



AVALIAÇÃO, PARECER E REVISÃO POR PARES

Os textos que compõem esta obra foram avaliados por pares e indicados para publicação.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecária responsável: Aline G. Benevides CRB-1/3889

P969
1.ed. Temas Contemporâneos em Psicologia: Ensino,
Ciência e Profissão - Vol. 5 [livro eletrônico] /
(Orgs.) João Roberto de Souza-Silva. Monica
da Silva Lira. – 1.ed. – Curitiba-PR, 264p.
Editora Bagai, 2024.

E-Book.
Bibliografia.
ISBN: 978-65-5368-405-8

1. Psicologia. 2. Ensino. 3. Ciência.
I. Souza-Silva, João Roberto de.
II. Monica da Silva Lira

07-2024/48

CDD 158.1

Índice para catálogo sistemático:

1. Psicologia 158.1

 <https://doi.org/10.37008/978-65-5368-405-8.06.06.24>

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra sem autorização prévia da **Editora BAGAI** por qualquer processo, meio ou forma, especialmente por sistemas gráficos (impressão), fonográficos, microfilmicos, fotográficos, videográficos, reprográficos, entre outros. A violação dos direitos autorais é passível de punição como crime (art. 184 e parágrafos do Código Penal) com pena de multa e prisão, busca e apreensão e indenizações diversas (arts. 101 a 110 da Lei 9.610 de 19.02.1998, Lei dos Direitos Autorais).

Este livro foi composto pela Editora Bagai.

 www.editorabagai.com.br

 [/editorabagai](https://www.instagram.com/editorabagai)

 [/editorabagai](https://www.facebook.com/editorabagai)

 contato@editorabagai.com.br

A CLÍNICA PSICOLÓGICA: HISTÓRIA, CONCEITOS E MÉTODO CLÍNICO

Magda do Canto Zurba¹

INTRODUÇÃO

Na conjuntura atual, em que instituições, governantes e comunidades pelo mundo todo parecem pasmados diante do aumento vertiginoso das ditas “desordens” ou “transtornos” em saúde mental (WHITAKER, R. 2017), precisamos estudar os novos recursos das clínicas psicológicas no contexto da saúde mental e métodos clínicos contemporâneos.

No Brasil, as últimas duas décadas do século XX foram muito favoráveis à consolidação de novas práticas clínicas. Com o advento do SUS (Sistema Único de Saúde) - previsto na Constituição de 1988 - e suas leis regulamentadoras que colaboraram para a criação da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), as práticas psicológicas obtiveram um novo status no imaginário popular, uma vez que durante os anos 90 passaram a ingressar massivamente nas políticas públicas, postos de saúde, CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), serviços de assistência social, entre outros lugares impensáveis (e inexistentes) até a década de 80.

Com os avanços da clínica ampliada, somados a outros avanços teóricos e à luta antimanicomial, mostrou-se que era possível acolher sem diagnosticar. O profissional de Psicologia libertou-se da ideia de que é necessário diagnosticar para tratar: qualquer escuta inicial, qualquer acolhida, já é em si um início de “tratamento”.

E qual a finalidade do tratamento? Qual o protagonismo do paciente? E do terapeuta? Muitas questões se recolocaram no cenário dos últimos anos.

¹ Pós-doutorado em Psicologia Social (ENSP-FIOCRUZ-RJ). Doutora em Educação (UFSC). Professora Titular do Departamento de Psicologia (UFSC). Psicóloga (UFSC).
CV: <http://lattes.cnpq.br/6389120640892981>

CONTEXTO BRASILEIRO DA PSICOLOGIA CLÍNICA

No Brasil, durante o século XX, os anos 60 e 70 foram frutíferos para relativizar as concepções sobre “ajustamentos” e “diagnósticos” que muitas vezes apareciam imbuídas nas primeiras práticas clínicas psicológicas do país. Essa relativização foi também fortalecida pela chegada ao Brasil das primeiras versões das clínicas psicológicas que se consolidaram no exterior durante o período do Pós-Segunda Guerra Mundial, tais como: psicoterapias breves de base analítica e outros desdobramentos da psicanálise, variações das psicologias comportamentais, psicologia familiar sistêmica, psicodrama e gestalt-terapia. Todas estas contribuições teóricas da Psicologia encerravam algo em comum: relativizavam a noção estruturalista da consciência, carregando uma visão que conciliava funcionalismo e aplicação do conhecimento psicológico. Além disso, é importante destacar que somente ao final dos anos 80 e início dos anos 90 tivemos as traduções de obras relevantes de Vigotski (1896-1934) e outros autores de língua russa no Brasil – que ainda assim muitas vezes eram traduzidos a partir de originais em língua inglesa. Somente nos anos 90 de fato, foi popularizada a compreensão das funções mentais superiores como resultantes de processos sócio-históricos, bem como o entendimento da “*consciência humana como um produto da história social*” (LURIA, 1990:p.19).

Oficialmente, a profissão regulamentada de Psicologia no Brasil demorou muitos anos a se instalar, principalmente se compararmos a outras partes do mundo. A primeira clínica de psicologia que se tem registro no mundo foi aberta em 1836 nos Estados Unidos, fruto de estudos e do trabalho acadêmico de Lihtner Witmer (1867-1956), que lecionava na Universidade da Pennsylvania.

criou a primeira revista especializada na área, *Psychological Clinic*, a qual editou por 29 anos. Ele foi mais um daqueles pioneiros da abordagem funcionalista da psicologia que acreditavam no uso da nova ciência para ajudar as pessoas

a resolver os problemas e não para estudar o conteúdo de suas mentes. (SCHULTZ & SCHULTZ, 2019: p. 186)

Há um atraso temporal em construir ciência psicológica aplicada no Brasil por razões da própria história política, cultural, econômica e social – que não vamos adentrar aqui. O fato é que somente no início da década de 60 começaram as negociações para a regulamentação da profissão. Além disso, ainda houve mais um lapso de tempo para a aprovação de um texto final, diante do impasse sobre a habilitação de Psicologia no Brasil: se permitiria ou não a atividade profissional de clínica.

A proposta original vinha sendo vetada desde 1962, sendo que um dos motivos era a inclusão da habilitação “clínica” ou “psicoterapia”, o que provocava a resistência de profissionais médicos no país. Na obra “História da Psicologia no Brasil” de Massimi, M. & Guedes, M.C. (2004), a autora colaboradora Antunes, M. aponta que o reconhecimento da profissão de Psicologia aconteceu precedido de *“uma dura e longa luta, principalmente diante da oposição de um grupo de médicos, cuja principal reivindicação era o veto ao exercício da psicoterapia por profissionais que não tivessem formação em Medicina”*. (ANTUNES, 2004, p. 137)

O texto final de regulamentação profissional da Psicologia somente foi aprovado na condição de que fosse vetado o termo *“função privativa”* da área da Psicologia em suas aplicações, bem como com a inclusão de itens como *“diagnóstico psicológico”* e *“solução de problemas de ajustamento”*. (BRASIL, 1964).

De alguma forma essa resistência de grupos de médicos no Brasil pode ser explicada pois, como salienta PESSOTTI: *“Os primeiros trabalhos brasileiros de interesse psicológico foram teses de conclusão de curso (doutoramento), nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro”* (PESSOTTI, 2004, p. 121). Além disso, a “psicologia médica” já era disciplina em algumas grades curriculares de Medicina, porém era permeada pela ideia de sofrimento físico, da relação médico-paciente, do exame médico, cujo aspectos emocionais estariam envolvidos. O foco era, de alguma maneira, restaurar a ordem na aparente desordem sistêmica do paciente.

Aquelas primeiras compreensões que chegavam à Medicina demonstravam um legítimo interesse em incluir as demandas de sofrimento emocional que apareciam recorrentemente em pacientes fisicamente enfermos, contudo, não correspondiam ao método clínico da Psicologia que temos hoje. Aquela área de conhecimento que se reconhecia como uma primeira aproximação com a psicologia clínica no Brasil, e que antecedeu o surgimento oficial da profissão de Psicologia, acontecia como conhecimento transversal também em diversas áreas disciplinares, não só na Medicina – e na maior parte das vezes era permeada por interpretações autodidatas. Naquelas primeiras décadas do século XX – ainda antes da regulamentação profissional - as práticas profissionais que incluíam conhecimentos psicológicos eram muito mais voltadas às áreas de educacional e organizacional, fossem por dificuldades de aprendizagem nas escolas ou adequação às condições de trabalho.

Importante destacar que essa herança – ou o modo como os fatos históricos aconteceram – influenciaram seus frutos posteriores. Em muitos casos, a Psicologia ainda vive timidamente seu lugar de exercício clínico, sobretudo porque tem incorporado de maneira ética e cuidadosa as recentes transformações da área. O desenvolvimento teórico propiciado por Franco Basaglia na luta por tratamentos democráticos (BASAGLIA, 2009), a incorporação de conceitos baseados em determinantes sociais da saúde mental (DIMENSTEIN, 2017), bem como a inclusão em várias pontas de serviços de atendimento psicológico nas políticas públicas, são de acontecimentos teóricos e práticos que aprimoraram os recursos clínicos dos últimos anos.

Neste ínterim, os cursos de Psicologia no Brasil têm passado por novas resoluções e DCN's (Diretrizes Curriculares Nacionais) principalmente após o advento do SUS (BRASIL, 1990). Uma das resultantes destes últimos anos foi a conquista de métodos clínicos em psicologia que asseguram a constituição social do sujeito em suas epistemologias.

HISTÓRIA DA PSICOLOGIA CLÍNICA

A área clínica se consolidou em boa parte alicerçada pela perspectiva funcionalista da psicologia aplicada que surgira no início do século XX em várias partes do mundo. O funcionalismo, que teve seu representante maior na figura do psicólogo norte-americano William James (1842-1910), tinha por base a ideia do pragmatismo – sob a égide da ciência aplicada. Estudos como hábitos, comportamentos e mensurações adotaram múltiplos significados que ressoaram nos estudos subsequentes. Ainda no tempo de seus antecessores europeus, o alemão Wilhelm Wundt (1832-1920), pesquisava-se os elementos da experiência consciente através do método da introspecção, modo pelo qual este chegou a desenvolver a “teoria tridimensional do sentimento”, onde considerava os estados do sentimento, com base em três dimensões: prazer/desprazer; tensão/relaxamento e excitação/depressão. Alguns críticos apontam que, apesar do mérito em ter inaugurado estudos sistemáticos através de psicologia experimental no Laboratório de Leipzig, seu trabalho era excessivamente descritivo e acadêmico, pouco apropriado para ser aplicado nas questões práticas do cotidiano.

Mas estes não eram os únicos estudos deste tipo na época. Naquele período, do final do século XIX ao início do século XX, a humanidade vivia seu espírito do tempo – *zeitgeist* – momento em que se disseminavam diferentes interesses sobre os fenômenos psicológicos. Surgiram naquele mesmo período muitos estudos e conclusões a respeito da aprendizagem humana. Em diferentes partes do mundo estudava-se memória, percepção, atenção e consciência. Alguns destes teóricos sobressaíram-se até os dias de hoje, tais como Franz Brentano (1838-1917; Alemanha) – que estudou “atos mentais” e considerava que a atividade mental em si mesma seria o objeto de estudo da psicologia e não o conteúdo mental ou elementos da consciência como tinha o grupo da psicologia experimental de Leipzig. Ou seja, Brentano substituiu o objeto da psicologia do estudo da estrutura da consciência (elementos da experiência consciente) pela experiência como uma atividade. “ao

olhar para uma flor vermelha (...) a cor consiste em uma qualidade física, mas o ato de ver a cor é uma qualidade ou atividade mental” (SCHULTZ, 2019: p. 86); de modo que a primazia estava em perceber e seus aspectos sensoriais.

Influenciado por Brentano, Carl Stumpf (1848-1936, Alemanha) discordou também de Wundt e criou um método introspectivo com o intuito de examinar a experiência de maneira imparcial, tal como ela ocorreria na realidade – não em laboratório – mas na vida real - método que ficou conhecido como “*introspecção fenomenológica*”. Posteriormente, um aluno de Stumpf tornar-se-ia muito famoso, pois a partir destas primeiras ideias desenvolveu todo o arcabouço da fenomenologia como escola de pensamento. Este aluno foi Edmund Husserl (1889-1938), que deixou grande herança intelectual que influenciou fortemente algumas abordagens clínicas da psicologia posteriormente, principalmente a Gestalt-terapia.

De maneira paralela às pesquisas que se desenvolviam no campo acadêmico da Psicologia (estudos da consciência, percepção, memória, etc.), surgiram diferentes contribuições teóricas que até hoje são utilizadas nas clínicas contemporâneas – todas fundadas por médicos. Interessante que, mesmo advindos das áreas médicas, estes autores parecem ter se desviado dos recursos científicos da Medicina e realizados incursões com preocupações psicológicas ou filosóficas. Podemos citar algumas destas importantes contribuições iniciadas por médicos que estão presentes nas clínicas psicológicas contemporâneas: Psicanálise, Gestalt-terapia, Psicodrama, Análise Bioenergética, Análise Reichiana e Análise Junguiana.

Ainda no contexto das décadas de 70, 80 e anos 90, o Brasil acolheu fortemente os desdobramentos da reforma psiquiátrica italiana, que repercutia no mundo todo. Às denúncias dos modelos manicomial como violadores dos direitos humanos somou-se às discussões contra o uso de diagnósticos para os atendimentos clínicos em psicologia. De modo geral, para todas as profissões da saúde, o modelo antimanicomial gerou profundas modificações, pois afetaram fortemente as políticas públicas de saúde mental e indicaram os caminhos para a atenção psicossocial.

A CLÍNICA PSICOLÓGICA

A clínica psicológica é um tipo de intervenção baseada na relação ou encontro entre o profissional da Psicologia consultado e a outra pessoa/grupo que consulta, visando apoiar sua organização cognitiva, emocional, existencial, relacional e de linguagem sobre os acontecimentos da vida.

Esta definição inclui muitos aspectos que precisam ser minuciosamente ponderados, mas de maneira resumida, é importante destacar a compreensão dialética de sujeito – o que inclui contradições e não linearidades. A constituição dialética de sujeito nos permite observar o fenômeno da produção de sintomas imediatamente a partir da particularidade, ou seja, na experiência da vida cotidiana, mas em tensionamentos com a universalidade e singularidade.

Na perspectiva de superar a compreensão meramente dicotômica da díade saúde/doença – tão mencionada nas políticas de saúde - entendemos a compreensão da formação do sintoma no âmbito da totalidade do sujeito, segundo um olhar que não irá distinguir aspectos físicos ou mentais, e, por conseguinte, sintomas físicos ou mentais. Assim, quando pensamos em sintomas, estamos nos referindo a qualquer sintoma: dor lombar, enxaqueca, arritmia cardíaca, tristeza profunda, depressão, ansiedade, prisão de ventre, fobias, crises renais, etc. Sobretudo, entendemos o sintoma no campo do simbolismo da linguagem como forma de comunicação do sujeito em seu mundo. (ZURBA, 2011, p. 7)

A própria constituição do método clínico está relacionada ao campo dos signos e sintomas, pois é a intervenção da consciência sobre os acontecimentos da vida que transformam o “sintoma” em “signo”. (FOUCAULT, 1998). O que torna a clínica psicológica muito diferente da clínica médica, é que na clínica psicológica os significantes (signo e sintoma) não apresentam substrato fisiológico correspondente. Ou seja, não necessariamente temos sintomas visíveis/físicos no sofrimento psíquico, embora ocasionalmente possamos reconhecer correlações –

tais como em doenças tipicamente conhecidas como autoimunes ou popularmente denominadas como “de fundo emocional”.

As diferentes contribuições teóricas de clínica oferecem recursos para que o terapeuta exerça sua função de facilitar a organização cognitiva, emocional, existencial, relacional e de linguagem sobre os acontecimentos da vida. A existência do paciente, narrada *com* e *para* o terapeuta, através de diferentes recursos relacionais, desperta novos significados na relação terapêutica. Neste sentido, dependendo da contribuição teórica utilizada, essas estratégias podem variar. Porém, muitas características têm aspectos comuns, que podem ser considerados como *método clínico* indispensável a qualquer abordagem.

Podemos apontar - pelo menos - as seguintes características do método clínico:

- Grau de profundidade

Precisamos considerar que a atenção clínica pode ser de grau primário, média complexidade ou de alta complexidade – como em todo contexto da saúde. Então, a primeira coisa que o terapeuta precisa considerar é se está fazendo um acolhimento de sessão única, uma emergência em situação de desastres, se haverá novos encontros, se será possível aprofundar temas, se a sessão em si precisa iniciar e concluir todos assuntos críticos, etc. Depende do ponto de atenção em que o atendimento psicológico acontece para que o terapeuta possa lançar mão de recursos mais aprofundados ou não. A psicologia clínica não é sinônimo de psicoterapia. Esta é apenas um modelo de atenção – neste caso de média complexidade.

- Tempo de duração e frequência

Ao iniciar o trabalho de interação ou atendimento é importante organizar um acordo sobre quanto tempo existe para aquele encontro – pelo menos o tempo máximo. Embora do ponto de vista de determi-

nadas teorias o tempo “lógico” seja diferente do tempo “cronológico”, no campo da prestação de serviços psicológicos o *tempo* é o elemento organizador dos acordos, salários e remunerações, fato este que precisa ser considerado. O tempo, quando previamente acordado, estimula que a pessoa organize sua narrativa de acordo com seus interesses mais relevantes ou usufrua do silêncio a seu contento. Além do tempo da sessão em si, é importante acordar se haverá outro encontro posterior. Se sim, qual será a frequência: se semanal, quinzenal, mensal, etc. Além disso, é recomendável que a sessão tenha um horário fixado na agenda de ambas as partes sem excessivas trocas por motivos irrelevantes, de modo que o conteúdo clínico a ser trazido também pode ser tacitamente (des)organizado de acordo o intervalo entre uma sessão e outra.

- Sigilo e código de ética

O sigilo é uma condição para o trabalho clínico em Psicologia, inclusive é uma premissa explícita no Código de Ética Profissional. É importante que este acordo esteja claro entre as partes. Mesmo quando as atividades clínicas ocorrerem de forma online, é necessário esclarecer que não podem ser gravadas, nem haver a presença de outra pessoa na sala de atendimento (quando o atendimento for individual).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do sofrimento humano, quais as diferenças entre o que a psicologia clínica propõe e o que uma pessoa qualquer – bem intencionada – pode oferecer no campo do cuidado?

A resposta é simples: um método.

O que diferencia um momento de alívio emocional que acontece de maneira ocasional, como caminhar num jardim, passear num encontro festivo com amigos ou mesmo relaxar escutando música, e o acontecimento no âmbito da intervenção em psicologia clínica, é que esta última se dispõe a um método com intencionalidade, propositivo.

Neste sentido, o espaço que as atividades psicológicas vêm ocupando no campo da atenção psicossocial tem muito a dizer sobre as novas modalidades de atenção, contribuindo de maneira significativa para aprimorar o trabalho de atenção em saúde mental e os lugares de contribuição da psicologia clínica para os próximos anos.

Pois sabemos como uma história começa, mas nunca sabemos como ela termina.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, M.A.M. A Psicologia no Brasil do século XX, cap.VI, p. 109-152, em: MASSIMI, M. & GUEDES, M.C. (org.) História da Psicologia no Brasil: novos estudos. São Paulo: EDUC/Cortez Editora, 2004.

BASAGLIA, F. A instituição negada. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 2009.

BRASIL, Regulamentação da Profissão de Psicologia. Lei de 21 de janeiro de 1964. Acessível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/d53464.htm#:~:text=D53464&text=DECRETO%20No%2053.464%2C%20DE,s%C3%B4bre%20a%20profiss%C3%A3o%20de%20psic%C3%B3logo.

BRASIL. Regulamentação do SUS – Serviço Único de Saúde. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Acessível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=L8080&text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias.

DIMENSTEIN, M.; SIQUEIRA, K.; MACEDO, J.P.; LEITE, J. & DANTAS, C. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. *Arg. Bras. Psicol.* vol. 69, n. 2, Rio de Janeiro, 2017.

MASSIMI, M. & GUEDES, M.C. História da Psicologia no Brasil: novos estudos. São Paulo: EDUC/Cortez Editora, 2004.

LURIA, A.R. Desenvolvimento Cognitivo. SP, Ed. Ícone, 1990.

MACEDO, R. M. S. Psicologia, instituição e comunidade: problemas de atuação do psicólogo clínico. In: MACEDO, R. M. S. (org.). Psicologia e Instituição. Novas formas de atendimento. São Paulo: Cortez, 1984.

PESSOTTI, I. Dados para uma história da Psicologia no Brasil. Cap.5, p. 121-137, em: ANTUNES, M.A.M. (org.) História da Psicologia no Brasil: primeiros ensaios. RJ, Ed.UERJ, 2004.

SCHULTZ, D. & SCHULTZ, S.E. História da Psicologia Moderna. (tradução da 11ª. edição norte-americana/ trad. Priscilla Rodrigues Lopes). 4ª.ed. São Paulo, Cengage, 2019.

WHITAKER, R. Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. / Robert Whitaker; tradução de Vera Ribeiro. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

VIGOTSKI, L.S. A Formação Social da Mente. SP, Ed. Martins Fontes, 2019.

ZURBA, M.C. Contribuições da Psicologia Social para o Psicólogo na Saúde Coletiva. Em: Psicologia & Sociedade; 23(n.spe), 5-11, 2011.

ZURBA, M.C. & AMARANTE, P.D. *Aportaciones fenomenológicas a la epistemología de la atención antimanicomial*. En: Revista Salud Mental y Comunidad, N.16, Buenos Aires, UNILA, 2024.