36)

É possível inferir que a auto-identidade, para Giddens e Ciampa, se constitui a partir de uma trajetória construtiva, interpretativa e compreensiva, pois é o sentido lógico dado pelos agentes à sua própria vida, enfatizando que o envolvimento nas ações em bases criativas, tanto com os outros quanto com objetos, é necessário para a afirmação da dignidade pessoal e do bem-estar. Esse desenvolvimento da auto-identidade, portanto, é oriundo da criação de uma narrativa autobiográfica relacionada à percepção dos agentes, a respeito de si mesmos, considerando, entretanto, que ações individuais acontecem sob determinadas condições (regras e recursos), se estendem no tempo e no espaço, e por fim, estruturam as condições de realização de outras ações. Cita Taylor “A fim de ter um sentido de quem somos, precisamos ter uma noção de como nos transformamos e para onde vamos” (apud - Giddens, 2002,p.56)

Taylor, em *As Fontes do Self*, (1994 p.273), examina, dentro de parâmetros da linguagem adverbial, a estrutura qualitativa do desejo como forma de compreender a profundidade das escolhas dos indivíduos em suas ações humanas, afirma que tais escolhas, não são escolhas e sim expressões da própria identidade do Self⁽²⁾ que se apresenta através deste formato.

O autor descreve que o humano em sua identidade, não age meramente por impulsos ou motivações circunstanciais, mas sim pela expressão identitária do agente, pois ele qualifica aquilo adverbialmente como bom para sua existência. O desejo é impulsionado não pelo objeto, mas sim pelo significado que o objeto tem para o Self.

² -Para Taylor Esse self desengajado e, como tal, livre, instrumentaliza seus desejos, inclinações, tendências, hábitos de pensamento e sentimentos, de modo a reforçar aqui, demolir ali, construindo a pessoa que quer ser (Taylor 2000:35)

Será o Self que, ao avaliar qualitativamente os próprios desejos, se volta para aquilo que venha a expressar de forma profunda o que ele é como identidade. O desejo do Self, na instância de avaliação forte, é na realidade, um desejo de segunda ordem. Nesta forma de desejo não se trata de mera circunstancialidade do prazer, que se limita a escolher qual a alternativa é melhor para sua satisfação, mas aquilo que dá consistência às diversas formas de concepção humana.

Quando os objetos dos nossos sentimentos não são humanos, podemos tentar explicar o que sentimos apenas indicando-os. No entanto quando os objetos dos nossos sentimentos são pessoas as quais têm todas, um direito à dignidade, nossos valores se envolvem de modo inegável. A dignidade afinal é um valor, e não podemos conceber uma pessoa absolutamente sem dignidade, assim se quisermos entender nossos sentimentos temos que investigar nossos valores, no entanto se quisermos examinar nossos valores, precisamos observar nossos sentimentos. Para ele a identidade pessoal se forma em um espaço moral.

“A resposta à questão ‘ O que é a minha identidade? ’ não pode ser dada por qualquer lista de propriedades acerca da minha descrição física, origem, educação, capacidade e etc. Tudo isto pode figurar na minha identidade, mas só como presumido dentro de um certo sentido. Se o meu ser pertence a uma certa linhagem que é para mim de central importância, estou orgulhoso dela, e a vejo como outorgando-me a ser membro de um certo grupo de pessoas que eu vejo definidas por determinadas qualidades as quais valorizo em mim mesmo, como um agente, e que vêm ao meu encontro através desse meio de pessoas, então, tal grupo fará parte da minha identidade. Isto será fortificado se eu acreditar que as qualidades morais dos homens são em grande parte nutridas pelo seu meio e que, voltar-se contra ele, é rejeitar a si mesmo de um modo contundente. (Taylor, p.46-47).

A identidade pessoal se forma em um espaço moral constituído de valores e sentimentos que podem ser explorados através do conteúdo expressivo da linguagem. O autor distingue entre valores fortes e fracos, dizendo que os primeiros são componentes necessários do agir humano. Sem valores fortes não teríamos fins para realizar, nossos atos careceriam de finalidade. Fundamentalmente Taylor mostra o aspecto teleológico do agir humano está necessariamente vinculado com o aspecto narrativo de nossa identidade pessoal. Coloca os caminhos a seguir para se atingir esta identidade: 1) nos orientar para algum bem 2) determinar nosso lugar em relação ao bem.

Para Taylor, este seria um aspecto transcendental que estaria ligado não às impossibilidades conceituais ou empíricas/psicológicas, mas às impossibilidades no que

concerne ao agir humano. Viver é agir sem referências fortes. Para ele, haveríamos de estar em uma condição patológica e aterrorizante, por isto a questão que levanta sobre o adulto “não temos que ser não só o que somos, mas saber para onde estamos indo.” Quando ele coloca: “Quem sou eu?” Esta pergunta não é respondida nem pelo nome e nem pela genealogia. O que nos responde de fato é a compreensão daquilo que tem importância crucial para nós. Saber quem eu sou é saber em que posição me coloca. Minha identidade é definida pelos compromissos e identificações que proporcionam a estrutura ou o horizonte em cujo âmbito determina caso a caso, o que é bom, ou valioso ou o que deveria fazer, o que endosso, ou a que me oponho. Em outros termos trata-se do horizonte dentro do qual sou capaz de tomar uma posição. Sendo assim é fundamental que o agente se conscientize de seu meio, como algo que nutre sua identidade. É a linhagem formadora de nossa identidade que nos faz valorizar determinadas qualidades morais, pois elas são partes integrantes do nosso Self. ((Taylor, 1994 ,p.46-47)

A subjetividade é um problema que sempre aparece quando se fala de identidade, afinal o que ela é em que se constitui, e para quê? Que pesem as diferentes interpretações há um traço comum do eu: a subjetividade. Esta propriedade de ser um sujeito é coisa dependente de fatores culturais, sociais e políticos, é da própria história narrada de vida. Alguns consideram a fala, a comunicação linguística como um dos fatores importantes para constituição desta subjetividade. Outros, nas narrativas como uma maneira de dar continuidade a sua história viva. Enfim todos concordam que a subjetividade é o agente humano que leva todos os significados.

É importante notar que a ênfase da subjetividade levou as teorias da Psicologia ao seu caráter abstracionista, ou seja, tornou-as inclinadas a separar o fenômeno psicológico do sujeito que o produz, objetivando estes dois fatos e enfatizando o primeiro em detrimento do segundo, acabando por eliminar efetivamente o sujeito. As propostas pós-modernas em clínica atrelam sua prática não só a uma reflexão teórica, mas também epistemológica, tornando-se aberta e flexível, possibilitando uma racionalidade específica para a discussão sobre o humano. É preciso ver que as teorias hoje não são mais antagônicas, mas complementares. Ao contrário de um olhar para o indivíduo que ignora os diferentes contextos em que está inserido e que suprime o próprio sujeito, aponta-se agora o olhar para o indivíduo levando-se em conta os diferentes contextos em que está inserido, pondo em evidência, desta forma, o próprio sujeito.

Os indivíduos assim descritos estabelecem as relações de pares e suas relações sociais de produção criando objetos e idéias e transformando a natureza e a si

mesmo. Eles são responsáveis na sociedade pelo processo de produção. No entanto, no modo de produção capitalista, os homens perdem radicalmente o domínio sobre seu trabalho e os produtos que são gerados por eles, passando a ser dominados pelas coisas. Enfim, o futuro da ilusão criadora (citada por Winnicott) é a cultura do mundo do adulto. Pode o adulto se valer da capacidade de estar só, da capacidade de se comunicar por meios de signos que emergem com a matriz de um jogo onde ele pode ser inteiro, descobrir seu SELF e assim descobrir o mundo, mas não estará nunca sem a interferência do social ou das transformações sociais e de valores.

Desse modo, a singularidade do outro permanece reabsorvida na “identidade” de cada um, reforçando-a ainda mais, através da intersubjetividade. As imagens que se constrói para classificar, julgar e excluir o outro, segundo os autores, ao mesmo tempo em que protegem as pessoas de sua presença incômoda, denunciam uma tentativa de enquadrá-lo nas instituições, submetê-lo às práticas e aos julgamentos, para reduzir o que pode ter de inquietante e de ameaçador. Um exemplo clássico, a realidade das favelas transformadas em músicas que são ouvidas por outras classes sociais, enfim, aquilo que a sociedade não consegue fazer o indivíduo absorver de uma maneira individual, ela transforma em uma mensagem social e adequada às comunicações existentes desta maneira a absorção e fará pela mídia e pela imposição da ação política existente. Desta feita a idéia de identidade se fará pelos preceitos de uma inter-relação entre subjetividade e intersubjetividade num complexo e constante trocar e uma manutenção simbiótica. (Giddens e Winnicott)

Para Dejours, 1999 - “O sujeito não constrói sua identidade somente a partir de si mesmo, necessita do olhar do outro, do julgamento do outro, e é no trabalho que o sujeito procura ser reconhecido pelo que faz e sabe e não pelo que é”. Para ele, “O reconhecimento é uma forma específica de retribuição moral-simbólica dada ao ego, como compensação à eficácia do trabalho e pelo engajamento a sua subjetividade e inteligência.” É um elemento chave da realidade subjetiva

A sociedade tem processos que implicam diretamente na formação e conservação da identidade profissional que é determinada pela estrutura social. Quando uma identidade se estabelece ela pode ser mantida ou modificada pelas relações sociais.

A característica predominante da relação profissional da psicologia e paciente é a subjetividade. Hoje ela é substituída pela racionalidade objetiva. Racionalidade substantiva é aquela que é fecunda, por sua característica ética, dimensão do indivíduo, mas é marginalizada constantemente. A racionalidade técnica e

instrumental é governada pelo teórico numa meta de controle de meios afins; por outro lado trabalho é instituído como um dos valores sociais fundamentais deste período.

Para Hall (1992), a identidade que hoje é discutida por assim dizer de “crise de identidade” é vista como um processo de mudança deixando as velhas identidades e a organização que estabilizaram por muito tempo a sociedade e deslocando a estruturas e processos centrais da sociedade o que abala as referências que davam aos indivíduos uma certa ancoragem. Segundo ele ao final do século XX tudo esta se fragmentando: paisagens culturais de classe, gênero, sexualidade, etnia, raça e nacionalidade, que antes tinham sólidas localizações como um indivíduo social; assim, um tipo diferente de estruturação está transformando as sociedades modernas. Para ele, existem duas maneiras de estudar este fato: a questão da identidade pessoal e o pertencimento. Cita os três sujeitos: O Sujeito do Iluminismo: centrado, unificado e dotado de razão, de consciência e de ação. O sujeito nascia e se desenvolvia permanecendo idêntico a ele não longo de sua existência. Uma concepção individualista do sujeito e de sua identidade (mantinha-se na versão masculina). O Sujeito Sociológico: tinha os sujeito como não independente e seu núcleo interior não era auto-suficiente então tinha que ser formado pela relação com outras pessoas importantes para ele que mediavam os valores, sentidos e símbolo, no espaço que habitava. De acordo com esta visão, o sujeito tem um núcleo ou essência interior “eu real”, mas é formado e modificado num diálogo entre este núcleo e o exterior, entre o mundo pessoal e o público. O Sujeito Pós-Moderno: está se tornando fragmentado, e composto não por uma, mas por varias identidades, algumas dela não resolvidas e às vezes contraditórias. Isto é o resultado do colapso existente como resultado das mudanças estruturais e institucionais, e o próprio processo de identificação, tornou-se provisório, variável e problemático.

A identidade torna-se uma "celebração móvel": formada e transformada continuamente em relação às formas pelas quais somos representados ou interpelados nos sistemas culturais que nos rodeiam (Hall, 1987). É definida historicamente, e não biologicamente. O sujeito assume identidades diferentes em diferentes momentos, identidades que não são unificadas ao redor de um "eu" coerente. Assim nossa identidade está continuamente sendo deslocada. Segundo ele se sentimos que temos uma identidade unificada desde o nascimento até a morte é apenas porque construímos uma cômoda estória sobre nós mesmos ou uma confortadora “narrativa do eu” (Hall, 1990).

Quanto ao caráter da mudança na modernidade tardia, ele declara que a globalização tem um impacto sobre a identidade cultural muito grande. Pois as sociedades

modernas são sociedades de mudanças constantes. Está é a principal diferença entre as sociedades “tradicionais” e as “modernas”. Uma vez que aceitamos o fato de que a identidade muda de acordo com a forma como o sujeito é interpelado ou representado, a identificação não pode ser automática, mas pode ser ganhada ou perdida, poderíamos dizer que ela se tornou politizada. Esse processo é, às vezes, descrito como constituindo uma mudança de uma política de identidade (de classe) para uma política de 'diferença'.

A “globalização” se refere aqueles processos atuantes numa escala global, que atravessam fronteiras, integrando e conectando comunidades, culturas e organizações em novas combinações de espaço.

4.4 – Identidade Profissional

Meus agradecimentos a: Marie Curie - Prêmio Nobel de Física 1903. Primeira mulher a ocupar a posição de professora de Física Geral na Faculdade de Ciências de Sorbonne a Mathilde Neder - Pela liderança no campo da Psicologia no Brasil, iniciadora e representante mundial da Psicologia Hospitalar e a Salvador e Tereza, (meus pais) que mesmo sem ter uma cultura letrada me ensinaram o valor das profissões e a equidade e dependência existente entre elas.

No campo profissional a identidade se forma de uma maneira mais clara com elementos que o determinam pelo espaço e posição social. Para Dejours,2004: “O trabalho é aquilo que implica do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência , a capacidade de refletir de interpretar e de reagir a situações :é o poder se sentir e de pensar e de inventar. O real trabalho sempre se manifesta afetivamente para o sujeito,ai se estabelece uma relação primordial de sofrimento,experimentada pelo sujeito,corporificada. Trabalhar é preencher lacuna entre o prescrito e o real.”

Para ele, parte importante do “*trabalho efetivo permanece na sombra*”, não podendo, desta maneira ser avaliado. O acordo, segundo ele, entre trabalhadores “*no seio do coletivo, tem uma vetorização dupla: uma parte, um objetivo de eficácia e de qualidade do trabalho; de outra parte, num objetivo social*”.

Segundo Mathilde Neder, a identidade é uma só, pois faz parte da vida do sujeito e ele não estaria nesta fragmentação a que se refere Hall, para ela são novas conquistas acrescentadas ao indivíduo e absorvidas como sua e não uma fragmentação. Se pensarmos sobre este ângulo, veremos que isto pode ser uma verdade diante da realidade atual. O indivíduo se apresenta hoje através de sua ocupação social e frequenta mais eventos de natureza profissional do que social ou de amigos, ele absorve mais seu trabalho que as relações de amizade, ou pares. Isto leva a conclusão que existe uma concordância da Profª Mathilde com as idéias de Dejours, pois ele relata que para o clínico, não é na primeira instância, em relação ao trabalho, o fator financeiro ou o emprego que o motiva a este tipo de atuação social. O trabalho para ele é de certo modo de “engajamento da personalidade para responder a uma tarefa delimitada por pressões sociais (materiais e sociais)” (Dejours,2004). A intersubjetividade numa atuação clínica me parece, dentro deste pensamento, um dos elementos básicos da empatia e da relação profissional x paciente/cliente.

Na visão Kleiniana, (descrita por Abreu Filho, A. G. 2000) ele concluiu que as questões da identidade pessoal, ocupacional e vocacional são inerentes a essa escolha profissional. “O histórico pessoal das primeiras relações objetivas, ansiedades e

defesas, têm importância capital não só para a identidade pessoal, mas também profissional, funcionando essa última como projeção da primeira, uma vez que as vicissitudes decorrentes, dessas relações objetam de alguma maneira, vão permear as identidades”.

Abreu descreve que a onipotência e arrogância estão muitas vezes presentes na pseudo-reparação, como impeditivos de um olhar para dentro de si, diferente da reparação autêntica, onde o ego desenvolveu a capacidade de tolerar a frustração e portanto esta pessoa está em melhores condições de funcionamento mental e para escolher uma profissão não por defesa em si, mas por capacidade egóica. De alguma maneira na vocação está implícita a questão da identidade profissional e ocupacional, como uma conquista para a reparação. A auto-realização está relacionada ao sentimento de satisfação do indivíduo, às vezes esta busca de emancipação e satisfação social do indivíduo se transforma em irracionalidade.

Ora se considerarmos como Dejours, Giddens, Winnicott, relatam que o sujeito não constrói sua identidade somente a partir de si, mas necessita do olhar do outro, do seu julgamento, será o outro que o conduzirá por caminhos a serem percorridos até mesmo de ordem moral, como coloca Taylor.

Já no trabalho o que mais vai pesar sobre o indivíduo é o reconhecimento pelo que ele faz e não pelo que ele é. Segundo Dejours o reconhecimento é uma forma específica de retribuição moral e simbólica dada ao ego, como compensação à eficácia do trabalho, pelo engajamento a sua subjetividade e inteligência. Isto seria o elemento chave da realidade subjetiva. Esta identidade como já dissemos anteriormente pode ser modificada a qualquer momento. A angústia do saber acompanha o profissional da psicologia pelas buscas constantes de novas técnicas e conhecimentos.

“O sofrimento afetivo, absolutamente passivo, resultado do encontro com o real ao mesmo tempo em que marca uma ruptura da ação, ele não é apenas resultado ou fim de um processo que une a subjetividade ao trabalho.... Assim, o sofrimento é, ao mesmo tempo impressão subjetiva do mundo e origem do movimento de conquista do mundo”.(Dejour, 2004).

Ele coloca ainda que na origem desta inteligência que leva o indivíduo a buscar, a se colocar a prova, a se engrandecer se transformar faz parte o sofrimento. Neste movimento, afirma, existe a resistência à vontade. Então “para se concretizar em inteligência e poder de transformar o mundo, a própria subjetividade se transforma, se engrandece e se revela a si mesma”. Talvez a isto seja o que Abreu Filho, chamou de

reparação autêntica. Coloca ainda que o próprio trabalho intelectual não se reduz a uma pura cognição. Para ele, primeiro se passa pela experiência afetiva do sofrimento do prático lembrando que o corpo também vai experimentá-lo. Para Winnicott, o ambiente (no caso de ambiente de trabalho) terá que dar suporte e condições para que o indivíduo se desenvolva, caso contrário seguindo ainda este pensamento, o indivíduo se sentirá uma “casca fora de sua essência.” A aceitação do grupo como um corpo social se não o deixar satisfeito em seu reconhecimento profissional, a relação social e profissional começa a gerar angústias através do impacto do sentimento de “falta de identidade”.

Porém, quando a identidade é orientada para a racionalidade instrumental a clareza do sofrimento não existe. Se o indivíduo acreditar que a harmonia de viver depende da adaptação ao que vier de cima para baixo vai adaptar-se aos valores do grupo a que pertence. Poderá desenvolver então para ser aceito, uma relação imaginária de sua identidade e do mundo. A escolha da profissão é uma escolha da maneira como você quer viver. “O indivíduo é o que ele faz”. (Ciampa,1993).

Concluindo “o trabalho, sempre coloca a prova a objetividade, da qual esta última sai acrescentada, enaltecida, ou ao contrário, diminuída, mortificada.” Dejours-2004.

Para Davel at Machado (2001: 107-126), os fenômenos de liderança e de identificação sempre serão complementares. As pessoas se identificam e consentem tal influência, e isto mobiliza e articula o poder, e os recursos cognitivos e emocionais: “não só no ordenamento, mas também no reconhecimento e consentimento”. Para eles essa identificação como a liderança acontece numa relação simbiótica, que é derivada das necessidades, dos desejos, dos sentimentos e de interesses dos indivíduos. A liderança hoje ocorre por meio da identificação, isto pode originar a constituição de novas identidades coletivas.

Os fatores psicossociais da qualidade de vida, segundo Limongi,(2003: 35) “podem ser classificadas em ações de recuperação, proteção e promoção a saúde”. Descreve cada ação didaticamente enfocando o fato da importância de saber extrapolar a evitação da doença. Lembra que a atividade física já foi sobrevivência da espécie humana e as questões de integração social, como solidariedade e afeto, fazem parte da saúde. Mas o que isto tem a ver com o trabalho? Ora se na relação do trabalho tenho envolvimento não só de intersubjetividade, mas também uma grande necessidade de ser aceita neste meio, dependendo da reação do comportamento das pessoas com as quais vivo, poderiam desenvolver qualquer patologia para me adequar a este lugar e a essas pessoas.

Dejours decidiu trocar a terminologia “psicopatologia do trabalho” por “psicodinâmica do trabalho”, uma vez que “homens e mulheres que trabalham constroem defesas. São na verdade estratégias individuais e coletivas que permitem em muitos casos controlar os efeitos deletéricos do sofrimento sobre a saúde mental. Assim a normalidade se apresenta como compromisso ganho, após lutas ferrenhas, graças ao ajuste das defesas para enfrentar o sofrimento no trabalho”. (Dejours, 2000:37).

Talvez o que falta nesta fala de Dejours seja colocar a terminologia “resiliência”, que é a capacidade do indivíduo de enfrentar situações e restabelecer seu equilíbrio passada a crise que enfrentou, seja ela no trabalho de maneira objetiva, ou nas interrelações. Segundo Araújo C.(Spinelli, M. R.2009 – Cap.8, pág.183-204), “a capacidade para resiliência está na dependência, na satisfação das necessidades básicas do indivíduo e do desenvolvimento de suas competências. Também deve-se se considerar a chama de enfrentar adversidades. Assim, o mundo cor de rosa, uma super proteção não favorecem o desenvolvimento da capacidade de resiliência”.

5. MÉTODO

5.1 Características do Estudo

Entendemos que, para bem atingir os objetivos aqui propostos, cabe empregar o que denominamos “Método Clínico - Qualitativo e Quantitativo”, o qual foi construído a partir do casamento de duas áreas metodológicas densas: de um lado, usamos as concepções epistemológicas dos métodos qualitativos (descritivos – compreensivos – interpretativos) da pesquisa desenvolvida sob o prisma das ciências humanas e, de outro, o quantitativo, que nos leva a medir, equacionar e estudar os dados que nós propomos. Empregamos também os conhecimentos e as atitudes clínico-psicológicas desenvolvidos tanto no enfoque psicanalítico das relações interpessoais, como historicamente no campo da sociologia. Portanto, esses métodos não se situam apenas sob os referenciais paradigmáticos convencionalmente usados na Sociologia Compreensiva e na Antropologia Cultural, mas, a partir deles, estendem-se na subjetividade da relação profissional e de suas conseqüências na área de saúde.

Pensamos no sentido das palavras “identidade profissional” e não nos restringindo ao ato de debruçar-se sobre um paciente/cliente – um ser que sofre – para estudar-lhe a vida e sua doença, como se faz na prática do psicólogo clínico ou em pesquisas das áreas médicas e assistenciais. Pensamos de forma mais ampla: atemo-nos a um grupo de pessoas, conhecemos e analisamos a formação e suas vidas profissionais, bem como suas reações frente a uma situação que lhe exija muito esforço e preparo, para, assim, saber se a identidade profissional pode ajudá-las a enfrentar as características marcantes desta contemporaneidade . Os estudos em psicologia clínica se dedicam por mais vezes sobre o paciente; o trabalho clínico seria então uma inclinação do olhar e a escuta em direção ao ser que sofre. Essa proposta, no entanto, é direcionar os órgãos do sentido para apreender o profissional que cuida do paciente/cliente, pois é ele quem é fundamentalmente nosso alvo de estudo.

Foram enviadas 23 questões sendo que 18 foram perguntas fechadas e 5 perguntas abertas, consideradas para análise 17 questões ao todo, pois julgamos ser o suficiente para esta análise a que nos propusemos. Assim consideramos as questões -2-3--5-6-7-8-9-17-18-21-22-23-24-25-26-27-28.

Por ter o pesquisador com a mesma formação que os sujeitos da pesquisa, foram tomado cuidados de não identificar nominalmente o pesquisado, desta maneira duas perguntas do questionário ficaram para que o sujeito pudesse se decidir:

1-Colocar seu nome (q.4). - 2-Colocar o ganho mensal na clínica ou não colocar (q.17). A análise foi realizada pela teoria de Winnicott que coloca de sobremaneira o ambiente como agente de mudança e organização do SELF dos indivíduos. Por fim usaremos Giddens, Dejours, para nos definir o que é identidade profissional dentro de um conceito de que o SELF determina a identidade Profissional visto que ele é formado por fatores objetivos e subjetivos. A Pos modernidade será a luz da teoria de Giddens que coloca a relação de “deslocamento e reflexividade” e as novas funções de opção de cada individuo.Quanto a maneira que trataremos a questão da inserção do psicólogo clinico na saúde geral usaremos a teoria da Organização ,fartamente trabalhada na área de Saúde Publica.

5.2 Instrumentos Utilizados:

Para isto utilizaremos duas técnicas: o Qualiquantisoft (QLQT- 2000 - depósito 000440 no INPI) que é um programa de computador elaborado em parceria pela USP, através dos professores Fernando Lefèvre e Ana Maria Cavalcanti Lefèvre e pela Sales e Paschoal Informática destinado a facilitar a coleta de dados para os quais é utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para das respostas de maneira quantitativamente e qualitativamente.

Com o Qualiquantisoft (QLQT – Lefèvre e Lefèvre,2005) pode-se quantificar os resultados trabalhando com amostras bem selecionadas e relativamente grande de indivíduos, e ainda, segmentar os resultados pelas variáveis de cadastro, embutido no programa: - Cadastro: permitem arquivar dados e bancos de dados relativos a entrevistado, pesquisas, perguntas, cidades, grupos de entrevistados, etc. (Lefèvre Lefevre, 2005) - Análise de Dados: quadros e processos que permitem a realização de todas as tarefas necessárias à construção do DSC. - Ferramentas: permitem a exportação e a importação de dados e resultados da pesquisa. - Relatórios: organiza e permite a impressão dos principais resultados das pesquisas. (apostila do curso QLQT, 2009).

O Discurso do Sujeito coletivo (DSC): constitui num recurso metodológico que permite a realização de pesquisas de resgate de opiniões coletivas de modo qualiquantitativo. O pensamento é coletado individualmente, por meio de questões abertas, o que faz co que o pensamento, enquanto comportamento discursivo e fato social individualmente internalizado possam ser expressos, o que preserva a natureza qualitativa do pensamento.

O resgate do sentido das opiniões coletivas, que resulta num conjunto de discursos coletivos, ou DSCs, é um processo complexo, subdividido em vários momentos, efetuado por meio de uma série de operações realizadas sobre o material verbal coletado nas pesquisas. Para que se produzam os DSCs são necessárias quatro operações que são: a)-expressão chave (Ech); b)-idéias centrais (ICs); c)-Ancoragens (Acs); d)-Discursos do sujeito Coletivo (DSCs) propriamente ditos.

- a. As expressões chaves são trechos selecionados do material respondido de cada depoimento, que melhor descrevem seu conteúdo.
- b. As idéias centrais são formulas sintéticas que descrevem os sentidos presentes no material descritos e também nos conjuntos de respostas de diferentes indivíduos, que tem sentido semelhante ou complementar.
- c. As ancoragens são como as Idéias Centrais, fórmulas sintéticas que descrevem não mais os sentidos, mas ideologias, valores, crenças, presente no material descritos das respostas individuais ou nas agrupadas, sob a forma de afirmações genéricas destinadas a enquadrar situações particulares. Na metodologia do DSC considera-se que existem Ancoragens apenas quando estão presentes ,no material descrito, marcas discursivas explícitas destas afirmações.
- d. O discurso do sujeito coletivo são reuniões das Expressões Chave presentes nos depoimentos, que tem Idéias Centrais e/ou Ancoragens de sentido semelhante ou complementar. Estas expressões chave formam depoimentos coletivos dirigidos na primeira pessoa do singular, com finalidade precípua de marcar, expressivamente, a presença do pensamento coletivo na pessoa de um Sujeito e de um Discurso do Sujeito Coletivo.É como se todos falassem como se fossem (ou por meio de) um só. Um Discurso do Sujeito Coletivo busca descrever e expressar uma determinada opinião ou posicionamento sobre um dado tema presente numa dada formação sócio cultural.

Este tipo de instrumento é típico para pesquisar sobre um tema, dividida em algumas questões abertas direcionadas a serem respondidas por uma dada amostra de população, que é a característica de minha pesquisa; cada uma destas questões gera um numero variado de diferentes posicionamentos, de distintos DSCs. Eles são distintos tanto do ponto de vista qualitativo, na medida em que vinculam opiniões e posicionamentos distintos, como do ponto de vista quantitativo, uma vez que cada um deles é resultado da contribuição de um determinado número de entrevistas ou depoimentos de indivíduos que, ademais, são portadores de determinados atributos de categoria profissional.

5.3 Sujeitos

A população que foi entrevistada foi indicada pelo CRP-06 - São Paulo, obedecendo ao critério que estejam inscritos como psicólogos.

Os critérios de inclusão dos sujeitos foram:

1. Ser Psicólogo Clínico e ter uma experiência profissional entre 20 e 47 anos e possuir E-mail.
2. Ser registrado no CRP-06 a partir de 1962 como Psicólogos Clínicos (ano da criação da lei que regulamenta a profissão de psicólogo).
3. Estar atuando como psicólogo na área clínica, e ou em instituições.
4. Apresentar consentimento explícito por parte do sujeito de participação na pesquisa através de termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.4 Procedimentos

1ª etapa: Composição da amostra: - Contato com o CRP/06 por e-mail solicitando formalmente a mala de psicólogos inscritos neste Conselho e que tivessem e-mail. Recebi em 27 de outubro de 2008, um ofício n° 521/08, assinado pela Sra. Marilene Proença Rebello de Souza- Conselheira do CRP 6ª Região que deferiu a solicitação da mala direta dos psicólogos clínicos. (**Anexo 01**). A mala direta me foi enviada em dois de fevereiro de 2009 com 3581 nomes sendo que 2193 não possuíam e-mail e foram retirados da amostra. Restaram 1488.

No dia 30 de março de 2009 foram enviados 1488 e-mails informando, a todos portadores destes e-mails, o objetivo da pesquisa, solicitando colaboração como sujeitos da pesquisa, e onde havia conseguido seus e-mail. Vide (**Anexo 4-1**). Até o dia 10 de abril havia recebido: 236 respostas aceitando participar.

Desses 1488 e-mails enviados, seguem os resultados: 216 retornaram - e-mail errados; 134 anti-span; 06 respostas automáticas; 06 Não aceitaram; 23 não estão mais na área; 01 sem CRP definitivo: Total de contato = Não tive contato, retornaram como e-mail errados= 392. Universo de Sujeitos = 236 sendo destes 191 sujeitos responderam o questionário.

Retirados da Pesquisa: Respostas repetidas (retirados as duplicidades dos sujeitos) número = 32-91-130 (3)

Respostas Vazias = número 156 (1)

Menos de 10 anos de profissão = 3-40-46-64-75-124-153-159 (8)

Menos de 20 anos de profissão =15-16-17-43-78-118-120-127-138-139-140-142-161-172 (14)

Apenas seis deste total se colocaram logo de início que não tinham 20 anos ,os 8 restantes foram denunciando ao logo da pesquisa. Retirado porque se coloca só como psicanalista e não se refere ser psicólogo. 38 - Total= 27 retirados.

Do total 191 questionários respondidos, tirando os 27, a amostra de sujeitos ficou 164. Tínhamos a mala do CRP-06. A conclusão do Comitê de Ética em Pesquisas da PUCSP datado em 30 de março de 2009 com a aprovação. Começamos a pesquisa de campo. A pesquisa foi desenvolvida seguindo os passos:

Entrevista com aplicação de questões fechadas 18 e abertas 05 sobre o psicólogo a sua profissão, e seu paciente/cliente por meio do programa Qualiquantisoft a um grupo de 10 profissionais que fariam o pré-teste. **(Anexo 02).**

- 1- Foi feito o cadastro da Pesquisa no Qualiquantisoft através do Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo (IpDsc).
- 2- Incluímos todas as perguntas do questionário no programa Qualiquanisoft.
- 3- Foram escolhidos 10 sujeitos desta mala para responderem um pré-teste e enviado por e-mail os questionários. Este procedimento é para adaptação de algumas questões e ver se respondiam as nossas hipóteses e objetivos. Caso fosse necessário refaríamos os questionário e repetiríamos o pré-teste.
- 4- Foram respondidos 7 questionários (70%), sem nenhuma observação .
- 5- Foi feito o cadastro dos Entrevistados através do Qualiquantisoft.
- 6- Analisamos e vimos que respondiam nossos objetivos e nossas hipóteses. Como não vieram observações a respeito do questionário, utilizamos o mesmo questionário para disparar a todos os sujeitos da pesquisa.
- 7- Como o questionário não precisou de alteração, enviamos a todos os sujeitos da pesquisa (236 sujeitos), por e-mail o questionário, com explicações, através da Correspondência do Word 2007. **(Anexo 02.)**
- 8- Foi enviado então a cada uma dessas pessoas outro e-mail cujo conteúdo era sobre a devolutiva como será realizada e agradecendo a participação. Todos os sujeitos serão avisados do dia da Defesa da Tese. **(Anexo 5)**

- 9- Até o dia 17 de maio de 2009 havia recebido dos 236 e-mails enviados, que confirmaram a participação na pesquisa como sujeitos, 191 questionários devidamente respondidos.
- 10- Foi feito o cadastro dos Entrevistados através do Qualiquantisoft, total de 191 sujeitos.
- 11- Foram cadastrados grupos quanto a idade, tempo de atuação, renda de consultório e abordagem, sexo.
- 12- Passamos ao DSC, copiando os dados do QLqt para a inclusão dos entrevistados que passaram a ter o código PSI 001 a PSI 191, e suas respostas.
(Anexo 3)
- 13- Observamos todas as respostas duplicadas, com menos de 10 e 20 anos de profissão ou vazias e foram retiradas do total de respostas, ficando então com 164 sujeitos, conforme página 3.
- 14- Foram identificadas as expressão chaves, começando assim a análise de dados.
- 15- Fizemos identificadas as idéias centrais.
- 16- Categorizamos as respostas.
- 17- Elaboramos os gráficos da parte das perguntas fechadas, usamos 11 perguntas, para não nos estendermos demais nesta parte. Gráficos P .
- 18- Construimos o Discurso do Sujeito Coletivo.
- 19- Analisamos os dados do Discurso do Sujeito Coletivo.

5.5 Análise.

Como instrumento para a avaliação, a técnica de tratamento dos dados colhidos foi a do “Discurso do Sujeito Coletivo-DSC” (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005), e a da “Análise Quantitativa de Dados e Qualitativa de Conteúdo”, as quais propiciaram a categorização/subcategorização dos dados a partir de leituras do conjunto dos questionários recebidos. Esse procedimento metodológico permitiu a organização e a tabulação dos dados qualitativo-quantitativos obtidos pelos questionários em perguntas abertas e fechadas. Desse modo, a seleção de expressões-chave pode ser extraída a partir de idéias centrais, se houver de cada um deles. Tais idéias foram classificadas de acordo com as especificidades de cada categoria, tendo como referência a orientação da pesquisa. Para a categorização foram considerados tanto os dados probabilísticos disponíveis na literatura pertinente quanto os aspectos emergentes e fenômenos em si mesmo.

Tal procedimento metodológico incluiu também a apresentação de cada grupo social sob a forma de um discurso: síntese, na primeira pessoa do singular, organizado a partir das diversas expressões-chave associadas à mesma. Assim, composto, o “Discurso do Sujeito Coletivo” deu voz aos psicólogos clínicos diante da transformação social, no contexto atual. A análise dos dados foi realizada através das leituras contidas na bibliografia usada e as ideias se formaram para a análise a partir da bibliografia consultada.

5.6 Cuidados Éticos para Execução da Pesquisa

A viabilização da presente pesquisa foi garantida com relação à afiliação acadêmica e a materialização em campo. Este projeto inseriu-se na linha de pesquisa da PUC-SP, no Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica - Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, ambos sob a responsabilidade da orientadora do presente projeto Prof^a. Dra. Mathilde Neder.

A presente tese, intitulada *A Identidade Profissional do Psicólogo Clínico Transformações no Contexto Atual*, foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP, e com o parecer positivo, a pesquisadora deu continuidade ao trabalho agora finalizado.

Foi usado para tanto o “Termo de Compromisso” da pesquisadora como também o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, de acordo com a resolução de 10 de outubro de 1996, que trata da questão do sigilo, da confiabilidade e do respeito na pesquisa com seres humanos.

6. ANÁLISE DOS RESULTADOS

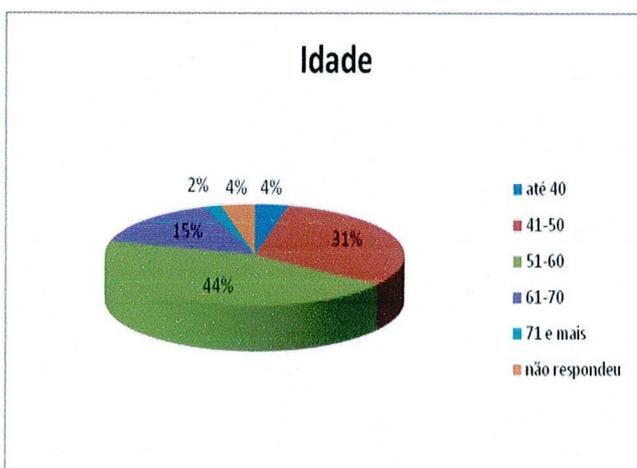
6.1. Categorização da Amostra – Dados Quantitativos

6.1.1-Tempo de atuação como Psicólogo (a) Clínico (a):



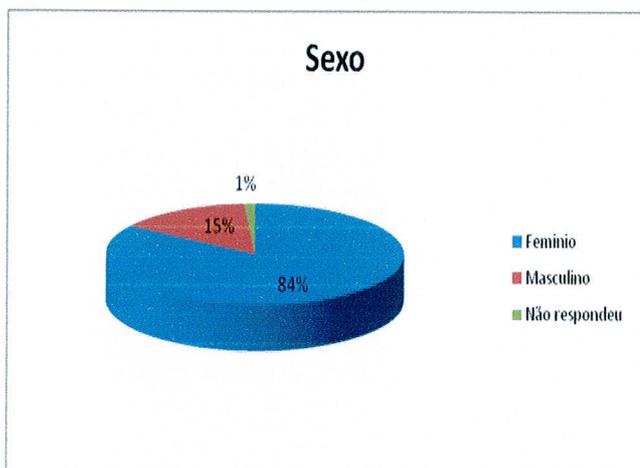
Tempo de Atuação	n	%
11 a 20 anos	32	19,51
21 a 30 anos	80	48,78
31 a 40 anos	49	29,88
41 a 47 anos	3	1,83
Total	164	100

6.1.2- Faixa Etária



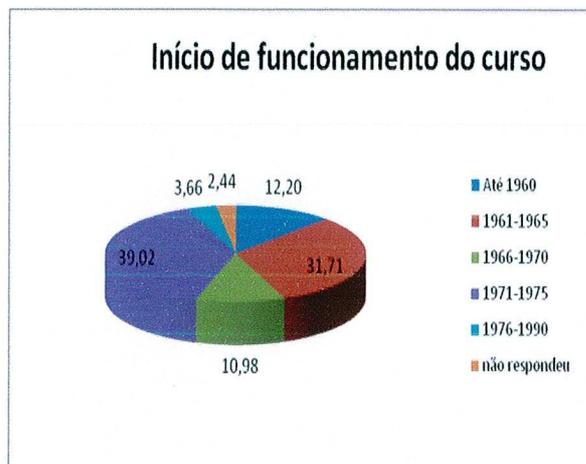
Idade	n	%
até 40	6	3,66
41-50	51	31,10
51-60	73	44,51
61-70	25	15,24
71 e mais	3	1,83
Não respondeu	6	66
Total	164	100

6.1.3- Gênero



Sexo	n	%
Feminino	138	84,15
Masculino	24	14,63
Não respondeu	2	1,22
Total	164	100

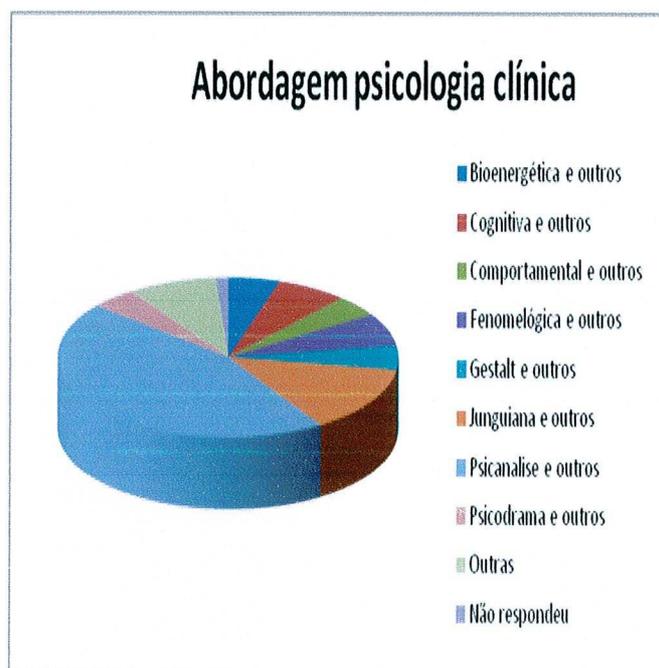
6.1.4-Início de Funcionamento do Curso (MEC*) que se Formou



Início de Funcionamento do Curso	n	%
Até 1960	20	12,20
1961-1965	52	31,71
1966-1970	18	10,98
1971-1975	64	39,02
1976-1990	6	3,66
Não respondeu	4	2,44
Total	164	100

(*)Fonte: <http://emec.mec.gov.br/>

6.1.5-Abordagem Psicologia Clínica



Abordagem Psicologia Clínica	n	%
Bioenergética e Outros	8	4,88
Cognitiva e Outros	11	6,71
Comportamental e Outros	7	4,27
Fenomenológica e Outros	11	6,71
Gestalt e Outros	8	4,88
Junguiana e Outros	22	13,41
Psicanálise e Outros	74	45,12
Psicodrama e Outros	7	4,27
Outras	14	8,54
Não Respondeu	2	1,22
Total	164	100

6.1.6- Ano que se Formou



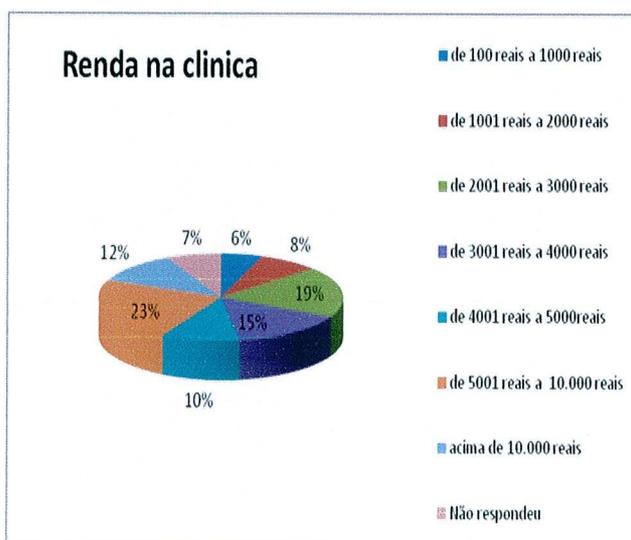
Ano que se Formou	n	%
Até 1980	80	48,78
1981-1990	60	36,59
1991-1998	17	10,37
Não respondeu	7	4,27
Total	164	100

6.1.7- Como você se vê na carreira como Psicólogo Clínico?



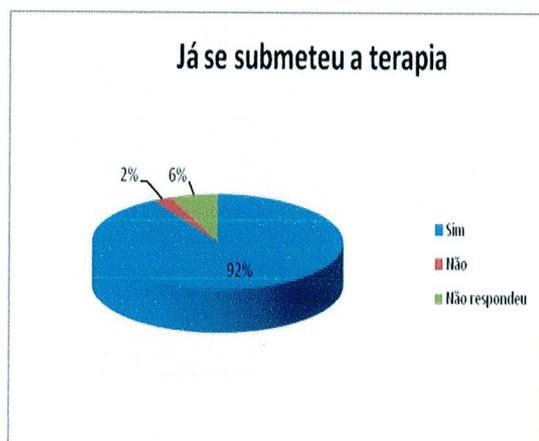
Como se vê na Carreira	n	%
Profissional Respeitável	51	31,10
Profissional Competente	87	53,05
Profissional importante	13	7,93
Profissional medianamente preparado	4	2,44
Profissional com uma profissão secundária	2	1,22
Não respondeu	7	4,27
Total	164	100

6.1.8- Renda na Clínica



Renda na Clínica	n	%
de 100 reais a 1000 reais	9	5,49
de 1001 reais a 2000 reais	13	7,93
de 2001 reais a 3000 reais	31	18,90
de 3001 reais a 4000 reais	25	15,24
de 4001 reais a 5000reais	17	10,37
de 5001 reais a 10.000 reais	38	23,17
Acima de 10.000 reais	19	11,59
Não respondeu	12	7,32
Total	164	100

6.1.9- Se você se submeteu a Psicoterapia diga em que abordagem. Caso não tenha se submetido, responda não.



Já se Submeteu a Terapia	n	%
Sim	150	91,46
Não	4	2,44
Não respondeu	10	6,10
Total	164	100

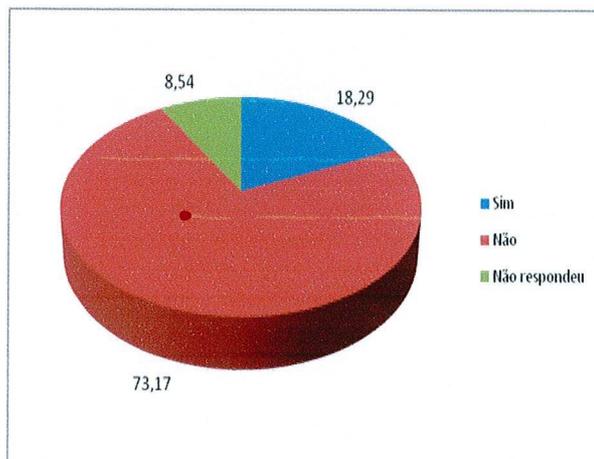
6.1.10- Se você se submete a psicoterapia atualmente, diga qual abordagem.

Caso não faça, escreva não.



Faz Terapia Atualmente	n	%
Sim	51	31,10
Não	101	61,59
Não respondeu	12	7,32
Total	164	100

6.1.11- Se você faz algum tratamento alternativo diga qual. Caso não faça, escreva não.



Faz tratamento alternativo	n	%
Sim	30	18,29
Não	120	73,17
Não respondeu	14	8,54
Total	164	100

6.2-Resultados Quantitativos

6.2.1- Resultados Quantitativos

Quadro 1

Q.1- Você é Psicólogo Clínico há vinte anos ou mais. O que o mantém este tempo todo nesta profissão?

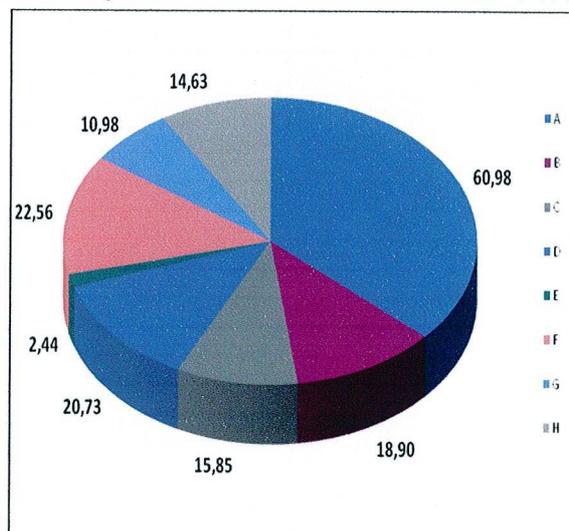
Distribuição do Percentual de Idéias Centrais Frente à Questão: São Paulo, 2009

IDÉIAS CENTRAIS	N	%
A Afeto positivo em relação à profissão.	100	36,50
B Gosta de pessoas.	31	11,31
C Trabalho, carreira, desenvolvimento e competência profissional.	26	9,49
D Interesse científico pela Psicologia.	34	12,41
E Falta de oportunidade e dificuldades profissionais.	4	1,46
F Prestígio, reconhecimento e importância da profissão.	37	13,50
G Não respondeu.	18	6,57
H Ganho e remuneração.	24	8,76
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA	274	100

Nº de entrevistados: 164 - Obs.: Um pesquisado pode ter emitido mais de uma IC

Hipótese confirmada. Ocorreram alterações nesta identidade, na contemporaneidade. **Encontramos:** Conhecimento, Auto-Conhecimento.

Distribuição do Percentual de Idéias Centrais frente ao Total de Sujeitos - São Paulo, 2009



	n	%
A	17	10,37
B	58	35,37
C	30	18,29
D	35	21,34
E	19	11,59
F	12	7,32
G	9	5,49
H	14	8,54
I	19	11,59

6.3- Resultados Qualitativos

6.3.1- Resultados Qualitativos

DSC A - Afeto Positivo em Relação à Profissão. - Tenho paixão pelo que faço. Sempre gostei de temas ligados a Filosofia e a Psicologia. Acredito muito nos benefícios que esses conhecimentos trazem para o crescimento pessoal: 1- melhora nas relações interpessoais e 2-na qualidade de vida de forma geral. Quando escolhi fazer Psicologia tinha certeza do que queria. Acredito que se fosse hoje escolheria a mesma profissão. Dedico-me e me identifico com a Psicologia Clínica. Ajo para que seja o melhor que posso fazer naquele momento em serviço; trabalho com muito prazer, satisfação e me sinto realizada como se fosse uma missão diante do amor e interesse que tenho em me aprimorar constantemente. Tenho paixão e fascínio pelo exercício da psicoterapia. Acredito na evolução, na capacidade e na eficiência do ser humano, quando busca de seu autoconhecimento, sempre que observo os resultados da psicoterapia. Tenho interesse, amor, curiosidade e necessidade de estar sempre em contato com as questões da mente, esta é a forma ao sofrimento psíquico que tenho para contribuir profissionalmente para uma intervenção clínica. É prazeroso e de grande ajuda ao sofrimento psíquico. Isto tudo somado a gratificação dos pacientes, ao meu próprio, acrescentado a motivação, a resiliência, a vocação, o prazer e a satisfação em conseguir ajudar, mais esses anos todos dedicados a profissão, certamente verá o fruto de meu respeito a uma necessidade primária (minha) como beber, comer, respirar e entenderá o fascínio pelo trabalho único e singular de cada cliente. Foi a profissão que escolhi e nunca me imaginei fazendo outra coisa.

DSC B- Gosta de Pessoas - É uma ideologia. Gosto das pessoas, amo e tenho respeito por elas e um grande interesse apaixonado quando se tornam objetos de estudo. Acredito na sua capacidade de superar problemas, dificuldades e conflitos. Quando vejo o sofrimento psíquico do ser humano, minha vontade profunda e verdadeira é ajudar e compreender o outro. Desperta em mim um interesse enorme em ajudar, dar acolhimento, orientar, melhorar sua capacidade de lidar com suas angústias e conflitos. Esse desejo de colaborar para a diminuição do sofrimento psíquico me realiza, pois desta maneira aplico o que sei: ajudar as pessoas a crescerem e descobrirem outras possibilidades em suas vidas. O que me move é o fato de proporcionar às pessoas a possibilidade de estarem

melhor na vida, a superarem e a crescerem, através da compreensão de fatos inconscientes que as atrapalhavam. Essa troca com meus pacientes me motiva e incentiva a continuar firme na profissão.

DSC C-Trabalho, Carreira e Desenvolvimento Profissional - Sempre tive muito interesse em compreender o ser humano e me empenhei para isto procurando estudar e me atualizar. Escolhi a Psicologia Clínica como profissão e investi tudo nela: tempo, estudo, análise e esforço. Como resultado fui elaborando minhas experiências da vida, meus vínculos com os colegas e a necessidade de auto desenvolvimento. Tenho crescido tanto intelectualmente como emocionalmente, com isto também aumentou minha resiliência. Abracei esta profissão com dedicação exclusiva. A perspectiva de carreira, meu interesse, minha motivação, foram me dando novas oportunidades profissionais. Sempre gostei de atuar em equipe interdisciplinar, participar de supervisões e reuniões. Assim, obtive boas oportunidades na carreira. Hoje sou procurada por pessoas indicadas por ex-pacientes e por médicos que confiam na minha competência. Acredito que a Psicologia Clínica seja um trabalho científico e me realizo o quanto me dedico a isso; por outro lado, as demandas constantes do contexto institucional é outra motivação para me atualizar sempre, com isto cresço cada vez mais na profissão. Vivo, me mantenho e me realizo na minha atuação clínica, tudo foi conquistado com empenho, estudo e respeito ao ser.

DSC D – Interesse Científico pela Psicologia - Meu conhecimento pela Psicologia começou com interesse pela alma humana e uma vontade irresistível intelectual pelas questões que a psicologia abarca; foram necessários anos de formação, muita supervisão, análise pessoal e muito estudo. A meta de buscar promover as condições para o adequado desenvolvimento dos potenciais humanos foi me colocando em contato com técnicas adequadas e bem fundamentadas teoricamente, o que me fez acreditar no sentido desta profissão. O interesse por esta área do conhecimento, no comportamento e no desenvolvimento humano logo me levou a estudar a relação entre realidade e pensamento, enfatizando a experiência emocional e a curiosidade sobre o desenvolvimento da psique. É uma atividade desafiadora que exige superação constante, a troca na relação paciente X profissional nos enriquece não só como psicólogos, mas como humanos. Poder evoluir pessoalmente, ter o que avançar, contribuir, conhecer, buscar o saber é uma experiência do cotidiano clínico, ver o impossível como possível, os enigmas do ser humano me levaram à pesquisa e a troca com grupos de estudos que me

enriquecem cada vez mais. Isto me despertou uma vontade de transmitir o conhecimento aos alunos e supervisionando o que aprendi sobre o ser humano e sobre minha pessoa nestes anos todos. Isto me leva novamente aos desafios e renovações e ao interesse em reciclar-me profissionalmente de uma maneira constante.

DSC E - Falta de Oportunidade e Dificuldades Profissionais - Teimosia e falta de outras oportunidades, é o que me mantém nesta profissão. Destes 30 anos de atuação, vinte foram dedicados exclusivamente à área clínica, contudo, em decorrência da escassez de pacientes, migrei para a área institucional (Pública). Atualmente concilio as duas modalidades à outra profissão me é mais compensadora financeiramente.

DSC F - Prestígio, Reconhecimento e Importância da Profissão - Psicologia foi a profissão que escolhi, gosto da atividade profissional e acho que ser profissional liberal é motivador. Visitar os mundos que as pessoas encerram, acompanhar nas minúcias o processo de transformação do psiquismo de uma pessoa, ver alguém conseguindo aproveitar melhor suas possibilidades e sofrer menos e poder colaborar para isso tudo me parece um lugar privilegiado. A valorização profissional chegou diante de tudo isto. Hoje sou respeitada na área, sei da importância de minha participação na realização de projetos relevantes ao desenvolvimento humano em nossa sociedade. Conquistei credibilidade como profissional em trabalho de equipe multiprofissional e assim obtive oportunidades, como convênios, que me permitiram continuar na área clínica. Os pacientes crescem com o trabalho e eu também me desenvolvo ao acompanhá-los. Assim consegui o reconhecimento de meus pacientes, de meus pares da profissão, da minha família e dos meus amigos e social. A recompensa, às vezes, não é material, mas vem principalmente dos pacientes que chegam descrentes ao tratamento e reconhecem mais tarde a importância dele em sua vida. Estes agradecimentos se desdobram em outros motivos. O retorno é positivo de uma boa parte de meus clientes. Foi assim que veio a respeitabilidade profissional. Claro que existe a busca do retorno de muito investimento pessoal. Acredito na eficácia da psicoterapia que promove o desenvolvimento do ser humano, tanto no aspecto preventivo como para o equilíbrio da saúde psicossocial, que ele promove mudanças socioculturais, e também, na possibilidade de ajudar a construir uma sociedade mais justa e humana.

DSC G – Não Respondeu.

DSC H - Ganho e Remuneração - Não precisei de dinheiro para me manter no início da profissão assim pude investir muito. Claro que após este período veio a busca por este retorno de investimentos. Financeiramente continua sendo gratificante, pois poucos psicólogos conseguem ganhar bem apesar de muito trabalho. Consegui a subsidência a partir desta prática profissional e me mantenho com rendimento compatível a classe média. A entrada de convênios está dificultando a questão de honorários. 2 - O interesse na área me faz ainda continuar na profissão apesar da baixa remuneração, mesmo somando a renda do meu consultório e serviço público não acredito ter um bom padrão financeiro. Tive oportunidades na clínica e em convênios que me permitiram continuar na área clínica. Consegui sobreviver financeiramente na profissão, mas me sustento com o salário da universidade.

6.2.2- Resultados Quantitativos

Quadro 2

**Q.2- Diversas categorias profissionais exercem a função de Psicoterapeuta.
Em sua opinião qual a diferença entre atuação do Psicólogo Clínico
comparado a outros profissionais**

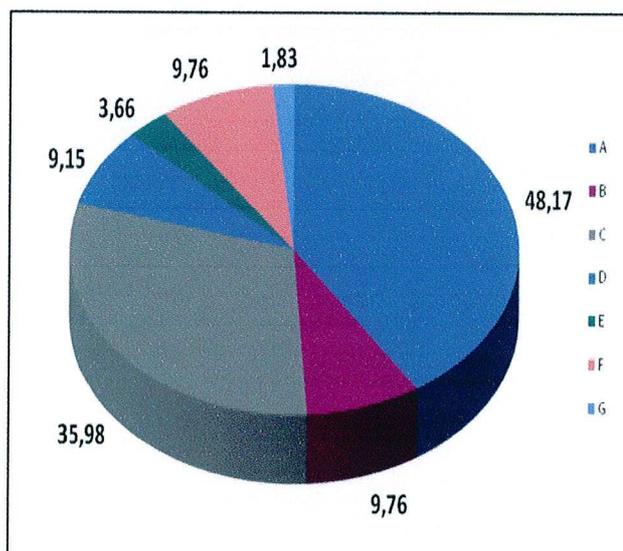
Distribuição do Percentual de Idéias Centrais Frente à Questão: São Paulo, 2009

IDÉIAS CENTRAIS		N	
%			
A	O psicólogo possui preparo técnico, acadêmico, ético e vivencial.	79	40,72
B	Não tem diferença.	16	8,25
C	Só o psicólogo pode ser psicoterapeuta, mesmo assim necessita de aprimoramentos e supervisões depois de formado.	59	30,41
D	Depende. Psicólogos também podem ser mal formados.	15	7,73
E	Não conheço os demais profissionais. Não posso falar e não dá para comparar.	6	3,09
F	Não respondeu.	16	8,25
G	Confunde Psicologia com Psicanálise.	3	1,55
TOTAL DE RESPOSTA		194	100

Nº entrevistados: 164 - Obs.: Um pesquisado pode ter emitido mais de uma IC

Hipóteses Confirmadas: - Os profissionais estão adequando às práticas terapêuticas quanto a questão de tempo, espaço, informações, relações superficiais e poder econômico. As alterações do indivíduo citado pelos ensaístas e filósofos são percebidas pelos psicólogos em contato com os pacientes. **Encontramos:** habilidade, conhecimento e reconhecimento.

Distribuição do Percentual de Idéias Centrais frente ao Total de Sujeitos - São Paulo, 2009



	n	%
A	79	48,17
B	16	9,76
C	59	35,98
D	15	9,15
E	6	3,66
F	16	9,76
G	3	1,83
	164	100

6.3.2- Resultados Qualitativos

DSC - A- O Psicólogo possui Preparo Técnico, Acadêmico, Ético e Vivencial. - O psicólogo clínico tem uma formação única e específica, direcionada ao conhecimento da personalidade humana, que se baseia na aquisição do conhecimento profundo da metodologia clínica e científica das várias teorias psicológicas (levando-se em conta os aspectos humanos que limitam o rigor científico, inerentes à psicologia), além da aquisição do conhecimento das diversas técnicas psicoterápicas existentes, além do autoconhecimento, obtido através de processos de psicoterapia aos quais deve se submeter durante os anos de sua formação acadêmica e se torna uma necessidade constante. Possui uma formação diversificada que lhe favorece tanto a postura, o raciocínio clínico, as técnicas de entrevista, de validação e um maior conhecimento dos estados mentais e dos manejos de técnicas para atingir bons resultados. Respeita o lugar onde se dá a intervenção; respeita o ser humano psico e fisicamente. Com isto desenvolve sua neutralidade diante do paciente e aprimora sua capacidade de escutar, sabe trabalhar na transferência, o que amplia esta escuta e a direção do tratamento. Esta questão realmente incomoda. A dedicação em estudos, a formação acadêmica de cinco anos, investimento profissional, submissão às regras dos conselhos e normas éticas, por órgãos como sindicatos, CRP/CFP, além das horas de psicoterapia (dos psicólogos), não são do conhecimento da população quando buscam um profissional para fazerem a sua psicoterapia. O psicólogo clinica assim, tem uma formação bem abrangente, e, além disso, prepara-se com uma formação específica o que colabora com a universalidade da situação

DSC B – Não tem Diferença. - Reputo a boa formação, tanto pessoal, quanto profissional, muito mais aos esforços e à seriedade com que se vive e se trabalha que à formação acadêmica básica; se estudar - se submeter à psicoterapia - vários profissionais podem e fazem psicoterapia de maneira adequada. Depende da formação que o profissional desenvolveu após ter se graduado, da sua sensibilidade, seriedade e paixão por esse ofício. Não vejo muita diferença, a não ser um saber específico, que não é imprescindível para a prática clínica. Outras profissões, a depender da formação mais ampla do profissional, também podem desempenhar a função de psicoterapeuta com competência. A diferença está na qualidade da formação contínua, e não necessariamente

na graduação que teve. Creio que entre Psicólogos e Psiquiatras Clínicos não há diferenças. Profissionais com outras formações acadêmicas serão preparados com visões que podem variar, por exemplo, um médico é preparado para lidar com as doenças e suas curas trazendo em sua formação um modo particular de olhar o paciente. Isso não é negativo, em absoluto, pode ser muito rico se cada profissional puder aproveitar da melhor forma possível tudo que aprendeu na faculdade e na vida às vezes, formações em outras áreas enriquecem mais ainda o profissional. Isso fica muito difícil de avaliar. Tenho boas experiências (como paciente) de psicoterapeutas médicos e psicólogos; penso que os recursos internos pessoais contam mais do que propriamente a formação específica do profissional; já na atuação, nenhuma, só uma questão de nomenclatura; o importante é a bagagem o preparo e a formação, e o quanto ele também está se trabalhando para poder acompanhar seu cliente.

DSC-C- Só o Psicólogo pode ser Psicoterapeuta, mesmo assim Necessita de Aprimoramentos e Supervisões depois de Formado. - O psicólogo clínico é bem preparado em termos de método, consistência teórica, experiência supervisionada e formação aprofundada em instituições reconhecidas, o seu preparo acadêmico é abrangente e profundo. Adquirem conhecimentos em Desenvolvimento Humano, Psicologia Educacional, Antropologia, Sociologia, Filosofia, etc., que faz com que o profissional tenha uma visão diferenciada do social, e sobre os problemas. Entre tantas diferenças que podem existir a principal: não propõe ao cliente uma fórmula mágica nem tão pouco, grande receita para mudanças, e sim saber auxiliá-lo a buscar sua verdade dentro de si mesmo. Outra diferença é postura do profissional frente em ao "fazer" clínico, ou seja, o comprometimento ético imprescindível com a própria análise pessoal. Desde a 1ª série de sua formação como psicoterapeuta, geralmente inicia também o atendimento pessoal psicoterápico. Os profissionais de outras áreas não têm a formação necessária para atuar como psicoterapeutas. Muitos deles vão em busca deste título em cursos breves e também procuraram títulos mais como uma referência externa, para se conceituar como sendo "psi. Outra diferença é a formação de base dos outros psicoterapeutas, que pode facilitar ou dificultar o desenrolar de um processo terapêutico. Comparando com Médico os psicoterapeutas usam técnicas psicológicas (verbais e não verbais) invés de medicamentos, com Psicanalista é a combinação de teorias mais variadas invés do corpo de uma escola única. Acho que a psicoterapia deveria ser uma atribuição exclusiva do psicólogo ele tem conhecimento específico para uma atuação

diferente de psiquiatras e outros profissionais que têm uma visão mais limitada do problema; seu funcionamento está calcado no imediatismo, do tipo "fórmula mágica" e com o risco de um transtorno maior para quem faz uso. Esses profissionais diminuem os sintomas dos pacientes, com massagens florais, mas não chegam ao centro do problema eliminando a causa e esse é o papel do Psicólogo Clínico. Temos muitos psicoterapeutas, sem a compreensão do psiquismo humano, pois faz uma grande diferença desde passar pela universidade de Psicologia, quanto ter uma profunda formação. Outros profissionais se especializam em alguma modalidade de psicoterapia, mas não têm vivência da teoria psicológica mais ampla em ação, na prática clínica. A psicoterapia em outras categorias profissionais tem limitações específicas como: compreensão pelo toque, pelo esoterismo, por conceitos místicos, valendo-se de um arsenal indireto, de uma escuta parcial e contaminada de sedução pelo imediatismo. Não possuem a mínima noção de desenvolvimento humano, da psicopatologia e da real abrangência de um vínculo terapêutico. As outras profissões têm pouquíssima psicologia no currículo da graduação e necessariamente não são estimulados a fazer psicoterapia, não tem formação de psicólogo, não deve atuar como profissional psi. Somente o psicólogo clínico de qualquer abordagem deve exercer a função de psicoterapeuta. Os outros profissionais podem ser terapeutas com recursos alternativos, mas nunca psico.

DSC- D –Depende. Psicólogos também Podem ser Mal Formados. - A formação básica oferecida na graduação em Psicologia, ainda que muito limitada, oferece disciplinas fundamentais: Desenvolvimento, História da Psicologia, as diversas Abordagens Clínicas e suas epistemologias, Psicodiagnóstico, Prática Clínica Supervisionada, Psicologia Social, etc. E há psicólogos clínicos que param seu desenvolvimento na faculdade, sendo que a faculdade é só um começo, lança várias bases para que o profissional as desenvolva. O fato é que um psicólogo recém formado nem sempre está suficientemente maduro ou treinado na área clínica. Existe necessidade de uma boa universidade, de muita supervisão de muita análise pessoal e não vejo isso em alguns psicoterapeutas. Depende muito de cada um, de suas características pessoais e de formação. Conheço bons e maus psicoterapeutas psicólogos e não psicólogos. Acredito que "parte dos psicólogos" esteja apta a exercer a função de Psicoterapeuta, entretanto, "alguns" não estão seja por questões pessoais e /ou profissionais, ou que nunca fizeram um processo psicoterapêutico e atendem. Isso é gravíssimo. A diferença também está na formação técnica; muitos profissionais fazem cursos relâmpagos e se dizem preparados

para o ofício. Desta forma, podemos ter disparates tanto por psicólogos mal formados, quanto por outras categorias mal preparadas. Vejo alguns profissionais trabalhando apenas de maneira empírica e mística, explorando a busca do ser humano pelas fórmulas mágicas. Percebo que somos intuitivos, às vezes ingênuos, também um pouco aéreos e deixamos a sessão correr de uma forma menos diretiva. A formação do psicólogo é fraca, forma ingênua. Na prática, vejo muito despreparo. Enfim, não sei responder. A quais profissionais vocês se referem? Psiquiatra? Depende da formação que cada um buscou.

DSC-E-Não Conheço os demais Profissionais. Não posso Falar e não dá para Comparar. - Não conheço a atuação clínica de outros profissionais, melhor dizendo desconheço esta informação para comentar. Dentre os próprios psicólogos já encontramos diferenças de atuação, e alguns param seu desenvolvimento na faculdade. Não sei dizer das atuações do "Filósofo Clínico", do "Terapeuta Ocupacional", do Religioso "Pastor", e até do Psiquiatra não especializado (neste caso já vi despreparo por falta de formação especializada). Não dá para comparar de forma genérica

DSC-F- Não respondeu.

DSC-G – Confunde Psicologia com Psicanálise. - É importante valorizar a formação específica, embora se a pessoa fez um treinamento intenso em psicoterapia, como por exemplo, é o caso da Psicanálise, muitas vezes o profissional assim formado se torna um bom psicoterapeuta. Assim como psicanalista, considero que não é condição obrigatória nem suficiente que a pessoa seja Médico ou Psicólogo; há Assistentes Sociais, Enfermeiros, Fonoaudiólogos, Filósofos, Pedagogos e até Engenheiros Arquitetos, que se dão conta dessa paixão e vão fazer uma formação em Psicanálise (por exemplo). Dedicam-se por muitos anos a essa empreitada e se realizam nela.

6.2.3- Resultados Quantitativos

Quadro 3

Q3-Ser Psicólogo Clínico hoje é diferente de ser Psicólogo Clínico há vinte anos?

Fale sobre isto.

Distribuição do Percentual de Idéias Centrais frente à Questão: São Paulo, 2009

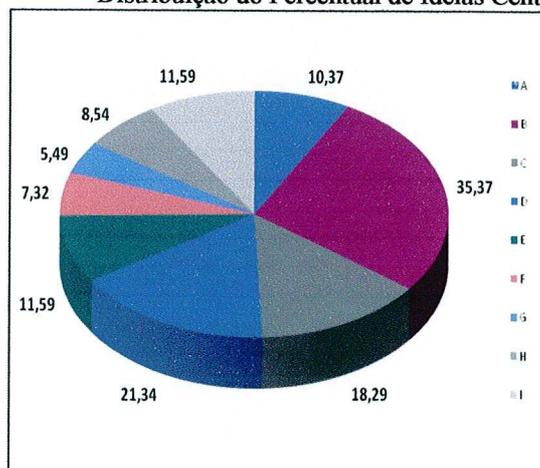
IDÉIAS CENTRAIS		N	%
A	O mundo mudou e os profissionais precisam se adaptar.	17	7,98
B	O psicólogo é mais valorizado, há novas oportunidades no mercado e menos preconceito.	58	27,23
C	A globalização, os avanços da tecnologia, da farmacologia e novas patologias mudaram o perfil profissional.	30	14,08
D	O psicólogo se vê diante de novas demandas.	35	16,43
E	Não mudou/ não sei dizer	19	8,92
F	Não respondeu	12	5,63
G	As relações psicoterapeutas/ paciente mudaram.	9	4,23
H	A Formação acadêmica precisa mudar para acompanhar as mudanças do mundo atual.	14	6,57
I	Mudou para pior.	19	8,92
TOTAL DE RESPOSTAS DAS PERGUNTAS		213	100

Nº do sujeito 164 – Obs. Um pesquisado pode ter emitido mais de uma IC

Hipóteses Confirmadas: - Os profissionais estão adequando as práticas terapêuticas quanto a questão de tempo, espaço, informações, relações superficiais e poder econômico. As alterações do indivíduo citado pelos ensaístas e filósofos são percebidas pelos psicólogos em contato com os pacientes. Encontramos habilidade, conhecimento e reconhecimento.

GRÁFICO 3

Distribuição do Percentual de Idéias Centrais frente ao Total de Sujeitos - São Paulo, 2009



	n	%
A	17	10,37
B	58	35,37
C	30	18,29
D	35	21,34
E	19	11,59
F	12	7,32
G	9	5,49
H	14	8,54
I	19	11,59
	164	100

6.2.3-Resultados Qualitativos

DSC-A- O Mundo Mudou e os Profissionais Precisam se Adaptar -

Talvez seja mesmo diferente ser psicólogo hoje, as coisas mudam, mas talvez ser mais maduro profissionalmente nos tempos de hoje possa dar uma segurança maior, considerando-se a situação atual de vida mais complicada para o homem. O profissional de hoje precisa estar mais engajado nas questões sociais e mais atento aos aspectos multidisciplinares que envolvem os atendimentos que realiza. Precisa ser mais dinâmico, estar sempre em contato com outros profissionais que atuam junto ao paciente (Psiquiatra, Neurologista, Escolas, etc.). Por esta realidade de trabalho multidisciplinar e das diferenças de demandas é que as pessoas buscam ajuda psicológica. O mundo mudou muito, todos os profissionais precisaram se adaptar às novas demandas. Assim, o psicólogo clínico também precisou repensar suas teorias de mais de um século, à luz das novas condições e exigências. Existem dois pontos: - A compreensão dos fenômenos psicossomáticos, que aproximou outras especializações da saúde no tratamento das queixas ambulatoriais e a visão holística que dentro da formação facilita acessar o novo paradigma. No entanto, é preciso sempre se atualizar, pois o que era o desenvolvimento infantil, por exemplo, há vinte anos é muito diferente de hoje. Fazer o mestrado em psicossomática ajudou muito. As sociedades também se transformaram; as mudanças sócio-político-econômicas também trouxeram limitações e a necessidade de modificar o *setting* especificamente, quanto ao número de sessões semanais e investimento financeiro do paciente. Há certa perda de valores e as oportunidades são menores, porém, tratamentos antes considerados impossíveis, hoje são viáveis e bem-sucedidos. O trabalho inter e multidisciplinar beneficia o paciente e ajuda o profissional por outro lado, havia mais oportunidades, porém hoje há mais trocas e diversificação. Na essência, ser psicólogo é uma função que deveria contemplar a flexibilidade necessária para que esse profissional se adaptasse a qualquer tempo.

DSC-B- O Psicólogo é mais Valorizado. Há novas Oportunidades no Mercado e Menos Preconceito. Não sei se vinte anos é uma marca diferenciadora, mas certamente há quarenta anos, as coisas eram muito diferentes. Recortar o lugar do psicólogo no trabalho, no social, a sua identidade eram ainda tentativas muito no início. As Sociedades de Psicanálise na época não aceitavam Psicólogos, só Médicos, pelo menos na Argentina. Há 20 anos só falávamos de Psicanálise e das terapias corporais hoje existem mais abordagens, tenho a impressão que as pessoas procuram mais por terapia

hoje. O psicólogo a meu ver tinha uma postura muito mais acadêmica. Teve que desmistificar a loucura a quem procurava este tipo de atendimento; hoje este profissional está mais assimilado no mercado e chega a ser imprescindível. A demanda maior era de crianças com problemas de aprendizagem ou de comportamento, pessoas portadoras de necessidades especiais e pessoas com transtornos psiquiátricos e pelos estudantes de Psicologia. Hoje o psicólogo clínico possui um lugar mais estabelecido, tanto na comunidade, como também entre profissionais de outras áreas e outras profissões. Hoje há uma maior compreensão quanto à atuação do Psicólogo Clínico e do seu acolher a uma pessoa com ansiedade e dificuldades comportamentais e emocionais, assim como fazer psicoterapia se tornou um sinal de equilíbrio e saúde emocional, não em "patologias" - como "ser louco". Quanto aos homens, a psicoterapia é assunto de roda masculina, inclusive em locais de trabalho, sem dúvida, isso também é resultado de construção conjunta, onde profissionais foram construindo relações de confiança e respeito. Hoje a mídia tem mostrado o trabalho clínico, e os convênios estão a dar cobertura. O resultado disto é positivo porque as pessoas podem procurar pela psicoterapia e desfrutarem dos bons resultados; assim indicam às outras pessoas e expandem o trabalho clínico. A Psicologia Clínica era muito alienada da realidade do país, das questões sociais e políticas, isolando-se num universo voltado estritamente para a classe média e classe alta, restringindo-se à prática nos consultórios e clínicas privadas. Isso foi mudando gradativamente, e hoje ela se volta também para outros segmentos sociais, está presente nos serviços públicos, ampliou seu alcance social e está deixando de ser uma prática elitizada. É diferente principalmente pela variedade de campos que se abrem para a clínica em instituições, em grupos e comunidades, nas terapias artísticas, nos hospitais, UBS, NASF, CAPS, além de outros campos.

A função de psicólogo foi implantada nos Centros de Saúde, promoveu uma imensa contribuição para a propagação da Psicologia e do psicólogo, ao menos no Estado de São Paulo, e a profissão deslanchou desde 1986; porém, o mercado de trabalho está mais concorrido. Quanto à formação direcionava-se mais para a clínica, hoje a diversidade do fazer do psicólogo tem sido mais valorizada, novos campos se abrem, de tal forma que a clínica é um dos fazeres. A Psicologia Clínica está presente em instituição e em prática de uma clínica ampliada, acredito que isto ocorreu pelas discussões atuais sobre a necessidade de um compromisso social da profissão; mas ainda os ideais de trabalho hoje são mais voltados para a clínica particular, com pouca visão social e total

desvalorização da atenção pública, os pacientes demonstram menor resistência ao trabalho, e o psicólogo é mais reconhecido como profissional e necessário no sistema de saúde público. Hoje há validação e valorização da Psicologia não é só por profissionais de saúde, como complementar em muitos tratamentos na área médica, mas também pelas pessoas de um modo geral. Tabus já soam como piadas e a busca por psicoterapia se tornou algo tão comum como qualquer outro tipo de tratamento. Há vinte anos as pessoas não sabiam nem o que era Psicologia, havia mais preconceito do que hoje. A demanda hoje é maior, mais diversificada; porém os que têm vinte anos de profissão se sentem mais seguros e coerentes no trabalho que se propõe a fazer. Do ponto de vista social, as variedades de problemas que são trazidos hoje para o consultório aumentaram, talvez pela visão que a sociedade tenha do trabalho, talvez pelas mudanças do mundo.

DSC-C-A Globalização, o Avanço da Tecnologia, da Farmacologia e Novas Patologias mudaram o Perfil do Profissional. - Praticamente tudo é diferente, o mundo em todos os sentidos, absolutamente em todos os sentidos muda numa velocidade enorme. O mundo está se tornando global e complexo, o psicólogo clínico também precisa ir além da Psicologia Clínica em questão de técnica. Precisa buscar conhecer e pertencer às redes da vida. Ampliar sua visão de mundo e atualizar-se constantemente. É preciso ser mais dinâmico. Há vinte anos não existia tanta informação diversificada como existe hoje com o advento da Internet que possibilitou maior abrangência na busca de mais informações. Há mais acesso as/e mais pesquisas na área. Há especializações diversas que complementam a formação do profissional, além das mudanças no perfil do cliente. Hoje existem intervenções mais específicas, os estudos estão muito mais avançados. É curioso. Pois, nesses vinte anos, também mudei. A forma de apreender a realidade tornou-se mais aguda. A informação através dos meios conhecidos não se usa mais. Tudo é via tecnologia. Ao longo de trinta anos observa-se um grande avanço na aceitação do papel psicólogo na nossa sociedade. Conquistamos respeito e credibilidade. A mídia corrobora e estimula este apreço frequentemente convidando-nos a discutir e diagnosticar questões de relevância social. Não se pode desconsiderar a experiência de vida e a maturidade que fortalece e deixa mais seguros para a prática clínica, aliado a atualização profissional, que deve ser constante. Tem que se adequar a uma situação social e global pulsante, a um ritmo tecnológico avassalador, a uma nova forma de comunicação (E-mail, MSN, etc....).É muito diferente. Hoje os meios de comunicação, incluindo a ferramenta "internet" aceleram o processo de obtenção de conhecimento.

Tudo é muito mais rápido, impondo um ritmo de trabalho bastante acelerado com o acompanhamento de tecnologias e das comunicações. Assim, o psicólogo pode se desenvolver mais rapidamente e, caso não as utilize, pode se tornar "obsoleto". Tem que estar preparado para as necessidades daqueles que o procuram. Hoje se cobram mais resultados em curto prazo e poucas pessoas têm acesso à psicoterapia por questões financeiras. Com maior acesso as pesquisas acadêmicas pode se notar um aumento em número de publicações que significativamente estão favorecendo melhor atuação do profissional, com maiores subsídios teóricos tanto para diagnóstico como para tratamentos. Atualmente o exercício profissional vem sendo mais divulgado pela mídia e pelos órgãos de classe. A mídia até facilita a divulgação do trabalho do psicólogo, e promove o conhecimento, a conscientização e a valorização pública da profissão; por outro lado, há uma invasão tão grande de "milagreiros" que acabam por confundir o que é psicoterapia com a "pseudoterapia", muitas vezes banalizando a atuação do psicólogo. As facilidades da tecnologia também levaram o indivíduo a um distanciamento do interno. As patologias têm outros desencadeantes e sua evolução está impregnada da cultura dos nossos dias. Há uma demanda maior de patologias sociais graves e antes a demanda era conhecer-se, ampliar a consciência e libertar-se, hoje o aprisionamento em disfunções é preocupante. É claro que as novas tecnologias e a Globalização também provocaram novas necessidades e comportamentos. Porém as novas subjetividades fazem com que pessoas se disponham a passar por um processo de reflexão que envolve a terapia.

DSC-D- O Psicólogo se Vê diante de Novas Demandas. - Sim, há vinte anos, senão mais, já se apontava que a clínica do consultório não atende mais à diversidade de demandas da clínica do contemporâneo. Por outro lado, as mudanças sócio-político-econômicas também trouxeram limitações e a necessidade de se modificar o *setting* especificamente, quanto ao número de sessões semanais e investimento financeiro do paciente. Hoje em dia não se tem tantos casos "simples" como "chupar os dedos, molhar a cama, etc. A solicitação é muito maior em relação às patologias (CID 10) e problemáticas sociais, tipo desemprego, estresse pós traumáticos, relacionamentos, etc.. Frente a um "mundo perturbado e conturbado", se sofre de "certa insuficiência" nos seus instrumentos interpretativos, no que concerne às novas modalidades de inscrição das subjetividades. As noções de complexidade, subjetividade e instabilidade propõem também novos meios de intervenção. A visão da clínica seria biopsicossocial. Atualmente a compreensão dos fenômenos psíquicos embasada pelas neurociências trouxe nova

compreensão no campo de ação. Entretanto, a exigência por resposta mais rápidas na velocidade contemporânea é imensamente maior. Dentro do consultório as temáticas ganharam complexidade e urgência, num reflexo claro do momento em que vivemos. Se exige maior estudo, atualização, flexibilidade, uma compreensão diferente do ser humano. Há também maiores recursos e instrumentos auxiliares para o trabalho do psicólogo. Atualmente há uma grande variedade de especializações clínicas, de linhas de atuação. Além disso, há de se pensar na adaptação das psicoterapias à demanda atual (o que temos refletido nos estudos das psicoterapias breves). As exigências hoje são maiores, os clientes são mais exigentes, e a própria Psicologia evoluiu, o que demanda a necessidade de ampliar a formação. Deve-se estar mais consciente e mais objetivo ao psicodiagnóstico clínico para que possa ter ferramentas mais efetivas e precisas, devido a gravidade de casos que vêm pedindo auxílio. Nestes anos de prática clínica, foram promovidas uma série de mudanças na técnica e no setting para se adaptar às necessidades dos pacientes. Atualmente, defino-me como um psicoterapeuta de orientação psicanalítica, não mais como psicanalista. O mercado é mais exigente e competitivo logo se faz necessário constantes atualizações. Além do conhecimento livresco, precisa ser articulado, alerta e rápido. Existe uma forte concorrência de diversos profissionais com formações variadas, e de outros psicólogos. A receptividade é diferente por parte da sociedade, mais familiarizada com a ciência psicológica, porém mais confusa com a divulgação de idéias errôneas a esse respeito. Atualmente o psicólogo tem mais campo de trabalho e tem se mostrado cada vez mais útil perante a sociedade. Porém, ainda tem muito a avançar no que se refere ao seu aprimoramento profissional, respeitabilidade e credibilidade. Na atuação no serviço público se observa e se experimenta uma ampliação da visão e da atuação. A clínica ampliada seria a busca no cotidiano das relações sociais e comunitárias que esclarecem e ampliam o entendimento do funcionamento psíquico e das respostas comportamentais. Antes não existia a opção medicamentosa, com exceção dos casos graves. O psicólogo clínico hoje se transforma cada vez mais em apêndice do psiquiatra além de ter que competir com os "terapeutas" autorizados de hoje em dia, e a verdadeira "salada" que os conselhos atribuem como possibilidades de atuação do psicólogo, como por exemplo, situações de calamidade pública. O profissional hoje encontra outra realidade de mercado de trabalho. Algumas demandas se modificam ao longo do tempo (necessidades contemporâneas), o que exige um olhar do profissional, ao mesmo tempo especializado e ampliado. Trabalha-se mais para se ganhar o mesmo ou menos que em muitos outros campos. O poder aquisitivo é bem menor e temos que

trabalhar mais e os valores são limitados. Processos longos de terapia para o "autoconhecimento" são menos frequentes, creio que em função da perda de poder aquisitivo da classe média. Hoje temos novos desafios com a globalização. A ecologia coloca nova demanda. Pluralismo ideológico. O desemprego, a violência, novos problemas éticos exigem aprofundamento, debate, novas posturas, como a busca por mais informações com muito maior rapidez, atualizando-se sempre. A psicoterapia caiu de moda. As pessoas querem soluções muito rápidas. O mercado está superlotado, a concorrência é muito maior. Hoje o campo de trabalho se ampliou, a Psicologia através do serviço público levou a Psicologia às pessoas, entre outras coisas. Consolida-se uma visão mais contextualizada do humano, para além da naturalização do fenômeno psicológico. A nossa psique se acostuma a uma sessão semanal ou quinzenal (quem sabe?). No entanto, usa-se também conhecimentos milenares como observar o outro, empatizar, respirar, relaxar, sonhar, que são tão necessários em qualquer tempo e lugar. Portanto, é a arte de equilibrar o moderno e o tradicional, naquilo que cada um tem de útil. A democratização do processo de psicoterapia descaracterizou a psicoterapia clínica como elitista e também a população, de modo geral, já tem mais acesso ao nosso trabalho, contribuindo para o fortalecimento da classe. Hoje são outros desafios, os referentes à modernidade (famílias desmontadas, crianças pegando carona na vida dos pais, a cultura de um vazio, compulsões, dor psíquica). Isto exige do profissional maior flexibilidade, dar muita continência ao sofrimento, aguentar mais frustrações pelos vínculos interrompidos pelo imediatismo. Do ponto de vista social a variedade de problemas que são trazidos hoje para o consultório aumentou, talvez pela visão que a sociedade tenha do nosso trabalho, talvez pelas mudanças do mundo. Isso pode estar provocando mudanças no trabalho. Por isso, as terapias têm que mudar hoje. Não se pode apenas pensar em processos de quatro sessões por semana, de vinte anos de trabalho ininterrupto.

DSC-E- Não Mudou/Não sei Dizer - As características, que precisam fazer parte do perfil de alguém que é psicólogo, são atemporais. Assim, sob este ponto de vista não há diferença entre ser psicólogo hoje ou há 20 anos. A atitude clínica, investigativa é a mesma, ela não possui idade. Mas certamente hoje, as instituições de saúde demandam mais do profissional de Psicologia, coisa que era diferente há 20 anos. As demandas pessoais são muito semelhantes, não caracterizando, grandes mudanças no trabalho do psicólogo clínico. O que muda realmente é o contexto social, cultura, político de cada época. As leituras predominantes no trabalho clínico não mudaram muito desde

sua elaboração e pode-se verificar semelhanças de sintomas e comportamentos como já descritos o que exige mais estudos, atualizações constantes; a maneira de olhar o sofrimento psíquico é o mesmo. Numa visão ampliada, poderia dizer que o trabalho na clínica muda pouco dentro das abordagens. O que muda é a necessidade de compreensão de uma nova realidade. A própria ciência vive também o seu momento, contudo não abandona teoria, método e técnica por isso. No entanto pode-se agregar conhecimentos e buscar compreender o humano nesta sua nova realidade e perspectiva de mundo. O desafio é o mesmo: lidar com o inconsciente de quem nos procura. Pode mudar a frequência de sessões semanais, mas a transformação continua a ser necessária para que um processo de tratamento analítico seja efetivo, a ansiedade, angústia, depressão, baixa estima continuam. O grau de estimulações é que mudou. A importante influência do pensamento lacaniano nos últimos 20 anos. A dificuldade da aceitação da profissão de psicólogo clínico continua a mesma, seja por parte de profissionais da saúde seja por leigos. Os conflitos humanos continuam os mesmos, a mídia tenta mostrar a doença mental, a compulsão, o transtorno alimentar, alcoolismo e uso de droga, como sendo passíveis de cura, mas isto não ajuda muito. Embora a formação seja um processo permanente. O psicólogo tem que acompanhar as novas demandas da clínica - exigem adaptações no *setting*. Não vejo diferença na atuação, mas sim na capacidade e conhecimentos adquiridos, e aberturas para novos conhecimentos do profissional. Basicamente, não mudou, mas muitos pacientes já têm algum conhecimento de psicologia, o processo pode ficar mais fácil. Assim também, as denúncias de violência e abuso ao se tornarem públicas, via TV, tem facilitado o acesso a busca terapêutica. Diminuíram os segredos. Não sei dizer acho que não mudou.

DSC-F- Não respondeu.

DSC-G- Relações Psicoterapeutas/Paciente Mudaram. - A relação terapeuta-paciente também se modificou, o lugar social, seu significado - ocupado pelo terapeuta hoje é mais próximo do paciente. Sinto um pouco mais de segurança. Quanto ao paciente, a diferença está apenas na maneira como eles chegam: "aparentemente" mais informados, e conseqüentemente, com mais defesas. Perdeu-se também um pouco da privacidade. Hoje, você e seu conhecimento/atuação profissional estão acessíveis e públicos, por ex: o "Curriculum Lattes" e a identificação de chamadas telefônicas. Antigamente, o paciente não tinha acesso ao seu telefone privado, hoje sim, se você se comunica com ele pelo celular ou pelo telefone de sua residência. Na clínica particular, há vinte anos parecia

haver mais facilidade na busca de psicoterapia, no sentido em se aceitar uma maior frequência de sessões semanais, bem como as condições de pagamento. Hoje é mais difícil conseguir tais condições. A busca de aplicação do que é trabalhado em psicoterapia no dia a dia de imediato - maior autonomia do cliente questionando mais o profissional quanto à evolução do tratamento- maior participação com busca de troca de informações (acesso via internet)- e maior abrangência nas reflexões. A clientela, infelizmente, muitas vezes se coloca diante do psicoterapeuta como um consumidor, não como um paciente implicado e comprometido. Isso requer mais do psicoterapeuta, para não se degradar numa mercadoria atraente. A diferença está na experiência e nos conhecimentos adquiridos. O aprimoramento pessoal que cada paciente possibilita o aprendizado com cada "fracasso" ou "sucesso" faz compreender as limitações, e sempre buscar e compreender, respeitando o "ritmo", as "possibilidades" e as "limitações" dos pacientes, sabendo que todos somos limitados e também instrumentos da busca por uma vida psíquica mais saudável.

DSC-H- A Formação Acadêmica precisa Mudar para Acompanhar as Mudanças do Mundo Atual. - Sob o ponto de vista da formação acadêmica, encontra-se hoje um grande número de profissionais cuja formação deixa muito a desejar se comparada a dos profissionais formados há vinte anos; provavelmente devido ao aparecimento de muitos cursos de psicologia com baixo nível de ensino. Uma questão que deve ser levada em conta diz respeito aos "Cursos de Graduação em Psicologia", por vezes colocam-se no mercado, profissionais desqualificados e despreparados para a prática clínica, que passam uma imagem distorcida do que vem a ser a "verdadeira Psicologia Clínica". Com relação ao mercado de trabalho, o psicólogo de hoje encontra muito mais dificuldade para exercer sua profissão do que o de 20 anos atrás, principalmente no início, em função da enorme concorrência existente pelo número de psicólogos formados anualmente. É preocupante o número de faculdades e a quantidade de formados, levando ao baixo salário, ao desemprego e o pior ao atendimento por valor econômico aviltante, chegando a cobrar R\$ 20,00(vinte reais) por consulta em clínica particular. Por outro lado, a expansão dos Cursos de Psicologia de baixo nível também baixou consideravelmente a formação da classe. Além disso, há uma grande quantidade de pessoas se formando, atuando diretamente em consultórios, sem uma pós -graduação ou supervisões necessárias, muitos deles inadequados, muitos profissionais "ruins", incompetentes, antiéticos, incapazes, despreparados, etc.. Muitos deles têm atuado

também de forma inadequada, contribuindo para disseminar uma imagem profissional errônea do profissional psicólogo (não só do clínico). Isto tem sido extremamente prejudicial, pois, entre outras coisas, impede ou dificulta que pessoas que necessitam desse trabalho venham a procurá-lo. A profissão está perdendo credibilidade por essas constatações. Antigamente havia menos psicólogos, mas acredito que eram mais bem preparados. Tem que se levar em conta que a compreensão dos fenômenos psíquicos hoje embasados pelas neurociências trouxe nova compreensão de nosso campo de ação. As noções de complexidade, subjetividade e instabilidade propõem também novos meios de intervenção. Sem conotação de juízo de valor (melhor ou pior). Hoje está apenas diferente porque houve muitas mudanças na grade curricular das universidades brasileiras. A psicologia evoluiu o que demanda a necessidade de ampliar a formação, mas ainda as universidades continuam formando psicólogos para trabalharem em consultório em detrimento de uma clínica institucional, nômade, etc..

DSC-I - Mudou para Pior. - Vinte anos atrás resultava mais fácil o acesso aos pacientes para um recém formado; hoje o campo é muito mais competitivo tornando mais difícil para o profissional encontrar e firmar o seu lugar. Sobretudo pela precariedade dos cursos, é comprometido sobremaneira o campo de trabalho, a valorização do profissional e as perspectivas de desenvolvimento da formação do profissional do psicólogo. As sociedades também se transformaram. Há certa perda de valores. As oportunidades são menores; as novas subjetividades fazem com que menos pessoas se disponham a passar por um processo de reflexão que envolve a terapia. Processos longos de terapia para o "autoconhecimento" são menos frequentes, creio que em função da perda de poder aquisitivo da classe média. Há também maior concorrência com terapias alternativas, terapias on line e outras promessas de "cura" em curto prazo. Tem que competir com os "terapeutas" autorizados de hoje em dia e a verdadeira "salada" que os conselhos atribuem como possibilidades de atuação do psicólogo, como por exemplo, situações de calamidade pública. Há uma invasão tão grande de "milagreiros" que acaba por confundir o que a psicoterapia com pseudoterapia, muitas vezes banalizando a atuação do psicólogo. Com as reportagens relativas a temas da psicologia alguns distúrbios são uma espécie de "modismo": já tivemos depressão, síndrome de pânico e ao que tudo indica o próximo modismo será TOC. O que acontece hoje em dia é que o Psicólogo é mais suscetível às "novidades" e não desenvolveu um espírito crítico em torno do que ocorre a sua volta. As oportunidades de trabalho eram maiores, a

possibilidade de rendimento era maior. Os “pseudoterapeutas” tinham menos espaço e poder e ainda há muita desinformação da sociedade. Há "inflacionamento" do mercado de trabalho onde são "despejados" milhares de novos psicólogos anualmente. O despreparo do psicólogo atualmente é gritante. Falta: orientação específica, supervisão e principalmente muita análise pessoal do profissional. A remuneração do psicólogo em função do exposto é ruim principalmente levando-se em conta a necessidade constante de investimentos em livros, estudos, terapia e supervisão. Trabalha-se mais para se ganhar o mesmo ou menos que em muitos outros lugares na saúde pública, com remuneração muito baixa, se tem muita dificuldade para montar uma clínica particular; o que tem levado os psicólogos clínicos a passarem muitos anos de suas vidas, com péssimas condições de trabalho e só alguns, depois de muitos anos de investimento e formação, consegue algum lugar mais possível, no entanto muitos outros abandonam o barco no meio da travessia. Cada dia mais os convênios estão oferecendo serviços de psicólogos por um preço tão baixo que fica muito difícil trabalhar. O mercado não tem muito espaço para o profissional crescer a expansão dos cursos de psicologia de baixo nível também baixou consideravelmente a formação da classe.

6.2.4- Resultados Quantitativos

Quadro 4

Q4-Em sua opinião, o paciente de hoje é diferente do paciente de 20 anos atrás?Fale sobre isto.

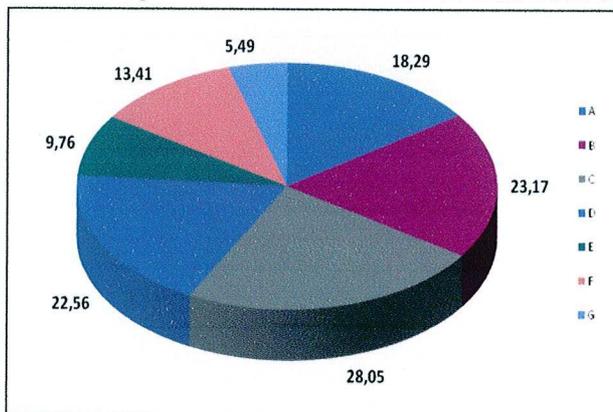
Distribuição do percentual de Idéias Centrais frente à questão: São Paulo, 2009

IDÉIAS CENTRAIS		N	%
A	O paciente não mudou e sim as demandas e o contexto a sua volta.	30	15,15
B	Sim. Mudou o tempo, a velocidade, a tecnologia, os valores-globalização.	38	19,19
C	Sim. O paciente tem menos preconceito e/ou mais informação sobre psicoterapia, devido atuação da mídia.	46	23,23
D	Sim. Na contemporaneidade houveram mudanças nas subjetividades , nas patologias e nos sintomas.	37	18,69
E	Não respondeu.	16	8,08
F	Traz novos desafios para a clínica psicológica.	22	11,11
G	É diferente a relação paciente -profissional.	9	4,55
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA		198	100

Nº do sujeito 164 – Obs. Um pesquisado pode ter emitido mais de uma IC

Hipótese Confirmada: Os pacientes levaram aos consultórios clínicos sinais de mudanças em seus comportamentos. – As alterações do indivíduo citadas pelos ensaístas, filósofos, são percebidos pelos psicólogos em contato com os pacientes. Encontramos habilidade, conhecimento e reconhecimento.

Distribuição do Percentual de Idéias Centrais frente ao Total de Sujeitos - São Paulo, 2009



	n	%
A	30	18,29
B	38	23,17
C	46	28,05
D	37	22,56
E	16	9,76
F	22	13,41
G	9	5,49
	164	100

6.3.4- Resultados Qualitativos

DSC-A- O Paciente não Mudou e Sim as Demandas e o Contexto a Sua Volta. - Não há diferença no paciente ou no profissional. A diferença está no mundo atual e em suas necessidades. Os dilemas humanos que se diversificaram não as pessoas. O discurso ou as queixas sobre o sofrimento humano continuam os mesmos. As patologias mentais são as mesmas, só as técnicas de tratamento é que se adaptaram aos tempos atuais. O fascínio por descobrir-se e o desejo da solução mágica continuam. A sociedade está sempre em movimento assim como o sofrimento humano nestes tempos está se exigindo demais da condição humana: individuação, solidão, consumismo, capitalismo, drogas (lícitas e ilícitas). Mudou o "formato" dos conflitos, infelizmente a essência é a mesma. O paciente não mudou. Em sua dinâmica não, mas as fontes de angústia são outras. O que mudou foi a condição de violência a que está submetido e assim geram incertezas que vão se configurando cada vez mais e gerando patologias. Daí o paciente mais estressado, perdido e exposto a novos desafios como internet, famílias desestruturadas, novos estilos de opção sexual. Mas ele é o mesmo de vinte anos atrás, a dificuldade de saúde mental tem o mesmo eixo central, estão mais abertos, mais receptivos e querendo se ajudar. O que mudou foi nossa compreensão clínica da demanda graças aos avanços de pesquisas sobre o cérebro e aprimoramentos dos instrumentos de avaliação. Estão mais esclarecidos, atuantes, mais próximos e querem resultados mais rápidos. O ser humano é um fato atemporal e os geradores de ansiedade modificam, mas as estruturas mentais/emocionais, dramas da existência se mantêm semelhantes.

DSC-B-Sim. Mudou o Tempo, a Velocidade, a Tecnologia, os Valores-Globalização. - O paciente mudou, pois foi atingido pelas mudanças do meio em que vive foram acrescentados vários modelos familiares. Ideais, valores e moral sexual mudaram e isto tem efeito na constituição psíquica. O que continua é a criança precisando do adulto para constituir-se, as questões da origem da sexualidade e da necessidade de integrar-se a um grupo, e inserir-se na cultura. Só difere quanto a querer tudo mais rápido sem pensar e nem se conhecer mais profundamente e administrar seus conflitos. É mais impaciente, mais objetivo, mais utilitarista, e não quer uma exploração longa de seu íntimo, quer uma solução. Devido às conquistas tecnológicas e a rapidez de comunicação, pacientes esperam tratamentos psicoterápicos mais rápidos. Existe abuso de medicamentos para abreviar o sofrimento. Eles estão mais ansiosos e tem menos tempo para eles e para seus familiares, pois a modernidade tem seu preço. A solicitação de atendimento por pacientes

com grau mais intenso de sofrimento psíquico é bem maior, bem como o uso de medicamentos psiquiátricos (prescritos ou não por profissionais médicos). O vilão é o tempo que impede que as pessoas se apossassem de sua vida afetiva e psíquica. Antigamente o paciente buscava uma técnica que o ajudasse, agora quer que o terapeuta resolva seus problemas, quer receitas prontas, como uma medicação para aliviar seus sintomas. O paciente hoje é mais estressado, com síndromes de pânico, mais depressivo. Corre com a competitividade e exigências do mundo e da profissão e têm mais recursos técnicos e menos contato com ele, suas demandas são mais instantâneas. O paciente é mais questionador e inseguro diante dos limites mais amplos dados pelas informações, isto provoca certa confusão de valores. Querem resolução mais rápida e o conhecimento pessoal ficou em segundo plano e são mais bem informados, buscam e estão se adequando a nova tecnologia e ao mundo em transformação, o terapeuta tem que estar atento a estas mudanças. Isto porque a vida moderna exige tudo mais rápido, mais prático, o que não combina com a vida psíquica que é atemporal. O paciente de hoje tem menos tempo e não está muito preparado para um processo demorado de reflexão.

DSC-C- Sim. O Paciente tem Menos Preconceito e/ou mais Informação sobre Psicoterapia, devido Atuação da Mídia. - A psicoterapia está mais aceita por todos e com menos preconceito. Existe uma maior procura do serviço psicológico em consultórios devido aos meios de comunicação. Os pacientes têm informação e menos medo do tratamento são mais autônomos, questionadores, bem informados. A mídia presta grande serviço com relação a isto. Existe mais liberdade para procurar o tratamento psicoterapêutico, e se percebe hoje a necessidade bem antes deste tipo de tratamento, principalmente os homens. Eles procuram a psicoterapia espontaneamente pelas informações que têm e sabe da importância do tratamento, não necessita ser encaminhado por outro profissional. Paciente hoje tem maior acesso a esclarecimentos na área de saúde pública, pesquisam e não ficam tão a mercê dos profissionais de saúde, pesquisam sobre seus sintomas com maior interesse. Está mais acessível ao tratamento psicoterápico para o alívio de seu sofrimento, e sem medo de ser rotulado como doente mental porque está mais esclarecido, informado, chega com metas a serem atingidas, tem noção do tratamento. Isto torna a atuação mais prazerosa, está menos resistente. São mais comprometidos com a psicoterapia. Antes os pacientes só buscavam o tratamento por indicação de um médico. Eram receosos quanto o tratamento psicoterápico, hoje acreditam que irá fazer bem e trazer resultados positivos. Também há maior divulgação

das demandas para as quais, a psicoterapia pode ajudar. Hoje há maior reconhecimento dos transtornos de personalidade, das adições, das psicopatologias da infância e do estresse pós- traumático. O paciente de hoje sofre como os de vinte anos atrás, porém tem mais acesso a informação e reconhecem o tratamento psicológico como plausível. Existe uma maior procura do serviço psicológico em consultórios devido aos meios de comunicação. O paciente de hoje tem mais acesso as informações através da mídia.

DSC-D- Sim. Na Contemporaneidade Houve Mudanças nas Subjetividades, nas Patologias e nos Sintomas. - A cultura modificou quanto aos aspectos éticos, a liberdade sexual, aumento do uso de drogas, a permissividade dos pais na educação dos filhos, isto incide na subjetividade contemporânea, portanto, os pacientes mudaram. Em instituições vemos pessoas com vulnerabilidade social e psíquica, o trabalho solicita um tratamento em rede trazendo síndrome do pânico, depressão, hiperatividade, resultado das impressões causadas pela mídia. O mundo e os valores mudaram e os relacionamentos são mais diferenciados: Homens mais perplexos e mulheres mais seguras. Alguns aspectos da atualidade contemporânea comprometem o desenvolvimento pessoal, hoje se tem mais informações sobre a mente e abertura ao processo, porém menos disponibilidade ao contato com questões internas. E as novas tecnologias, excesso de estímulo e a rapidez das informações e a globalização fazem parte da vida das pessoas e estão criando estas novas subjetividades. Com a evolução e velocidade que as estruturas socioculturais vêm sendo submetidas, o estresse e a depressão estão se agravando e alcançando os primeiros lugares no fator morbimortalidade do mundo (OMS) em breve estarão superando as enfermidades cerebrovasculares e o câncer. Hoje se tem novas patologias que não eram prevalentes há vinte anos, em outro contexto social e cultural. O paciente é mais doente, estressado e com patologias mais sérias, mas paradoxalmente alguns chegam buscando prevenção. Ele traz hoje quadros do mundo moderno: depressão, alterações alimentares, solidão, doenças psicossomáticas típicas da atualidade e na medida em que a cultura e as organizações sociais mudam se produzem subjetividades diferentes e também vivem de forma diferente. Existem hoje, organizações psicopatológicas como anorexias, toximantias, depressões e todas as chamadas organizações narcísicas que ocupam o lugar na clínica além de outros problemas psicológicos trazidos com a modernidade, como ansiedade, estresse, pânico. O paciente hoje busca por uma realização profissional e afetiva distante do grupo a que está inserido. Sua aceitação depende de suas conquistas no campo do

desempenho, dos afetos, da estética, dos ganhos. Cultiva-se o poder e valores, inconsistentes e desencadeantes de depressão e as diferenças sócio-culturais interferem neste trabalho; os pacientes estão mudando, por outro lado continuam sofrendo e precisando de ajuda para compreenderem a si mesmo. Sem dúvida, o ambiente é outro, a concepção de família mudou, as angústias são outras e cada vez mais tem pacientes com sintomas somáticos. Hoje, eles têm demandas específicas como maior incidência de depressão, síndrome do pânico, déficit de atenção, etc. Antes era a busca pelo auto-conhecimento o sofrimento psíquico era difuso, hoje existe alta incidência de pacientes com o diagnóstico de transtornos afetivos bastante significativos. São maiores as resistências do paciente para entrar em contato consigo mesmo; a visão mental e racional o distancia cada vez mais do que é essencial, tudo está exacerbado como violência, falta de ética. Os sintomas mudaram bastante, porém a maneira de se olhar o sofrimento psíquico não mudou.

DSC-E- Não Respondeu.

DSC-F- Traz Novos Desafios para a Clínica Psicológica. - As pessoas têm patologias como dificuldade de contenção e de limites; estão mais ansiosas com medo do futuro e cheias de incertezas, parecem perdidas. Os pacientes querem se sentar em frente ao terapeuta, olhar nos olhos, poder chorar e se sentem bem quando seu conflito é lidado ludicamente, rindo, fazendo caretas e passando a mensagem que ter angústia é normalíssimo. A maior diferença é que estão distantes e desconectados consigo próprios e se identificam como sendo imagens, ou com um corpo. Demonstram ainda preconceito quanto às dificuldades afetivas próprias e de outros e estigmatizam o usuário dos serviços de saúde mental. Já na população de renda mais baixa, observa-se o nível de informação e uma postura mais reivindicativa, por psicólogos de qualidade e que dêem conta de toda a demanda numérica existente. Outros pacientes são resultados da medicação, da psicologização desta sociedade contemporânea; o psicoterapeuta tem que desconstruir isto tudo para poder chegar ao indivíduo e analisá-lo. Os sintomas de neuroses se modificaram e as psicoses não são iguais as anteriores. Eles apresentam mais transtornos de personalidade necessitando de medicação. As problemáticas trazidas são de ordem concreta como ameaças de perdas de emprego, divórcios, falta de dinheiro. Mas os pacientes têm informações sobre conflitos e de como tratá-los. Traz mais patologias graves e mais despersonalizadoras, o que aumenta a responsabilidade do profissional. O desafio do psicólogo clínico é tratar eficientemente dos casos mais graves em tempo

menor. As análises têm sido substituídas por psicoterapias que objetivam tratar os sintomas e não o sujeito. Nas dinâmicas psicológicas aumentaram os traços de psicopatia nos pacientes e as contingências sociais e culturais expuseram quadros psicopatológicos que antes eram apenas latentes, isto fez com que os psicoterapeutas se adaptassem a esta nova realidade. A criança e o adolescente já vivem um novo "*timing*" com modificações consideráveis. As necessidades básicas e os valores não estão sendo dadas as crianças, isto é, a base da integração psíquica. As pessoas querem soluções rápidas buscando abordagens diretivas para seus problemas e sem disponibilidade ao próprio envolvimento do processo. E com maiores informações através de TV, NET, Internet, os pacientes estão mais informados sobre abordagens, livros e referências, às vezes comparam e averigam conceitos e procuram outras referências.

DSC-G- É Diferente a Relação Paciente-Profissional. - O psicoterapeuta é que obteve mais recursos e postura ouvindo mais o paciente e sem restrições ou formatações. São menos idealizados mais humanizados pelos pacientes. Mudou a capacidade do profissional de perceber melhor os casos e suas gravidades por conta da experiência adquirida nestes vinte anos. Já não se estabelece uma relação tão hierárquica, ele é diferente daquele de vinte anos atrás. Quanto ao paciente ele sabe o que é trabalhado em psicoterapia, tem maior autonomia, questiona mais o profissional quanto à evolução do tratamento, tem maior participação no processo psicoterapêutico, busca e troca informações a respeito. Às vezes o paciente vem com o diagnóstico pronto, isto atrapalha o início da relação psicoterapêutica, ele está cada vez mais sofrendo pressão social principalmente a financeira. Mais homens procuram psicoterapia, mais mulheres de meia idade procuram também, e a busca tem um sentido um tanto mais pragmático do que há vinte anos. Quanto ao paciente idoso que procura psicoterapia busca atenção carinho e toque terapêutico, coisa que não acontecia há vinte anos. Mudaram os pacientes e mudamos o nosso olhar para eles. No serviço público, com população de renda mais baixa, observa-se um melhor nível de informação, uma postura mais reivindicativa, e uma grande carência por serviços psicológico de qualidade, que dêem conta de toda a demanda numérica existente.

6.2.5- Resultados Quantitativos

Quadro 5

Q5- Você Segue uma Abordagem ou Várias Abordagens? Por que?

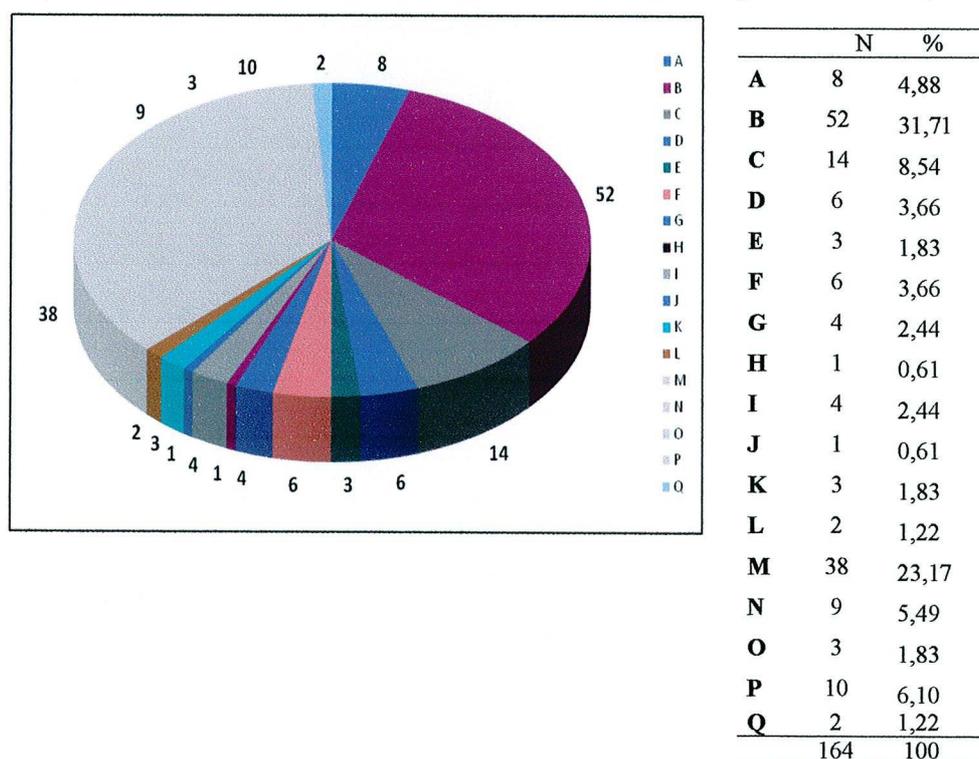
Distribuição do Percentual de Idéias Centrais frente à Questão: São Paulo, 2009

IDÉIAS CENTRAIS	N	%
A Psicodinâmica.	8	4,82
B Psicanalítica e /ou Psicanálise.	52	31,33
C Junguiana.	14	8,43
D Estilo Próprio	6	3,61
E Fenomenológica e/ ou Fenomenológica Existencial	3	1,81
F Comportamental e/ou faz um Percurso Progressivo nesta Abordagem.	6	3,61
G Psicodrama.	4	2,41
H Existencial.	1	0,60
I Gestalt.	4	2,41
J Ecletica ou pluralista.	1	0,60
K Sistemica.	3	1,81
L Cognitiva.	2	1,20
M Várias abordagens.	38	22,89
N Não Respondeu.	9	5,42
O Reich e/ou Corporal.	3	1,81
P Não Identificou a Abordagem Adotada.	10	6,02
Q Outras	2	1,20
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA	166	100

Nº do sujeito 164 – Obs. Um pesquisado pode ter emitido mais de uma IC

Hipótese Confirmada – Os pacientes levaram aos consultórios clínicos sinais de mudanças em seus comportamentos quanto a velocidade de tempo, informações, relações superficiais e preocupação com o poder econômico. Encontramos atitude, conhecimento e autoconhecimento.

Distribuição do Percentual de Idéias Centrais frente ao Total de Sujeitos - São Paulo, 2009



6.3.5-Resultados Qualitativos

DSC-A-Psicodinâmica. - Abordagem de base psicodinâmica (psicanalítica) rege como suficientes e adequados para responder questões sobre a vida humana e sua diversidade de expressões e de comportamento. Acredito que ela ofereça mais condições de ajudar o paciente a se analisar, a pensar sobre suas atitudes, ansiedades, angústias e poder se conhecer melhor. Tenho formação para isto, atuo na área da Psicossomática. Não vejo como, em sua atuação, o psicólogo utilizar várias abordagens. Cada técnica se apóia em uma teoria e concepção do ser humano e da saúde/doença que são específicos. A psicodinâmica é um modelo integrativo que parece permitir atender grande diversidade de situações.

DSC-B- Psicanalítica e /ou Psicanálise. - Psicanálise. Muito embora não pratique a psicanálise clássica. É abordagem com a qual me identifico e na qual fiz minha formação específica durante cinco anos além da graduação. Confesso que em alguns momentos (raros) é difícil manter a fidelidade, mas ao longo do tempo o conhecimento e a maturidade, vão nos mostrando que se deve pensar, sempre, no que o paciente necessita mais, aí mais uma razão para estar sempre estudando para adequar novos instrumentos. Depois de estudar, ser psicoterapeuta e submeter-se a psicoterapias como *gestalt*, bioenergética, grupo de psicodrama, percebi que, embora um tratamento caro e demorado, ainda não surgiu outro que possa construir ou reconstruir a vida psíquica. Parece compreender o que se passa na mente, com todas as suas limitações. É mais coerente com princípios éticos e compreensão de mundo, e também pela consistência de seu corpo teórico. É uma ciência que tem como objeto de estudo o inconsciente. O desenvolvimento teórico começou com Freud, depois me interessei por Melanie Klein, passei por Bion e Winnicott e atualmente como a preocupação é compreender os fenômenos grupais/institucionais, mas, emprego a mesma com algumas adaptações. Pois, mantenho as interpretações, dirigidas somente as situações mais emergentes, objetivando dessa forma uma resolutividade em menor tempo e sem a formalidade da psicanálise. Não é possível adotar sistemas diferentes, pois eles possuem formas diversas de concepção do desenvolvimento e funcionamento psíquico. Como diz Andre Green, é preciso mudar a chave e não trocar a fechadura. Nós temos que atender á demanda e não o inverso. Na clínica particular sigo, fundamentalmente, abordagem de base psicanalítica, mas com algumas "aberturas" entre elas, a possibilidade de negociar o valor, a possibilidade de fazer um atendimento semanal, o atendimento domiciliar a acamados. Já no serviço

público onde trabalho, faço uma série de "acomodações" que acabam sendo necessárias, embora a abordagem continue sendo psicanalítica. Gosto de ler a Comportamental, porém a vertente teórica que utilizo está centralizada entre os profissionais da escola psicanalítica inglesa. É a escola com a qual me sinto mais segura e que acredito possibilitar um tratamento mais efetivo. Fiz o curso de especialização em Pierre Marty, que tive curiosidade de conhecer devido a seus estudos em psicossomática e que tem me acrescentado conhecimentos interessantes na compreensão de certas manifestações. Sou psicanalista. Cada vez mais acredito na pertinência do trabalho psicanalítico. Acredito ser ele o trabalho mais eficiente.

DSC-C-Junguiana - Analista junguiano. Porque depois de passar por várias teorias e experiências clínicas, considero a abordagem junguiana a mais profunda, abrangente e eficaz. Por princípio, permite a incorporação de técnicas de qualquer outra abordagem desde que coerente com sua teoria. Comecei na Psicanálise, por falta de comprometimento da Abordagem com questões Sociais, fui para a Gestalt e posteriormente encontrei em Jung um bom interlocutor para unir dinamismos psíquicos e dinamismos sociais. Continuo encontrando nelas respaldo e orientação. Utilizo bastante abordagem corporal e trabalho também utilizando a técnica de sandplay. Acredito existir no corpo, memórias não verbais que emergem para a consciência, através de exercícios específicos. A formação requer reciclagem constante e por isso lanço mão do psicodrama, e técnicas expressivas, porque é preciso oferecer possibilidades de expressão para o paciente. Creio que me inspiro na Psicologia Analítica, porém seguindo minhas próprias orientações internas. Procuo seguir a Junguiana que é de minha formação, mas procuro atuar dentro de um aspecto psicodinâmico, porque muitas vezes não se consegue manter o paciente por tempo suficiente. Apesar da formação Junguiana, me oriento pela abordagem construcionista (com viés pragmático).

DSC-D- Estilo próprio - Já estudei tanto, já atendi tanto, que acabei desenvolvendo meu próprio estilo. Pude compreender, há bastante tempo, que com alguns clientes algumas abordagens são mais eficazes que outras e ter estudado tanto, ter-me capacitado tanto, somente me permite ter um rol extenso de possibilidade a oferecer-lhes. Utilizo conceitos teóricos de Freud, Jung, Winnicott, Erikson e também da Psicologia Existencialista e da Filosofia para entender o que se passa com o paciente. Não estou presa a nenhuma técnica específica, penso que é mais benéfico para o paciente nos movimentarmos em um espaço mais flexível, valorizo muito o tipo de vínculo construído,

e a importância do paciente se sentir seguro naquele espaço para falar de seu sofrimento mais secreto; sem vivenciar não se pode passar para o outro qualquer, experiência ou uma luz no fim do túnel. Tenho preferência pela terapia cognitiva comportamental. Ao longo dos anos é muito difícil se manter de forma "estrita" a uma linha de abordagem, vai se criando, gradativamente uma estrutura teórica de sustentação de nossa abordagem, que acaba por diferenciar-se dos modelos mais cartesianamente montados.

DSC-E- Fenomenológica e/ou Fenomenológica Existencial - 1) Sigo a orientação e a atitude fenomenológico-existencial. Creio firmemente que deve haver um eixo teórico monolítico, um parâmetro científico e doutrinário a ser seguido para que o processo terapêutico tenha sentido, não se torne uma colcha de retalhos. Minha escolha deve-se a motivos teóricos e éticos. 2) Acredito seguir o que designo como as contribuições do uso do pensamento fenomenológico para a compreensão da experiência humana, e não uma abordagem fenomenológica propriamente dita. Os conceitos da psicologia constituem, hoje em dia, um horizonte remoto, mas existente na minha prática clínica com grupos em comunidades.

DSC-F- Comportamental e/ou faz um Percurso Progressivo nesta Abordagem. - A minha formação básica é comportamental eskineriana, porém fui para comportamental- cognitivista somando-se a PNL e Hipnose Eriksoniana. O terapeuta que não evolui em busca da sua forma pessoal de trabalho fica na mesmice e refém de uma abordagem teórica. Na minha concepção a base teórica é mais consistente e embasa melhor a minha prática. Estou satisfeita com a mesma. É claro que após tanto tempo e tantas leituras e cursos, a visão sempre se amplia e muitas coisas se somam, mas os focos se mantêm. Não se pode ficar interpretando com lindas metáforas um *bordeline* cuja capacidade para abstração está prejudicada, e para uma pessoa com Alzheimer ela é mais indicada. Sou formada na abordagem comportamental e dentro dela existem muitas subdivisões. Os conceitos e técnicas de outras abordagens acabam completando minha forma de atuação, mas de uma forma que não me permita nunca abandonar meu referencial teórico. Trabalho com a cognitiva, porém a prática comportamental é necessária no serviço público quando o paciente não escolheu estar diante do psicólogo, não está aberto à reflexões e precisa ser cuidado, sensibilizado para o tratamento.

DSC-G- Psicodrama. - Psicodramatista de formação, porém o tempo ensina as desvantagens da ortodoxia. Com o passar dos anos e o contato com

profissionais de outras linhas vai se acrescentando outros saberes e acaba incorporando isto ao seu conhecimento. Congressos, palestras participação em entidades com outros colegas vão de agregando novos valores. Sempre estudei e estudo várias abordagens, e agrego o que considero importante para o desenvolvimento de cada cliente. Sou flexível e leio outras contribuições, inclusive sociológicas, sobre a família etc..

DSC-H- Existencial. - Sigo a abordagem Existencial, mas também faço uso de outras técnicas, quando se faz necessário.

DSC-I- Gestalt. - Sigo a gestalt-terapia por ter uma visão holística de homem, por não conceber o terapeuta como uma tela em branco, por pensar a relação terapêutica enquanto fundamental e fundante, por trabalhar fenomenologicamente. Tenho a gestalt-terapia como linha mestra para a minha compreensão do homem no mundo e como norte para minha atitude terapêutica e pessoal, às vezes recorro a concepções da psicanálise.

DSC-J- Eclética ou Pluralista. - Sigo a eclética e atualmente de pluralista. Penso que embora continue com um prisma inicial freudiano, fui agregando outros olhares ao longo do tempo e é a relação com o cliente que vai direcionar a escolha de como atuar naquele momento.

DSC-K- Sistêmica. - Atuo na abordagem relacional sistêmica. Fui construindo ao longo de quase trinta anos de prática, meu próprio jeito de estar com o outro na relação, dentro de princípios éticos e de confiança. O Pensamento Sistêmico e a Narrativa tem sido o foco de meu interesse no momento. Quando olho para trás nesse trajeto percebo que essas abordagens acompanharam muito da história da minha vida e essas abordagens tinham muito a ver com o que eu estava precisando como pessoa. Fiz especialização em terapia familiar e de casal na PUC-SP, dentro do enfoque sistêmico quando já tinha 09 anos de formada e encontrei uma ressonância imensa com a epistemologia pós-moderna e o construcionismo social.

DSC-L- Cognitiva. - Sigo a abordagem Cognitiva, mas me valho de outras muitas vezes, para compreender o momento do paciente. Após tanto tempo de e tantas leituras e cursos, a visão sempre se amplia e muitas coisas se somam, mas o foco se mantém.

DSC-M- Várias abordagens. - Meu referencial teórico é a psicanálise, mas ao longo desse tempo apropriei-me da prática em psicoterapia psicanalítica imprimindo a ela minha marca pessoal. Passei a encarar com olhar crítico certos aspectos inclusive teóricos, como a idéia de universalidade de certos conceitos, e a pouca importância atribuída à influência das condições culturais e sociais, a alienação política. Além da abordagem psicanalítica, utilizo eventuais inserções da humanista e comportamental. É necessário pelo próprio contexto vincular. Utilizo técnicas, que às vezes julgo mais apropriadas para cada caso como a psicossomática psicanalítica, outras de base cognitiva. Utilizo a psicanálise e a psicologia social porque trabalho com grupos e com a Psicologia Comunitária, necessitando da interface dos aspectos intrapsíquicos e intersubjetivos. Trabalho com a abordagem fenomenológica com base psicanalítica e a psicossomática. Pois estas abordagens me dão mais subsídios para entender melhor os conflitos dos pacientes e assim me ajudam no processo evolutivo da psicoterapia.; como trabalho na área infantil e adolescência tem alguns momentos que para maior compreensão dos pais utilizo de procedimentos comportamentais. Sigo uma abordagem, a Psicossíntese, mas ela é complementada por todos os anos de estudos em várias áreas como, por exemplo, trabalho corporal, terapia artística, Psicologia Analítica Junguiana, Psicossomática, Psicologia Hospitalar, entre outras. Como venho me trabalhando em diversas abordagens o caminho não importa o que importa é que consiga ajudar o meu paciente. Para isto tenho que ter conhecimento em várias abordagens, mas uma pode ser que me sinta mais confortável. Várias: Junguiana com abordagem corporal, Psicossíntese, mais tudo o que assimilei nesses 40 anos. Porque o ser humano é extremamente complexo, uma só teoria não o abrange. Predominantemente Reichiana, em teoria e filosofia, utilizo combinação de técnicas da psicoterapia Gestalt juntamente com técnicas de abordagem corporal. São trabalhos que se complementam contribuem para um melhor desenvolvimento do processo psicoterapêutico. A terapia reichiana e análise bioenergética - pelo enfoque psicossomático, psicanálise - escola inglesa, psicoterapia breve, um pouco de Junguiana, Transpessoal e EMDR). Porque, considero muito reducionista olhar o humano de forma restrita. Não acredito que haja uma "linha de atuação melhor que outra". Acho que todas são válidas, desde que sejam utilizadas de forma ética, humana e competente. Atualmente trabalho, prioritariamente, com o enfoque da psicoterapia breve, que considera a necessidade da pessoa (no aspecto individual e sócio-cultural) e as formas de possibilidades de ajuda, onde o psicoterapeuta pode, sim, utilizar diversas técnicas e diversas abordagens psicoterapêuticas para esse fim. Algumas abordagens, pois o perfil

do paciente é que determina a forma de atuação. Acredito que me limitaria muito "prender-me" a uma única abordagem, pois o dinamismo e diversidades humanas pedem profissionais também dinâmicos. Sigo várias, principalmente psicodrama e psicanálise relacional. Acho necessário ampliar minha visão das dificuldades de cada caso e me atualizar continuamente. Sigo a abordagem Junguiana, mas me sinto numa abordagem Psicodinâmica. Utilizar de outras abordagens, pois temos outros recursos sempre considerando que o objetivo é o bem estar da pessoa que nos procurou. Fiz formação na graduação em Comportamental que me tem sido útil até hoje. Segui no aprofundamento da teoria de Carl G. Jung, da abordagem corporal com a Calatonia e Toques Sutis, chegando aos Distúrbios Psicossomáticos. Porque aos conhecimentos de Psicologia Analítica fui acrescentando outros que passaram a fazer parte de mim: Abordagem Corporal, Psicossíntese, Transpessoal, Bert Helinger. Sigo sim várias abordagens, pois acredito que cada linha que a gente sente afinidade pode acrescentar novos olhares, novos conhecimentos, novos rumos que possam ampliar possibilidades de atuação. Tudo que venha a colaborar para o bem estar do cliente é válido. Ter o conhecimento de algumas abordagens, com as quais o profissional se identifica, possibilita um repertório de ferramentas que o auxiliará no atendimento ao paciente. Temos que entender um pouquinho de tudo e se não puder cuidar encaminhamos a outros colegas e sempre trabalhamos com outros profissionais da área.

DSC-N- Não Respondeu.

DSC-O- Reich e/ou Corporal. - 1) Sigo Reich Clássico, trabalho com análise do caráter e tenho uma leitura psicanalítica por influência dos estudos em que Reich baseou seu trabalho. 2) Sigo a abordagem corporal de modo geral e a psicossomática, isto só ajuda e complementa uma a outra. Não são excludentes, sua integração permite olhar o paciente como um todo. Isto significa que não apenas o afetivo, mas também os aspectos corporais são levados em conta para o plano de tratamento.

DSC-P- Não Identificou a Abordagem. - Sigo uma abordagem, com a qual me identifico até hoje, acredito na sua aplicação, tenho obtido bons resultados e gosto e estudá-la. Reconheço que todas as abordagens têm ensinamentos, técnicas interessantes e seu valor; mesmo que estudem outras tão interessantes quanto a psicanálise, entre elas o psicodrama, a teoria sócio-histórica, etc. Acho que se alguém

fosse capaz de aglutinar conhecimentos e com sentido, devia de conceber uma nova técnica e dispô-la para colegas que a queiram estudar e aplicar. Sou flexível na inclusão de procedimentos outros que se façam úteis à obtenção de resultado para o paciente. Apenas uma abordagem, porque acredito nela, me identifico com a maneira de executar os procedimentos psicoterápicos e não tenho motivos para me utilizar de outras abordagens. Combina com meu modo de ver o ser humano e o mundo. Não acredito na qualidade profissional de psicoterapeutas que segue várias abordagens: falta-lhes consistência filosófica, falta-lhes chão. A abordagem dá a escolha da visão de Homem que mais nos satisfaz que mais nos parece ser verdadeira e coerente.

DSC-Q- Outras. - Com especialização em Psicologia Analítica, Cinesiologia Psicológica, Homeopatia, Florais. O estudo agrega ferramentas para uma atuação mais eficaz diante das necessidades da atualidade. Porém, como trabalho também com crianças foi inevitável o percurso pela psicopedagogia e psicomotricidade.

7. ANÁLISE FINAL

Conforme a análise feita no capítulo anterior, podemos concluir que o psicólogo clínico tem uma construção de identidade baseada na sua formação acadêmica, sua história, sua subjetividade, além de uma posição estabelecida na sociedade. E assim se constituíram dentro da amostra da pesquisa:

1) Apenas 2,44 %, dos entrevistados consideram-se medianamente reconhecidos, e 1,22% vêem como uma profissão secundária; mais de 90% (gráfico-07) consideram-se competentes, importantes e respeitáveis; isto aponta que os psicólogos clínicos têm um auto-reconhecimento, que pode ser reforçado pelo que é descrito na primeira questão ID-F apontando 22,56%. Onde é declarado o reconhecimento do paciente em relação ao tratamento recebido e dos profissionais colegas da área de saúde, que lhe enviam novos pacientes/clientes.

2) Quanto a questões financeiras 23,17 % recebem na faixa de cinco mil reais a dez mil reais, acima de dez mil reais, apenas 11,59% o que pode colocar a profissão como da classe média brasileira.

3) 31,10% dos sujeitos cuidam-se emocionalmente e 91,46 % se cuidaram há algum tempo; isto garante a eles, uma formação de Self saudável e, de alguma maneira, estaria já “independente”; além de estarem comprovando sua auto descoberta, o que facilitaria agora uma atitude auto reflexiva, como proposto por Giddens; isto dá a eles condições de terem flexibilidade e resiliência no período histórico em que estão inseridos. Há coerência quando colocam a necessidade das pessoas que querem ser terapeutas ou psicoterapeutas, sem trabalharem no autoconhecimento. Eles comprovam a sua atitude de se preparar para o trabalho.

4) Apenas 18,29% do total de 164 sujeitos declararam fazer algum tipo de tratamento alternativo.

5) As duas abordagens usadas na clínica foram psicanálise, 45,12 % ,seguida da Junguiana , 13,41% ; disto surge, possivelmente, a necessidade de reelaborar *settings*, adaptar técnicas, e rever as questões de custo por sessão e o número de sessões semanais.

6) Trata-se de uma profissão notadamente feminina, 84,15%, em relação à masculino, 14,63%%.

7) 39,01% são formados em faculdades com início de funcionamento, entre 1971-1975. Seguidos de 31,71%, formados em faculdades com início de funcionamento entre 1961 e 1965.

8) 48,78%, possuem de 21 a 30 anos de profissão, seguidos , 29,88%, de 31 a 40 anos de profissão. A idade média ,44,51%, foi na faixa de 51 -60 anos, e 31,10%, de 41-50 anos.

Agregam-se a esta identidade as contribuições da escolha profissional, o afeto positivo ligado à profissão e a formação acadêmica; em relação a esta última, principalmente, no que concerne à aquisição de competências e habilidades, desenvolveu-se afetivamente o exercício da profissão e novos estudos. Esta característica pode ser colocada como comum na amostra estudada.

A construção desta identidade pelo processo histórico, acompanhando os movimentos da época, tiveram momentos de luta para constituir os cursos ,regularizá-los e ter um espaço no contexto social.

Hoje, já com novos espaços abertos, o psicólogo precisa ocupá-los eficientemente e são necessárias novas reflexões sobre a profissão a que se refere a essa formação (qualificada como baixa e ineficiente) e atendimentos.

O processo que acompanha a formação da identidade profissional do psicólogo clínico sempre foi o caminho das transformações que teve diferentes momentos, cada um com seus aspectos particulares da época, constitutivos e resignificantes. Nota-se, porém que eles não se esgotaram por si mesmos, numa sequência rígida. Caracterizam-se mais pelo movimento contínuo, uma vez que querem ser, fazer, terem auto-reconhecimento e o reconhecimento.

As alterações na identidade se revelam, também, pelas mudanças no contexto atual, não só na dinâmica intrínseca com o dia a dia, com aspectos não só cognitivos, mas também pelo afeto e sentimento contidos na relação de seu “objeto” profissional, como também provocam mudanças, sejam elas no subjetivo do profissional ou quanto às questões reflexivas, cognitivamente, e até na racionalidade. Não poderia ser de outra maneira, pois as mudanças do social, que podemos analisar,

são absorvidas pelos profissionais da Psicologia Clínica e refletidas sobre novas atuações.

Quanto às alterações baseadas nas teorias das transformações provocadas pela atualidade, vemos dois aspectos interessantes: historicidade auto-narrativa e a flexibilidade, movimentos constantes entre os entrevistados. De outro lado, nas questões racionais, estes profissionais, estão preocupados com o financeiro e com os “milagreiros” e com aqueles que podem denegrir a imagem do psicólogo clínico.

Nota-se que, no empoderamento da psicoterapia, de uma maneira que até poderemos dizer corporativista, falta ainda um lado não desenvolvido da consciência do profissional: objetividade na história, conhecimento das leis que os regulamentam como profissionais da psicoterapia.

A relação paciente e profissional está diferente, o paciente mudou e o psicoterapeuta também. Essa profissão não pode ser reduzida só como uma relação emocional, ela contém técnicas e preparo, exige esforço e investimento, tanto pessoal como financeiro. Hoje o paciente não pode perder a relação hierárquica necessária a um bom tratamento mas, felizmente, o poder idealizado está menor, o profissional pode ficar mais tranquilo nesta relação.

Um grupo de psicólogos conquistou espaços, agora resta aos outros psicólogos ocupá-los. Não existe espaço vazio no poder, sempre alguém o ocupa, independentemente de eficiência ou do projeto. Esta é uma categoria que precisa ocupar todos os espaços conquistados pela luta, pela mídia, pelo trabalho ou pela política, o mais importante é que o espaço está conquistado.

O psicólogo clínico precisa e tem o desejo de reconhecimento pelo grupo, e um grupo profissional não é um aglomerado de pessoas; ele é, na verdade, um corpo social. Já se integrou em grupos interdisciplinares e valoriza estar relacionado a outros profissionais.

Pode-se notar que a vivência do trabalho é significativa, na construção de novas identidades profissionais do psicólogo. Saber lidar com as questões internas e externas não só é uma necessidade, mas uma preservação do espaço em que se cria, se mostra e se faz. Enfim, o psicólogo participa e assimila as alterações à sua volta.

Retornando às questões da Revisão Bibliográfica: “o prazer e o sofrimento são vivências subjetivas, muitas vezes, inconscientes, resultantes do confronto entre história de vida e trabalho” (Dejours, 2000). Esses sentimentos colocados por Dejours, associados à organização do trabalho, caracterizada esta pelo conteúdo desse mesmo trabalho, pelas relações sócio-profissionais pelas suas relações com seus colegas e pela significação que o trabalho tem para o psicólogo, farão parte do reconhecimento moral e simbólico necessário à estabilização da vida.

Na contemporaneidade vimos que o paciente mudou, a relação paciente-profissional mudou, as técnicas, o setting precisam mudar, as teorias precisam se atualizar, sofrerem adaptações ao movimento cultural e social existente. Espaço existe, basta querer ocupá-lo.

Giddens se refere à “Modernidade Tardia”; eu poderia concluir que para a psicologia este é o melhor “tempo tardio”, para reorganizar, estruturar, sem aquelas idealizações que “cobravam” de um psicoterapeuta.

A conclusão a que podemos chegar é que a psicologia clínica e a social devem ser complementares, assim como as outras “especialidades” da psicologia deveriam ser separados apenas didaticamente, não separando campos de ação, quando a base é só psicologia. A integração entre profissionais deverá ser repensada e ser uma área de estudos universitários. A geração com identidade definida e flexível já está na maturidade; precisamos pensar na profissão “agora e para futuro”, prepararmos terrenos férteis e profissionais éticos, isto é tudo o que a psicologia precisa, de rumo, norte e confiança na sua eficiência. Precisamos do outro para saber a quem e em quem nos espelharemos. As transformações sociais para o psicólogo clínico não são vistos como devastadoras, mas nota-se uma grande preocupação com as questões de mudanças intensas. Não temos experiências anteriores que nos orientem ao que fazer, sobre as coisas que nunca vivemos. Temos apenas a certeza que este avanço trouxe novas possibilidades de novos horizontes e valores sociais menos hipócritas. A liberdade assusta, incomoda, invade, desorienta a quem não é e nunca buscou a independência do seu Self.

8.CONCLUSÃO

A formação acadêmica pede mudanças. Acompanhar as mudanças atuais é se adaptar a novos modelos de comunicação. O ensino da Psicologia teve uma eficiência suficiente para que através de atitudes e de agir, conseguisse ao longo de 20 a 47 anos, ser respeitada como profissão tendo acesso em campos antes não permitidos, como é o espaço da saúde pública, grupos interdisciplinares além de preservar o consultório clínico.

O amadurecimento desenvolvido nestes anos reflete que a categoria da formação de psicólogos, até a década de 80, teve uma boa formação acadêmica consciente, sabendo agir, sabendo fazer e tendo muito orgulho da profissão. Mesmo assim, percebemos confusões sobre as definições de técnicas psicoterapêuticas como as abordagens, onde os próprios profissionais confundem Psicologia com Psicanálise. Porém, partes desses profissionais demonstram uma grande responsabilidade junto ao paciente e consegue perceber as mudanças sociais como ambiente facilitador ou traumatizante às pessoas. Mostram a necessidade de estarem sempre engajados nas questões sociais.

As Faculdades de Psicologia mudaram o currículo várias vezes durante estes 20anos ou 47 anos, talvez por uma necessidade de adaptação curricular. A formação mudou e, a explosão das universidades nos anos 70/80 levou, junto, a desvalorização política da educação, e as formações se tornaram mais fracas e ineficientes. A educação veio se multifacelando ao longo da história: Modernidade e Pós Modernidade. A educação tornou-se um fim em si mesmo.

São demonstradas as necessidades de adaptações de currículos aos novos tempos, pois as *'faculdades derramam muitos profissionais inadequados no mercado'*(SIC). Devemos esclarecer que em outras áreas também existe este mesmo

fenômeno muito ameaçador às futuras profissões e gerações. É necessário pensar em dois pontos: 1-A compreensão dos fenômenos psicossomáticos como responsável pelo novo paradigma o de Integração; e o aprofundamento dos estudos institucionais, com maior tempo de estágios e vivências, orientação, trabalhos individuais e de auto conhecimento, instituir um aperfeiçoamento, ou como “residência” O modelo não importa, o que importa é o objetivo do propósito e a certeza de que a formação será mais adequada. Para que o formando entenda ao menos o que é a síndrome da alta do paciente/cliente.

Para os recém formados existem duas portas fechadas: a dificuldade clínica para iniciar a atuação, e a desconfiança generalizada da sociedade e dos próprios colegas que acusam estes “mal formados” de serem responsáveis pela má imagem da psicoterapia além de cobrarem preços aviltantes no mercado de trabalho, dificultando a renda econômica natural e necessária de qualquer tipo de profissão.

O que me parece é que faltam líderes nesta área. Lembrando que os líderes hoje só conseguem se colocar em pequenos grupos. Porém se este líder for partidário/ político, perderá a metade de seus seguidores. Um líder orienta, acolhe e determina o horizonte possível de desbravar. As universidades precisam encarar que a Psicologia pode fazer muito mais do que ela faz hoje, tanto nos aspectos de produção de conhecimento, quanto na promoção de saúde e no preparo de novos profissionais. Pelos dados colhidos neste campo, as Faculdades de Psicologia hoje são responsáveis em grande parte, pela perda de prestígios, reconhecimento e produção que poderá ocorrer dentre poucos anos, justamente agora que a psicologia está hoje entre as profissões do futuro.

A Psicologia exige estudo constante e curiosidade, seu profissional um expertise de assuntos da emoção, do comportamento, de ajustamentos sociais tem como seus ‘objetos de estudos’: pessoas mutáveis, alteradas, dissimuladas, patológicas, desadaptadas; ou saudavelmente conscientes de todas estas limitações , procuram o psicólogo como um expertise para ajudá-la a descobrir alguns “nós” da vida, como uma relação social e ou uma relação de pares que precisam ser cuidados, ou mesmo a integração, como fazê-la, pois são seres com vida, humanos (ou animais).

Isto dará o início de uma identidade profissional. O professor universitário precisa liderar suas turmas com respeito, conhecimento, e generosidade para ter condições de ensinar a todos. Os líderes não caíram com a pós-modernidade, mas hoje são poucas as pessoas que têm coragem de serem líderes. O individualismo ainda é o melhor remédio para estar com seus saudosismos.

Voltando a Winnicott, a fenda entre o interno e o externo precisa sempre aparecer, pois é ali naquele espaço potencial que o indivíduo cria, vive, e se manifesta. Ninguém é capaz de desenvolver uma identidade profissional sem modelos. As abordagens mais recentes sobre liderança enfatizam a necessidade de aprofundar conhecimento dessa problemática, mais no campo das organizações, onde eles consideram as questões sociais uma das constituições profissionais, o trabalho antes de tudo é um relacionamento social, e a reciprocidade no campo da liderança entre líder e seguidores será frutífera nos planos sociais, simbólicos, identitário de uma cultura. A reflexividade que a formação acadêmica necessita pode levar a outros horizontes a profissão do psicólogo clínico como falei no início: ninguém pode ser eficiente a priori.

9. REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA

9.1- Referências Bibliográficas

1. ABREU FILHO, A. G. - *Identidade: A Questão da Identidade Profissional do Psicólogo*; 1(2): 12- 16, abr. 2000.
2. BARBOSA, S. R. C. S. - *Modernidade e Identidade. O Futuro dos Recursos*. NEPAM-UNICAMP, outubro de 2003.
3. BAUMAN, Z. - *Identidade*. Rio de Janeiro: Jorge ZAHAR Editor, 2005.
4. _____. - *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge ZAHAR Editor, 2001.
5. BLEGER, J. - *Temas de Psicologia: Entrevista e Grupos*. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1978.
6. BOCK, A. M. B. - *A Psicologia a Caminho do Novo Século: Identidade Profissional e Compromisso Social*. Estudos de Psicologia 1999, 4E(v2e)n, t3o153-3125. PUC-SP
7. CARRETEIRO, T. C. - *Corpo e Contemporaneidade*. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 11, n. 17, p. 62-76, jun. 2005.
8. CASAS, F. - *Desafios Atuais da Psicologia na Intervenção Social*. *Psicologia & Sociedade*; 17 (2): 42-49; mai/ago.2005. Universitat de Girona, Espanha.
9. CFP. - *Psicólogo Brasileiro: Construção de Novos Espaços*, Campinas, SP. Editora Alínea, 2005.
10. CIAMPA, A. C. - *A Estória do Severino e a Estória da Severina*. 6ª ed. São Paulo. Brasiliense, 1998.
11. COSBY, P. C.- *Métodos de Pesquisa em Ciências do Comportamento*. São Paulo: Atlas, 2003.
12. CROCHIK, J. L. - *Os Desafios Atuais do Estudo da Subjetividade na Psicologia*. Psicol. USP v.9 n.2 São Paulo 1998. doi: 10.1590/S0103-65641998000200003. Instituto de Psicologia – USP.
13. DAVEL, E.; MACHADO, H.V. - *A Dinâmica da Liderança e Identificação: Sobre a Influência Consentida nas Organizações Contemporâneas*. RAC, C.5, n.3 Set/Dez 2001:107-126.
14. DAVIS, M. at WALLBRIDGE, D. – *Limite e Espaço*. Ed. Imago, RJ., 1982.
15. DEJOURS, C. *Repressão e Subversão em Psicossomática*. Ed. Jorge Zahar. 1991. RJ.
16. _____. - *Subjetividade, Trabalho e Ação*. Invited Paper. Revista Produção. Vol.14, nº 3 – Pág. 027-034 – set-dez.2004.

17. DUPRET, L. *Identidade e Auto-Estima: O Entrelaçamento Possível à Educação da Pós-Modernidade*. Universidade Estácio de Sá e Faculdades Integradas Maria Thereza. CRP-05.
18. DUTRA, E. - *Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade*. *Estudos de Psicologia* 2004, 9(2), 381-387. Universidade Federal do Rio Grande do Norte
19. ELLEMERS, N.; SPEAR, R.; DOOSJE, B. - *Self e a Identidade Social*. Annu. Rev. Psychol. 2002. 53:161-86. Departamento de reunião social e psicologia organizacional, universidade de Leiden, P.O., Encaixote 9555. Departamento de psicologia social, universidade de Amsterdã, Roetersstraat 15, 1018 W.
20. FERREIRA, M. G. – *Concepções de Subjetividade em Psicologia*. Ed. Pontes, 1999. Campinas-SP.
21. FIGUEIREDO, L. C. - *O Tempo na Pesquisa dos Processos de Singularização. A Relação Analítica, e o que Acontece nela, Está tanto Dentro do Tempo quanto além do Tempo. Está também fora do Tempo*. Cadernos de Psicanalistas.(King, 1996).
22. FREIRE, J. C. - *As Psicologias na Modernidade Tardia: O Lugar Vacante do Outro*. *Psicol. USP* vol.12 no.2 São Paulo 2001. Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará.
23. GIDDENS, A. - *As Consequências da Modernidade*. São Paulo: Editora UNESP, 1991.
24. _____ - *Modernidade e Identidade*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2002.
25. _____ - *A Constituição da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
26. HALL, Stuart. – *A Identidade Cultural na Pós-Modernidade*”. Ed. DP&A, 2006 –RJ.- Tradução: Tomaz Tadeu da Silva e Guacira Lopes Louro – Título original: *The Question of Cultural Identity*, 1992.
27. HERRMAN, F.- *Psicanálise do Cotidiano*. Ed. Artes Médicas. 1997 – Porto Alegre.
28. HÜNNING, S. M.; GUARESCHI, N. M. F. - *O que Estamos Construindo: Especialidades ou Especialismos?* *Psicologia & Sociedade*; 17 (1): 17-28; jan/abr.2005. PUC-RS.
29. LEFÈVRE, F. e LEFÈVRE, A.M C. - *O Discurso do Sujeito Coletivo: Um Novo Enfoque em Pesquisa Qualitativa (desdobramentos)*. Caxias do Sul: Educus, 2005.
30. LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; MADEIRA, W. - *Hipertrofia das Mediações e Empoderamento no Campo da Saúde-Doença*. *Revista de Saúde Social* São Paulo, v.16, n3, p.149-157 ano 2007.
31. _____ - *Depoimentos e Discursos: Uma Proposta de Análise em Pesquisa Social*. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.
32. LEITÃO, C.F; COSTA, A.M.N. - *A Psicologia no Novo Contexto Mundial*. *Est. de Psicologia* 2003, 8(3), 421-430. PUC-RJ.

33. LEVY LEBOYER C. *La Gestion dès Compètence*. Paris: Editions d'Organisations, 1996.
34. LIPOVETSKY, Gilles. – *A Era do Vazio*. Ed. Manole Ltda. Tamboré, 2006. Tradução: Therezinha Monteiro Deutsch, 2005.
35. LIMONGI FRANÇA, A.C. - *Qualidade de Vida no Trabalho-QVT*. Editora Atlas-São Paulo, 2003.
36. MARTINS, J.; BICUDO M. A. V. - *A Pesquisa Qualitativa em Psicologia*. 2ª ed. São Paulo: Moraes, 1994.
37. MELLO FILHO, J. Revista da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática. V: 7-nº 1/2 janeiro a junho/2003. Pág. 141
38. MORAES, M. - *A Psicologia como Reflexão sobre as Práticas Humanas: da Adaptação à Errância*. Estud. psicol. (Natal) v.8 n.3 Natal sep./dez. 2003. Universidade Federal Fluminense
39. NASCIMENTO, M. L.; MANZINI, J. M.; BOCCO, F. - *Reinventando as Práticas PSI*. Psicologia & Sociedade; 18 (1): 15-20; jan/abr. 2006. Universidade Federal Fluminense.
40. NEDER, M. Tese de Doutorado: - *Uma Experiência no Ensino de Psicoterapia Infantil*. Apresentada no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1972.
41. NEWMAN, A. – *As Idéias de D. W. Winnicott*. Ed. Imago, 2003 – RJ. Tradução: Davi Bogomoletz, 2003 – Título original: Non – Compliance in Winnicotts words.
42. PEREIRA, F. M.; NETO, A.P. - *O Psicólogo no Brasil: Notas sobre seu Processo de Profissionalização*. Psicol. estud. v.8 n.2 Maringá jul./dez. 2003. Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz.
43. PORTELLA, M. A. - *A Psicologia a Caminho do Novo Século: Identidade Profissional e Compromisso Social*. Estudos de Psicologia – Campinas - 25(1) - 131-140 – janeiro/março, 2008.
44. RODRIGUES, A. L.; CAMPOS, E. M. P. - *Psicossomática: da Ciência e Tecnologia à Humanização*. Revista da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática. V:9-n ½ janeiro a junho/2004
45. ROSEN, N. - *Madame Freud*. Ed. Verus, 2009.
46. SATO, L.; SCHMIDT, M. L. S. - *Psicologia do Trabalho e Psicologia Clínica: um Ensaio de Articulação Focalizando o Desemprego*. Estudos de Psicologia 2004, 9(2), 365-371. USP.
47. SPINELLI, M. R. (Org.) - *Introdução a Psicossomática*. Editora Atheneu, 2009.
48. TAYLOR, Charles. - *As Fontes do Self: a Construção da Identidade Moderna*. São Paulo: Loyola, 1997.

49. TERÊNCIO, M. G.; SOARES, D. H. P. - *A Internet como Ferramenta para o Desenvolvimento da Identidade Profissional*. Psicol. estud. vol.8 no.2 Maringá July/Dec. 2003.
50. TOURINHO, E. Z; NETO, M. B. C.; NENO, S. - *A Psicologia como Campo de Conhecimento e como Profissão de Ajuda*. Estudos de Psicologia 2004, 9(1), 17-127. Universidade Federal do Pará.
51. WINNICOTT D. W.- *Exploraciones Psicoanalíticas II*. Barcelona: Paidós, 1993.
52. _____ - *O Ambiente e os Processos de Maturação*. 3ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
53. _____ - *Natureza Humana*. Ed. Imago. RJ., 1998.
54. WOLBERG, L. R. *Psicoterapia Breve*. Ed. Mestre Jou, 1979.

9.2- Bibliografias Eletrônicas

www.psi.bvs.br - várias consultas em 2007/2008/2009/2010

www.pucsp.br várias consultas em 2007/2008/2009/2010

<http://www.pol.org.br> várias consultas em 2007/2008/2009/2010

<http://www.crpsp.org.br> várias consultas em 2007/2008/2009/2010

<http://portal.revistas.bvs.br>- várias consultas em 2007/2008/2009/2010

<https://my.apa.org/apa>- várias consultas em 2007/2008/2009

<http://www.sciencedirect.com> varias consultas em 2008/2009

<http://www.psicosite.com.br> - várias consultas em 2008/2009

<http://www.who.int> – várias consultas em 2009

<http://arjournals.annualreviews.org> - várias consultas em 2009.

<http://www.bireme.com>

assoc bras educ médica/bteca - oms/ wholis

ASSOC.BRAS.ENFERMAGEM

Bteca - BINASSS

Bteca. Cons Fed Enfermagem

Cent.Inf.Biomed.

Chaco/Biblioteca

CNICM/Bibl.Méd.Nacional-Cuba

FIOCRUZ/Bt.ENSPUFRJ/Bibl.Central

UFBA/Bib.Esc. Enfermag.

Min.Saúde/ Biblioteca

UMSA/REBICS/ Biblioteca

USP/Bibl.Fac. Medicina

UFRJ/Esc.Enf.Anna Nery/Biblioteca

UFMG/Bt.J Baeta Vianna

Bteca/UN Mayor San Marcos

Un.Chile/Fac.Med/Biblioteca

UFGO/Bibl. Central

Cent.Inf.Biomed.Chaco/ Biblioteca

USP/Bibl.Saúde Publ.

FMTM/ Bt.Frei Eugenio

Biblioteca/ Esc Saúde Pública /Sec Saúde Estado RS

UFPR/Bt.Ciencias Saúde - Min.Saúde

Biblioteca - UFPB/Bibl. Central

UMSA/REBICS/ Biblioteca

ASSOC BRAS EDUC MÉDICA/Bteca

UFRGS/Bt. Setorial HC

UFPR/Bt .Ciencias Saúde - FEPAFEM/Centr - Centr.Doc.OPS/OMS-Argentina

9.3- Bibliografias Consultadas

1. BOSI, M. L. M. e Mercado F. J. - *Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde*. 1ª Ed. Petrópolis, RJ. Vozes, 2004.
2. BUZI, A. R. - *A Identidade Humana: Modos de Realização*, Petrópolis, RJ., Editora Vozes, 2002.
3. CAMPOS, R. H. F. – *Dicionário Biográfico da Psicologia no Brasil*. Ed. Imago, Brasília. 2001.
4. DORSCH, F., at HÄCKER, H., STAPF, K.H.- *Dicionário de Psicologia Dorsch*. – Ed. Vozes, 2001 – Petrópolis. Tradução: Emmanuel Carneiro Leão e Equipe.
5. DUBAR, C. - *A Socialização: Construção das Identidades sociais e Profissionais*. Tradução Andréa Stahel M. da Silva. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
6. FERREIRA NETO, J. L. - *A Formação do Psicólogo: Clínica, Social e Mercado*. São Paulo: Escuta, 2004. Belo Horizonte. Fumec/FCH. 2004
7. FREEMAN, A. E; FELGOISE, S. H. E.; DAVIS, D. D. - *Clinical Psychology: Integrating Science and Practice*, USA, Wiley. 2008.
8. KAHHALE, E.M.P. (org.) - *A Diversidade da Psicologia: Uma Construção Teórica*. São Paulo. Cortez Editora, 2002.
9. LIMA, L. A. S. – Dissertação de Mestrado em Filosofia do Direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – *Duas Possíveis Perspectivas do Sujeito Kantiano*. 2008 – São Paulo.
10. MARGOLIS, G. J. – *Secrecy and Identity*- Int. J. Psyc-Anal (1966) 47, 517. N.Y.
11. MATHEUS, G. - *A Cultura Global e Identidade Individual: à Procura de um Lar no Supermercado Cultural*. Tradução Mário Mascherpe. Bauru, SP, EDUSC, 2002
12. MELLO FILHO, J. *Identidade Médica*. Ed. Casa do Psicólogo, 2006. São Paulo.
13. PAPARELLI, R.D.- Dissertação de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Ciências de Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo – *Psicólogo em Formação: Vivências e Demandas em Plantão Psicológico*. São Paulo, 2005.
14. PEIXOTO, M. G. – *A Condição Política na Pós-Modernidade*. Ed. Educ-Fapesp. 1998. São Paulo.
15. PUEYO, A. A. e MARAÑÓN (coord.). - *Psicologia: Hans Jürgen Eysenck (1916-1997)*. Psicólogo Científico, Biblioteca Nueva, 1999.
16. RED MUNDIAL DE SALUD OCUPACIONAL. – *Efectos de La Globalización em El ámbito laboral de La atención de salud y em SUS trabajadores*. Nº 8 – 2005([www.who.int/occupational health](http://www.who.int/occupational_health))

17. REVISTA USP. - *Pós-Modernidade e Multiculturalismo*. jun-jul-ago 1999. São Paulo.
18. REY, G. – *Pesquisa Qualitativa em Psicologia*. Ed. Tomson Pioneira. 2002 – São Paulo.
19. SIMON, B. *Identity in Modern Society: A Social Psychological Perspective*. USA: Blackwell Publishing, 2004.
20. TONI, M.– *Visões sobre o Trabalho em Transformação*. Revista Dossiê Sociologias, Porto Alegre. Ano 5. Nº 9 – Jan. a Jun, Pág.246-286. 2003.
21. TURATO E. R. - *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Construção Teórico-Epistemológica Discussão Comparada e Aplicação nas Áreas da Saúde Humana*. Petrópolis: Vozes, 2003.

10.ANEXOS

Anexo.1

OFÍCIO ADP N°. 521/08

São Paulo, 27 de outubro de 2008

**ILMA. SRA.
PROFª DOUTORANDA MARIA ROSA SPINELLI**

Ref.: PROJETO "A IDENTIDADE DO PSICÓLOGO CLÍNICO E TRANSFORMAÇÕES NO CONTEXTO ATUAL"

Prezada Senhora,

O Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região – CRP-06 acusa o recebimento de sua solicitação para disponibilização dos contatos, através de e-mails, dos psicólogos cadastrados com título inscritos neste Regional, com o objetivo de que seja avaliado pela Comissão de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC, para dar prosseguimento ao projeto acima referenciado.

Servimo-nos do presente para comunicar que a Diretoria deferiu seu pedido e coloca à disposição de V.Sa. as informações referentes aos nomes, e-mails e tempo de formação dos psicólogos ativos, com título de especialista em "Psicologia Clínica".

Diante do exposto, pedimos a gentileza que entre em contato com a Secretaria deste CRP-SP para as providências cabíveis.

No ensejo, renovamos votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

MARILENE PROENÇA REBELLO DE SOUZA
Conselheira Presidente do CRP – 6ª Região



**Conselho Regional
de Psicologia SP**

Conselho Federal de Psicologia
Conselho Regional de Psicologia da
6ª Região - CRP-06

Rua Arruda Alvim, 89, Jardim América
Cep 05410-020, São Paulo, SP
Tel (11) 3061-9494, fax (11) 3061-0306
e-mail info@crp.org.br
website www.crp.org.br

Anexo.2 – Questionário

Q1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a)

Senhor (a), O(A) Senhor(a) é convidado(a) a participar da pesquisa acima identificada, que está sendo realizada como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia Clínica pela pesquisadora.

O OBJETIVO é pesquisar a Identidade Profissional do Psicólogo Clínico e verificar quais são as transformações que acontecem no contexto atual, na sua vida profissional. Pretendemos verificar quais são os meios esses profissionais se servem com sua experiência profissional, para se atualizarem diante das transformações sociais e quais as alterações que tais mudanças implicam em sua vida profissional.

Como benefício, o resultado da pesquisa poderá ser utilizado como orientação para a definição de programas de formação acadêmica e de promoção da saúde do psicólogo, aplicáveis em ambiente de ensino e especializações, contribuindo, dessa forma, para a prática mais segura e eficaz da atividade clínica em psicologia. Sua participação é voluntária, não acarretando custos nem pressupondo nenhuma compensação financeira. A pesquisadora tratará sua identidade com padrões profissionais de sigilo, de modo a garantir a preservação de sua privacidade. A coleta de dados será feita através do preenchimento de um questionário, que segue anexo. A possibilidade de desconforto e risco é mínima e poderá ser decorrente de reações emocionais provocadas pelas possíveis perguntas. Mesmo assim, fica assegurado que o (a) senhor (a) terá a liberdade de interromper seu preenchimento caso assim deseje. O (A) senhor (a) terá a liberdade de retirar-se da pesquisa a qualquer tempo, antes que a mesma seja concluída e seus resultados tornados públicos.

O (A) senhor(a) terá garantida, também, a possibilidade de esclarecimento de dúvidas, a qualquer tempo, durante a realização da pesquisa, para o que as formas de contato com a pesquisadora encontram-se registradas no presente Termo.

Q2. Tempo de atuação como Psicólogo (a) Clínico (a):

Q3. Que abordagem você segue na Psicologia Clínica:

Q4. Nome (opcional)

Q5. Idade:

Q6. Sexo:

Q7. Instituição onde você se formou.

Q8. Ano em que você se formou.

Q9. Pós graduação:

Q10. Se você tiver especialização especifique em qual área. Caso não tenha, responder não.

Q11. Você estuda atualmente? O que? Caso não estude responda não estudo.

Q12. Você atua como Psicólogo (a) Clínico (a) em (local)

Q13. Você atua como Psicólogo (a) Clínico (a) em clínica especializada?

Especifique qual a especialização. Caso não atue, responda não.

Q14. Além do consultório, você trabalha em:

Q15. Considerando afirmativa a resposta anterior, qual sua função neste trabalho?

Q16. Se você trabalha com convenio diga o nome dele, caso contrário responda não.

Q17. A sua renda na Clínica é:

Q18. Como você se vê na carreira como Psicólogo Clínico?

Q19. Você acha que sua profissão é valorizada pela sociedade?

Q20. Se você já se submeteu a psicoterapia diga em que abordagem.

Caso não tenha se submetido, responda não.

Q21. Se você se submete a psicoterapia atualmente diga qual abordagem, caso não faça, escreva não.

Q22. Se você faz algum tratamento alternativo diga qual, caso não faça, escreva não.

Q23. Você é Psicólogo Clínico há vinte anos ou mais. O que o mantém este tempo todo nesta profissão?

Q24. Em sua opinião que características um psicólogo deve ter para ser Psicólogo Clínico?

Q25. Diversas categorias profissionais exercem a função de Psicoterapeuta. Em sua opinião qual a diferença entre a atuação do Psicólogo Clínico comparado a outros profissionais?

Q26. Ser Psicólogo Clínico hoje é diferente de ser Psicólogo Clínico há vinte anos? Fale sobre isto.

Q27. Em sua opinião, o paciente de hoje é diferente do paciente de 20 anos atrás? Fale sobre isto.

Q28. Você segue uma abordagem ou várias abordagens? Por que?

Anexo. 3 - Entrevistados

Entrevistados	Pesquisa	Sexo	Entrevistados	Pesquisa	Sexo
PSI001	21-30 anos de atuação Psicanálise	F	PSI036	41-47 anos de atuação Outros	F
PSI002	21-30 anos de atuação Psicanálise	F	PSI037	21-30 anos de atuação Junguiana - Outros	F
PSI004	21-30 anos de atuação Junguiana	F	PSI039	21-30 anos de atuação Outros	M
PSI005	21-30 anos de atuação Psicanálise	F	PSI041	11-20 anos de atuação Outros	F
PSI006	31-40 anos de atuação Cognitiva - Outros	F	PSI042	31-40 anos de atuação Psicanálise	M
PSI007	31-40 anos de atuação Psicanálise	F	PSI044	21-30 anos de atuação Psicanálise	F
PSI008	11-20 anos de atuação Outros	F	PSI045	21-30 anos de atuação Psicanálise	M
PSI009	31-40 anos de atuação Outros	M	PSI047	31-40 anos de atuação Outros	F
PSI010	21-30 anos de atuação Psicanálise	M	PSI048	31-40 anos de atuação Outros	M
PSI011	21-30 anos de atuação Psicanálise	F	PSI049	21-30 anos de atuação Outros	F
PSI012	21-30 anos de atuação Psicanálise	F	PSI050	21-30 anos de atuação Cognitiva	F
PSI013	31-40 anos de atuação Psicanálise	F	PSI051	31-40 anos de atuação Psicanálise	F
PSI014	21-30 anos de atuação Gestalt	F	PSI052	21-30 anos de atuação Psicanálise	F
PSI018	21-30 anos de atuação Psicanálise	F	PSI053	11-20 anos de atuação Outros	F
PSI019	21-30 anos de atuação Psicanálise	M	PSI054	11-20 anos de atuação Junguiana	F
PSI020	11-20 anos de atuação Outros	F	PSI055	21-30 anos de atuação Psicanálise	M
PSI021	21-30 anos de atuação Psicanálise	M	PSI056	21-30 anos de atuação Outros	F
PSI022	11-20 anos de atuação Psicanálise	F	PSI057	11-20 anos de atuação Psicanálise	F
PSI023	31-40 anos de atuação Outros	F	PSI058	21-30 anos de atuação Psicanálise	F
PSI024	31-40 anos de atuação Psicanálise	F	PSI059	21-30 anos de atuação Psicanálise	F
PSI025	21-30 anos de atuação Outros	F	PSI060	21-30 anos de atuação Psicanálise	F
PSI026	31-40 anos de atuação Psicanálise	F	PSI061	21-30 anos de atuação Gestalt	F
PSI027	31-40 anos de atuação Psicanálise	F	PSI062	21-30 anos de atuação Cognitiva - Outros	M
PSI028	21-30 anos de atuação Psicanálise- Outros	F	PSI063	21-30 anos de atuação Psicanálise	F
PSI029	11-20 anos de atuação Outros	F	PSI065	21-30 anos de atuação Outros	F
PSI030	11-20 anos de atuação Outros	F	PSI066	31-40 anos de atuação Psicanálise	F
PSI031	31-40 anos de atuação Psicanálise	F	PSI067	21-30 anos de atuação Psicanálise	F
PSI033	21-30 anos de atuação Outros	F	PSI068	21-30 anos de atuação Psicanálise	F
PSI034	21-30 anos de atuação Outros	F	PSI069	31-40 anos de atuação Psicanálise	F
PSI035	31-40 anos de atuação Outros	F	PSI070	21-30 anos de atuação Psicanálise	F

Entrevistados	Pesquisa	Sexo		Entrevistados	Pesquisa	Sexo
PSI071	21-30 anos de atuação Psicanálise	F		PSI106	31-40 anos de atuação Psicanálise	F
PSI072	21-30 anos de atuação Psicanálise	F		PSI107	21-30 anos de atuação Outros	M
PSI073	21-30 anos de atuação Outros	F		PSI108	31-40 anos de atuação Outros	F
PSI074	21-30 anos de atuação Gestalt	F		PSI109	21-30 anos de atuação Psicanálise	M
PSI076	11-20 anos de atuação Psicanálise	F		PSI110	21-30 anos de atuação Outros	F
PSI077	31-40 anos de atuação Outros	F		PSI111	21-30 anos de atuação Psicanálise	F
PSI079	11-20 anos de atuação Psicanálise Outros	F		PSI112	11-20 anos de atuação Junguiana	F
PSI080	21-30 anos de atuação Psicanálise	F		PSI113	31-40 anos de atuação Cognitiva - Outros	F
PSI081	11-20 anos de atuação Junguiana	F		PSI114	21-30 anos de atuação Psicanálise	F
PSI082	31-40 anos de atuação Psicanálise	F		PSI115	21-30 anos de atuação Psicanálise	F
PSI083	21-30 anos de atuação Junguiana	F		PSI116	11-20 anos de atuação Psicanálise - Cognitiva	M
PSI085	31-40 anos de atuação Junguiana	F		PSI117	31-40 anos de atuação Junguiana	F
PSI086	31-40 anos de atuação Psicanálise	F		PSI119	11-20 anos de atuação Psicanálise	F
PSI087	11-20 anos de atuação Psicanálise	F		PSI121	11-20 anos de atuação Outros	F
PSI088	31-40 anos de atuação Psicanálise	F		PSI122	11-20 anos de atuação Psicanálise	F
PSI089	31-40 anos de atuação Junguiana-Outros	F		PSI123	21-30 anos de atuação Psicanálise	F
PSI090	11-20 anos de atuação Outros	F		PSI125	21-30 anos de atuação Psicanálise	M
PSI092	41-47 anos de atuação Junguiana	F		PSI126	21-30 anos de atuação Cognitiva - Outros	F
PSI093	11-20 anos de atuação Outros	M		PSI128	31-40 anos de atuação Outros	F
PSI094	11-20 anos de atuação Psicanálise	M		PSI129	31-40 anos de atuação Junguiana	F
PSI095	11-20 anos de atuação Psicanálise	M		PSI131	21-30 anos de atuação Psicanálise	F
PSI096	21-30 anos de atuação Outros	M		PSI132	11-20 anos de atuação Psicanálise	F
PSI097	21-30 anos de atuação Junguiana	F		PSI133	21-30 anos de atuação Psicanálise	F
PSI098	31-40 anos de atuação Junguiana - Outros	F		PSI134	11-20 anos de atuação Outros	F
PSI099	11-20 anos de atuação Psicanálise	M		PSI135	21-30 anos de atuação Psicanálise	F
PSI100	11-20 anos de atuação Outros	F		PSI136	21-30 anos de atuação Outros	F
PSI101	11-20 anos de atuação Psicanálise	F		PSI137	31-40 anos de atuação Junguiana	F
PSI102	21-30 anos de atuação Psicanálise	F		PSI141	21-30 anos de atuação Psicanálise	F
PSI103	21-30 anos de atuação Outros	F		PSI143	31-40 anos de atuação Psicanálise	F
PSI104	21-30 anos de atuação Psicanálise	F		PSI144	21-30 anos de atuação Outros	F
PSI105	21-30 anos de atuação Psicanálise	F		PSI145	31-40 anos de atuação Gestalt- Junguiana-Outros	F

Entrevistados	Pesquisa	Sexo
PSI146	21-30 anos de atuação Cognitiva- Outros	M
PSI147	21-30 anos de atuação Cognitiva	F
PSI148	31-40 anos de atuação Outros	M
PSI149	31-40 anos de atuação Psicanálise	F
PSI150	31-40 anos de atuação Psicanálise	F
PSI151	31-40 anos de atuação Outros	F
PSI152	21-30 anos de atuação Cognitiva- Outros	F
PSI154	21-30 anos de atuação Psicanálise	F
PSI155	11-20 anos de atuação Outros	F
PSI157	31-40 anos de atuação Psicanálise	F
PSI158	31-40 anos de atuação Psicanálise	F
PSI160	21-30 anos de atuação Outros	F
PSI162	31-40 anos de atuação Psicanálise	F
PSI163	21-30 anos de atuação	F
PSI164	21-30 anos de atuação Outros	F
PSI165	21-30 anos de atuação Junguiana	F
PSI166	11-20 anos de atuação Cognitiva- Outros	F
PSI167	21-30 anos de atuação Gestalt	F
PSI168	11-20 anos de atuação Psicanálise	M
PSI169	21-30 anos de atuação Junguiana	F
PSI170	21-30 anos de atuação Psicanálise	F

Entrevistados	Pesquisa	Sexo
PSI171	11-20 anos de atuação Psicanálise- Outros	F
PSI173	11-20 anos de atuação Outros	F
PSI174	21-30 anos de atuação Cognitiva	F
PSI175	31-40 anos de atuação Psicanálise	F
PSI176	21-30 anos de atuação Junguiana	F
PSI177	21-30 anos de atuação Junguiana	F
PSI178	21-30 anos de atuação Psicanálise Gestalt	F
PSI180	21-30 anos de atuação Gestalt	M
PSI181	21-30 anos de atuação Junguiana	F
PSI182	21-30 anos de atuação Outros	F
PSI183	31-40 anos de atuação Outros	F
PSI184	31-40 anos de atuação Outros	M
PSI185	31-40 anos de atuação Outros	F
PSI186	31-40 anos de atuação Junguiana	F
PSI187	21-30 anos de atuação Psicanálise	F
PSI188	41-47 anos de atuação Junguiana	F
PSI189	31-40 anos de atuação Junguiana	F
PSI190	31-40 anos de atuação Junguiana	F
PSI191	21-30 anos de atuação Psicanálise	F

Anexo.4 – Comunicação Online**Anexo A – Primeiro Contato – Apresentação da Pesquisa**

Caro colega,

O seu e-mail foi cedido pelo CRP-06 como sujeito para este tipo de estudo.

Estou fazendo meu doutorado na PUCSP sob da orientação de Dr^a Mathilde Neder. O tema de minha pesquisa é “A identidade do Psicólogo Clínico: Transformações no Contexto Atual”. Meu currículo Lattes poderá ser acessado para que você me conheça melhor: <http://lattes.cnpq.br>. Para tanto preciso de sua ajuda para responder a um questionário. Caso você concorde em participar desta pesquisa me responda afirmativo que enviarei em breve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com as perguntas a seguir. Não há necessidade de identificação por nome, apenas por sexo e tempo de profissão. A pesquisa servirá para nos informar como estamos hoje trabalhando em nossa Clínica, diante das alterações sociais.

Agradeço sua compreensão e a leitura deste e-mail como também sua resposta.

Abrços,

Maria Rosa Spinelli

Psicóloga Clínica –CRP 06 3244

Anexo B – Segundo Contato – Pré-Teste

Prezada

Estamos encaminhando a V. Senhoria, pré teste do questionário da pesquisa de ***“Identidade profissional do psicólogo clínico: transformações no contexto atual”***.

O pré-teste tem a finalidade de verificar se as perguntas formuladas são perfeitamente compreendidas pelos diversos tipos de especialidades dos entrevistados de determinada pesquisa, bem como se atingem os objetivos propostos pelo pesquisador.

Sua participação é, para nós pesquisadores, muito importante, porque a partir dela é que elaboraremos o questionário definitivo.

Para que você possa acessar o questionário siga os seguintes passos:

1. Na internet, entre no site <http://qlqt.ipdsc.com.br>
2. Localize a pesquisa com o título: ***“Identidade profissional do psicólogo clínico: transformações no contexto atual”***.
3. Aparecerá uma nova tela. Ao final dela clique em RESPONDER.
4. AO FINAL DO QUESTIONÁRIO NÃO SE ESQUEÇA DE ENVIAR A MENSAGEM

Se você tiver dúvidas, estamos encaminhando, em anexo, um Passo a Passo para que você possa acessar o sistema.

Gratos pela sua colaboração,

Responsável pela pesquisa

Profª Maria Rosa Spinelli

Orientadora : Drª Mathilde Neder.

Anexo C – Terceiro Contato – Enviando Pesquisa

Prezado Dr. (a)

Estamos encaminhando a V. Senhoria, o questionário da pesquisa de ***“Identidade profissional do psicólogo clínico: transformações no contexto atual”***.

Agradecemos sua colaboração por aceitar fazer parte desta pesquisa, conforme e-mail confirmado pelo Senhor (a). Solicitamos que o questionário seja preenchido até dia 15 de maio, para que possamos dar continuidade as nossas análises.

Sua participação é, para nós pesquisadores, muito importante, porque a partir dela é que poderemos compreender melhor nossa profissão.

Para que o Senhor (a) possa acessar o questionário siga os seguintes passos:

1. Na internet, entre no site <http://qlqt.ipdsc.com.br>
2. Localize a pesquisa com o título: ***“Identidade profissional do psicólogo clínico: transformações no contexto atual”***.
3. Aparecerá uma nova tela. Ao final dela clique em RESPONDER
4. AO FINAL DO QUESTIONÁRIO NÃO SE ESQUEÇA DE ENVIAR A MENSAGEM

Caso tenha dúvidas estamos encaminhando, em anexo, um Passo a Passo para que possa acessar o sistema.

Gratos pela sua colaboração,

Profª Maria Rosa Spinelli

Responsável pela pesquisa

Profª Drª Mathilde Neder

Orientadora

Anexo D – Quarto Contato – Aviso do Prazo e Encaminhamento do Passo-a-Passo.

Caro entrevistado

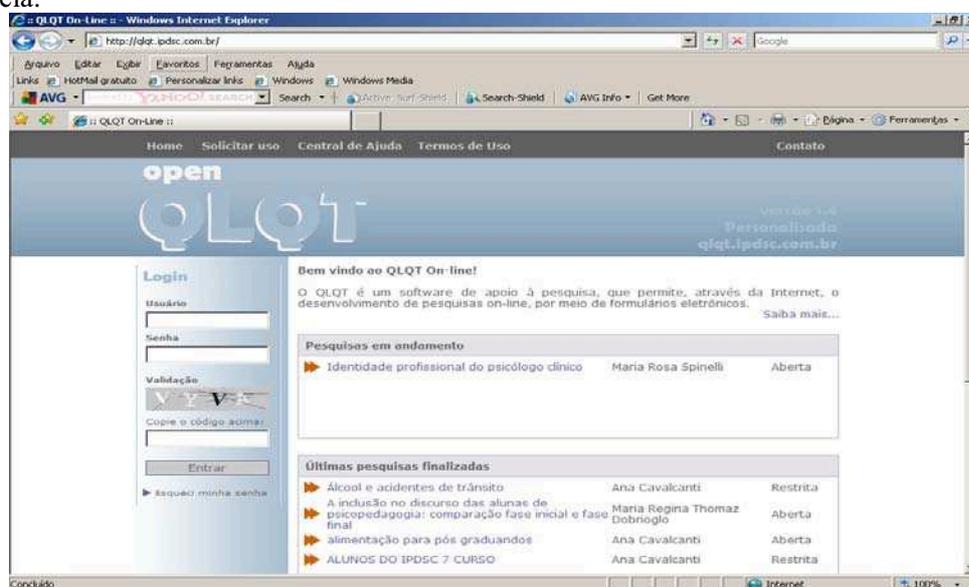
Estamos encerrando as participações na pesquisa no dia 17 de maio, próximo domingo. Caso já tenha respondido o questionário desconsidere isto e me perdoe o incomodo.

Caso você ainda não teve tempo de respondê-lo, envio abaixo o passo a passo para melhor orientá-lo. Faça o envio novamente para certificar que você tenha recebido. Agradeço a colaboração,

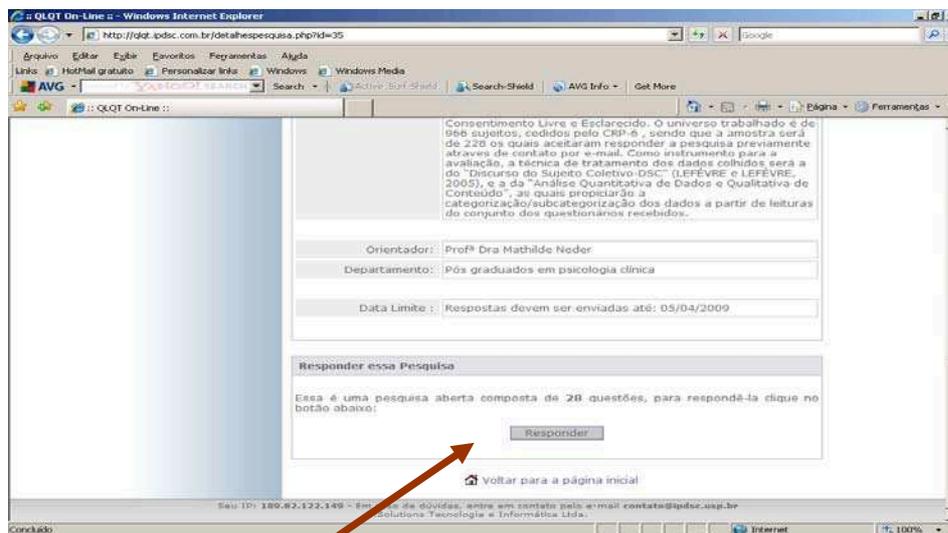
Maria Rosa Spinelli

Caso você tenha dúvidas de como acessar a pesquisa, siga os seguintes passos:

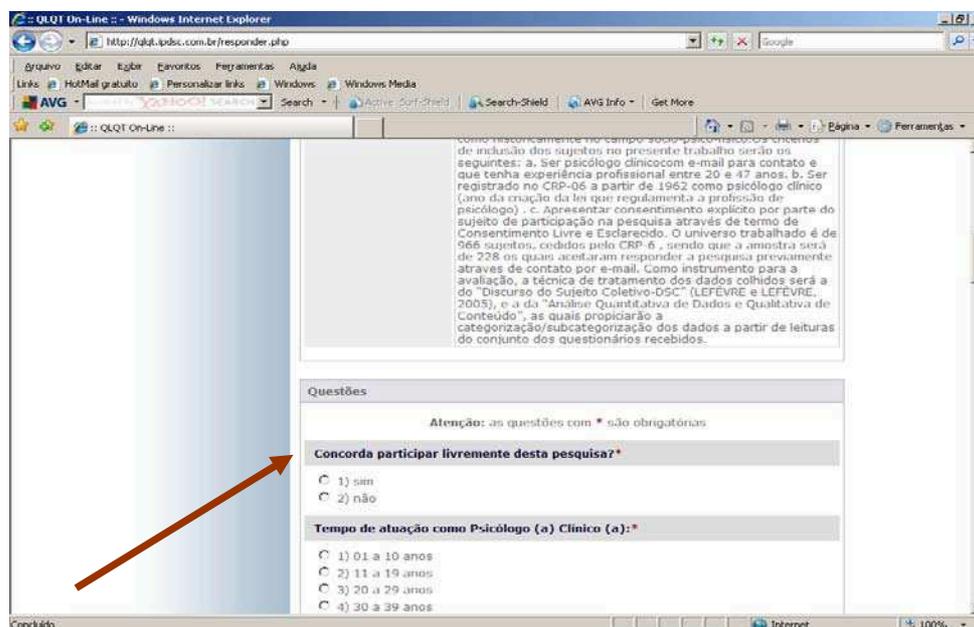
1. Na internet acesse o site pelo endereço <http://qlqt.ipdsc.com.br>.
2. Na página inicial, localize a pesquisa Identidade profissional do psicólogo clínico e clique nela.



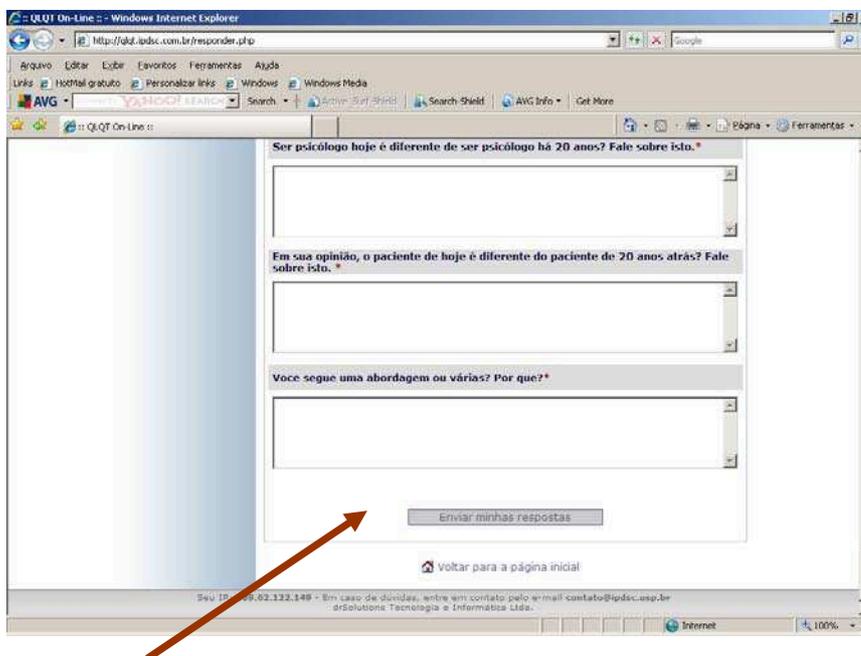
3. Aparecerá uma nova tela com informações da pesquisa. Ao final clique em **responder**. Verifique a tela a seguir



4. aparecerá o questionário a ser respondido: (Este contém perguntas abertas e fechadas)



5. Ao final do questionário aparecerá **Enviar minhas respostas**. Não se esqueça de clicar neste botão



The image shows a screenshot of a web browser window displaying a questionnaire. The browser is Windows Internet Explorer, and the address bar shows the URL <http://qdt.ipdsc.com.br/responder.php>. The questionnaire consists of three text input fields with the following questions:

- 1. Ser psicólogo hoje é diferente de ser psicólogo há 20 anos? Fale sobre isto. *
- 2. Em sua opinião, o paciente de hoje é diferente do paciente de 20 anos atrás? Fale sobre isto. *
- 3. Você segue uma abordagem ou várias? Por que?*

At the bottom of the form, there is a button labeled "Enviar minhas respostas". A red arrow points to this button. Below the button, there is a link "Voltar para a página inicial". The browser's status bar at the bottom shows the IP address 199.62.122.146 and contact information for IPDSC.

Anexo 5 – Protocolo de Pesquisa Nº 14/209 – Aprovação do Comitê de Ética



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP
SEDE CAMPUS MONTE ALEGRE

Protocolo de Pesquisa nº 014/2009

Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP

Orientador(a): Prof.(a). Dr.(a). Mathilde Neder

Autor(a): Maria Rosa Spinelli

PARECER sobre o Protocolo de Pesquisa, em nível de Tese de Doutorado, intitulado *A identidade profissional do psicólogo clínico: transformações no contexto atual*

CONSIDERAÇÕES APROVADAS EM COLEGIADO

Em conformidade com os dispositivos da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), em que os critérios da relevância social, da relação custo/benefício e da autonomia dos sujeitos da pesquisa pesquisados foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo concluir que o trabalho tem uma linha metodológica bem definida, na base do qual será possível retirar conclusões consistentes e, portanto, válidas.

No entendimento do CEP da PUC-SP, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

CONCLUSÃO

Face ao parecer substanciado apensado ao Protocolo de Pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, em Reunião Ordinária de 30/03/2009, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 014/2009.

Cabe ao(s) pesquisador(es) elaborar e apresentar ao CEP da PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, os relatórios parcial e final sobre a pesquisa, conforme disposto na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, inciso IX.2, alínea "c", do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), bem como cumprir integralmente os comandos do referido texto legal e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

São Paulo, 30 de março de 2009.

Prof. Dr. Paulo-Edgar Almeida Resende
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP

Rua Ministro de Godói, 969 – Sala 63-C (Andar Térreo do E.R.B.M.) – Perdizes – São Paulo – SP – CEP: 05015-001
 Tel.: (0xx11) 36708466 – Fax: (0xx11) 36708466 – e-mail: cometica@pucsp.br

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](#)