

Psicologia clínica no Brasil*

ELISA DIAS VELLOSO**

1. As raízes; 2. As lutas; 3. Psicologia clínica institucional; 4. O psicólogo clínico autônomo; 5. Psicoterapia; 6. Orientação de pais; 7. Supervisão; 8. O progresso profissional do psicólogo clínico; 9. As influências

Este trabalho é uma tentativa de descrição sucinta do desenvolvimento da psicologia clínica no Brasil, com ênfase em sua evolução no Rio de Janeiro.

A contribuição de médicos e educadores é considerada como ponto de partida, na fase inicial do trabalho clínico; mas o "modelo médico" trouxe conflitos profissionais que dificultaram, por longo tempo, o reconhecimento da profissão de psicólogo.

As instituições — tais como clínicas de orientação e clínicas psiquiátricas — deram oportunidade para o treinamento e são ainda consideradas um campo da maior importância para a formação de estudantes e jovens psicólogos. A falta de recursos financeiros e as exigências administrativas institucional em proporção ao enorme crescimento do número de psicólogos clínicos. A clínica particular tornou-se um campo preferencial e a maior parte dos principiantes recorre à supervisão, também particular, em seguida à formação universitária.

A variedade de técnicas utilizadas pelos psicólogos — principalmente em psicoterapia — nas diferentes regiões do País pode ser devida à influência dos profissionais encarregados do treinamento e da supervisão, que adotam fundamentos teóricos diversos, nas universidades localizadas nas várias regiões.

O treinamento de psicólogos brasileiros no exterior bem como a imigração de profissionais estrangeiros de destaque para o Brasil vão dando uma contribuição ao desenvolvimento da psicologia clínica neste País, por mais de meio século. A imigração mais recente, de grande número de profissionais sul-americanos é considerada, sob alguns aspectos, como positiva; mas a competição deles não é sempre bem aceita, num campo de trabalho já saturado.

Por mais férteis que nos tenham sido as oportunidades de visão ampla da psicologia clínica do País — proporcionadas pela chefia de um Serviço Clínico Federal e pela participação no Conselho Federal de Psicologia — o que dissermos sobre o assunto estará contaminado de vivências pessoais do exercício da profissão num ambiente que tem características próprias: o Rio de Janeiro.

Essa vivência foi sempre voltada para o campo específico do trabalho com a criança e o adolescente, o que não constitui propriamente um desvio, na história da especialidade; Garfield (1957, p. 3) citando Pintner dizia que, embora iniciada na última década do século XIX, a psicologia clínica teve seu primeiro impulso a partir da utilização da Escala de Binet, que, visando a medida do desenvolvimento mental da criança, "constituiu um grande estímulo para

* Conferência pronunciada no II Seminário sobre História das Várias Áreas da Psicologia, promovido pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, setembro/1979. (Artigo apresentado à redação em 6.1.81.)

** (Endereço da autora: Rua Raul Pompéia, 132/604 — 22080 — Copacabana — Rio de Janeiro RJ.).

esse tipo de trabalho". Mais de 30 anos deveriam ainda decorrer até que — com as graves dificuldades emocionais decorrentes da II Guerra, nos EUA — a psicologia clínica viesse a assumir seu modelo atual (Mensh, 1966). Àquela altura, 1.500 psicólogos foram solicitados a participar desse esforço de guerra.

1. As raízes

Da medicina, a psicologia clínica herdou sua própria denominação, cuja legitimidade deu origem a muitas discussões, já que o psicólogo não examina pessoas no leito (*klinos*).

Lourenço Filho, referindo-se ao desenvolvimento da psicologia no Brasil, assinala que possivelmente . . . “os primeiros ensaios de testes parecem ter sido realizados pelo pediatra Fernandes Figueira, por volta de 1918” (Lourenço Filho, 1971).

Médicos foram Alfred Binet, Hermann Rorschach, Freud, Claparède, como também Ulysses Pernambucano e Arthur Ramos, que publicou o primeiro livro sobre *A criança problema*, em 1929.

Médico é Durval Marcondes, pioneiro ainda hoje produzindo.*

Na contribuição deles e de muitos outros, a psicologia clínica buscou uma de suas raízes, utilizando em novo campo de atividade algo que se iniciara em outro, de tradição milenar.

Constituem fontes de consulta extremamente úteis ao psicólogo, no trabalho com o psicodiagnóstico de Rorschach, as teses e publicações de médicos ilustres como Leme Lopes (1943), Alcyon Bahia (1949), Anibal Silveira (1964), Luis Cerqueira (1946) e outros.

Em cursos, conferências, supervisões sistemáticas e seminários, dedicaram-se com empenho à formação de psicólogos os Drs. Mira y López, André Ombredanne, Décio de Souza e Manoel Lyra. Todos eles, médicos, psiquiatras e psicanalistas de projeção internacional proporcionaram o desenvolvimento da psicologia clínica sem qualquer preconceito ou discriminação.

O modelo médico não foi, portanto, uma opção para o psicólogo clínico brasileiro. Foi antes uma herança, um processo de identificação.

Kovacs (1975) refere-se ao modelo *doença* atribuindo-lhe as vicissitudes por que passaram inicialmente os psicólogos americanos, caracterizados, então, como “cidadãos de segunda classe”, vendo a psicoterapia por eles realizada como “filha ilegítima da medicina”. A esse modelo, se opõe aparentemente o modelo *crescimento* que, de acordo com a definição de Frederick Allen (1942), caracteriza todo e qualquer tipo de psicoterapia. O contraste se torna apenas aparente, se considerarmos que na doença mental existe uma regressão, ou uma parada de desenvolvimento em algumas áreas da personalidade, e que a idéia de *cura* passou a ser uma concepção teórica.

Assim, além de atual, o modelo proposto por Allen é sem dúvida mais adequado ao trabalho do psicólogo, e ao de todos os profissionais do campo da saúde mental.

A participação de uma de suas colaboradoras — Dra. Reba Campbell — durante oito anos, em supervisões e seminários no Centro de Orientação Juvenil, no Rio de Janeiro, trouxe benefícios de ordem técnica e de integração da equipe, na ajuda que prestou aos médicos, como ela, aos psicólogos e às assistentes sociais.

Helena Antipoff, educadora, ex-assistente de Claparède e este, de Alfred Binet, trouxe para o Brasil há exatamente 50 anos, a tradição científica e a visão clínica de ambos.

O privilégio de ter aprendido com ela, em cada minuto de longos anos de convivência, nos permitiu testemunhar o empenho com que transmitia essa posição clínica contrastante, na

* N. do A. A autora desconhecia o falecimento do Dr. Durval Marcondes quando redigia o artigo.

época, com uma preocupação predominante de medida, de psicometria.

Dedicada, com todas as suas forças, ao excepcional — e em seus últimos anos aos que o são por bem dotados — sua visão de qualquer ser ou grupo humano era rica, dinâmica e profunda. Exigia dos alunos o máximo de atenção às atitudes, às condições emocionais, bem como o exame atento de condições familiares, sociais e culturais. Insistia ainda na importância da saúde física, buscando sempre a colaboração dos médicos e a contribuição deles na investigação científica.

O relevo que atribuímos à sua figura tem sem dúvida um cunho pessoal e afetivo, mas justo, pelo que implantou, a partir de Minas, nas mais diversas regiões do País, de onde lhe vinham não somente discípulos, mas ainda pedidos de colaboração nunca negada.

Criou assim uma das mais sólidas raízes da psicologia clínica no Brasil, a partir da educação.

Entre outras muitas que seria impossível mencionar, destaca-se a força de Noemy Silveira Rudolfer que se distinguiu na psicologia, no campo da educação, para dedicar-se depois, com o mesmo brilho, à psicanálise.

O primeiro campo de experiência de muitos que se dedicaram posteriormente à psicologia clínica foi o dos serviços primordialmente voltados para o escolar, como o Instituto de Pesquisas Educacionais, no Rio de Janeiro, e o de Higiene Mental Escolar, de São Paulo. Dentre os antigos colaboradores deste último, merece relevo especial Virgínia Bicudo, que constituiu um dos baluartes do primeiro Conselho Federal de Psicologia, como vice-presidente.

O processo de elaboração da síntese dessas raízes não tem sido fácil.

Tal como os psicólogos clínicos americanos, no esforço que desenvolveram diante das tensões provocadas pelos efeitos da segunda guerra, os brasileiros “aprenderam fazendo, criaram o que precisavam e, num sentido muito real, fundaram uma profissão” (Kovacs 1975).

Em alguns deles ainda se percebe uma identidade profissional, às vezes, confusa, que deixa entrever, no psicólogo, aquele que se sente médico ou gostaria de sê-lo, permanecendo frustrado, desligado dos problemas da psicologia. Já outros são eminentemente pedagógicos, mesmo trabalhando em clínica. Nos que se dedicam à criança, está presente o educador, preferindo o material humano mais plástico e menos reprimido que só se encontra na infância.

2. As lutas

Em função de suas origens no modelo médico, a psicologia clínica brasileira também enfrentou grandes vicissitudes.

Provavelmente, foi a clínica a grande responsável pelos entraves ao reconhecimento legal da profissão de psicólogo. Os esforços iniciais, nesse sentido, das associações culturais de psicologia — sobretudo as do Rio e de São Paulo — foram obstaculizados durante mais de dez anos. Os anteprojetos de lei, nos quais se empenharam pessoalmente Mira y López e Lourenço Filho nem chegavam ao Congresso, eram “vetados” antes. A esses anteprojetos se impunham restrições, tornando-se condição essencial para sua aprovação a limitação da atividade do psicólogo à psicometria e a uma posição subalterna. As atividades clínicas eram sumariamente condenadas.

Francamente hostilizados eram os cursos que — admitindo alunos sem formação médica — incluíssem o estudo, ainda que superficial, de técnicas psicoterápicas.

Nesse clima, a Lei n.º 4.119 marcou sem dúvida uma vitória.

O crescimento gigantesco da psicologia tornou essa Lei, sob muitos aspectos, ultrapassada. Em 1962, criou-se uma atmosfera de segurança, de redenção.

Mas o art. 13, que definia as atribuições do psicólogo, continha em seu item *d* — “solução de problemas de ajustamento” — mais um foco de conflito, visando especialmente a psicologia clínica.

Durante os anos que se seguiram, não foram poucos os protestos, as discussões, as tentativas de mutilação da Lei n.º 4.119.

Documentos contidos em processos, artigos na imprensa, tudo isso foi desarquivado no MEC quando se iniciou o estudo do anteprojeto de lei que criou os Conselhos de Psicologia.

Ao psicólogo, naqueles textos, atribuíam-se todas as características pejorativas. Como profissional, exigia-se que apenas “executasse ordens”.

Surgiram pareceres que propunham a eliminação do artigo 13, com base até mesmo em artigo de jornal.

O exame minucioso desse material indicava que não ocorria apenas uma disputa por mercado de trabalho. Havia algo mais, já que nem todos os autores desses pareceres poderiam ver nos psicólogos e na atividade por eles realizada qualquer vestígio de competição.

Destruir essa argumentação não foi difícil, e sim exaustivo, porque era por demais extensa, de origens as mais diversas. Por fim, foi novamente o processo arquivado e declarado pronto o anteprojeto de Lei dos Conselhos.

Anos teriam de decorrer até que ele fosse transformado na Lei n.º 5.766 de 20 de dezembro de 1971, e mais tempo ainda para que fossem instalados os Conselhos.

Enquanto isso, prosseguiram os ataques, cíclicos, inesperados, sob forma de boatos e de atuações, sempre dirigidos à psicologia clínica.

Ocorria até mesmo a invasão de consultório de psicólogos, durante sessão com cliente, a pretexto de “fiscalização” por profissional estranho à psicologia.

Em 1973, mais de dez anos após a sanção da Lei n.º 4.119, surgiu um documento do Ministério da Saúde em que os psicólogos eram acusados de exercer algo que se denominava “psiquiatria geral”. A acusação era baseada numa suposta “pesquisa”, cujo autor, data e local não eram mencionados. Os psicólogos clínicos eram declarados “profissional e legalmente inabilitados para o exercício da psicoterapia”.

Era evidente aí a disputa pelo mercado de trabalho na declaração contida no documento de que “práticas espúrias e duvidosas de pretensas subespecializações da Psiquiatria continuam em vigor e se apresentam como excelentes fontes de renda para seus autores” (*sic*). E, mais adiante, que “a ninguém ocorreria a idéia de contestar o direito que têm os psicólogos de exercer suas atividades no setor educacional e industrial”.

Ficava óbvio o ataque à psicologia clínica, mas quem assumiu a defesa dos psicólogos foi um especialista do mais alto nível em psicologia social: Aroldo Rodrigues, então presidente da Associação Brasileira de Psicologia Aplicada e chefe do Departamento de Psicologia da PUC do Rio de Janeiro.

Sua atuação corajosa e os documentos que dela resultaram, bem como aquele que deu origem ao episódio, se encontram publicados nos *Arquivos de Psicologia* [26(1): 99-124, jan./mar. 1974].

Consequência imediata dessa situação foi o maior vigor com que os psicólogos se empenharam junto ao então Ministro do Trabalho, Júlio Barata, em favor da instalação imediata dos Conselhos de Psicologia, já criados em lei havia dois anos, desde dezembro de 1971.

Sensibilizado, o Ministro procedeu à instalação do primeiro Conselho Federal, que por sua vez instalou os Regionais, afastando, oficialmente, da fiscalização do exercício da psicologia os elementos estranhos à profissão.

Embora visados especificamente, os psicólogos clínicos nunca estiveram sós nessa fase de luta. Tiveram o total apoio dos colegas de todas as outras especialidades, participando das iniciativas em defesa da psicologia. A ansiedade, o desgaste, era de todos, embora a clínica fosse a mais visada e a mais ameaçada.

Essa defesa de toda uma categoria profissional não significa que não existissem — naquela época, como agora — profissionais despreparados, inadequados, incapazes mesmo. Estes existiam e existirão sempre, na psicologia, como em toda e qualquer profissão.

Além dos que foram habilitados em função da Lei n.º 4.119 — que já vinham trabalhando em psicologia há mais de cinco anos — muitas turmas já se vinham graduando nas universidades. Entre uns e outros, como em todo grupo, encontravam-se os ótimos, os bons, os medíocres e os fracos. Esses mesmos níveis de capacidades se verificam também entre advogados, médicos, dentistas, educadores e quaisquer outros.

Preconceituosa era a discriminação de toda uma categoria profissional, em função de alguns de seus elementos, e injusto era negar-lhe autonomia, em função dos menos capazes.

Se tentarmos especular sobre os motivos dessa discriminação, podemos supor que — além da competição e talvez pesando mais do que ela — estaria o medo de algo que é novo e que, como a psicologia clínica dá margem a fantasias de poder mágico, de penetração nos pensamentos e desejos dos outros e de controle do comportamento alheio.

A luta contra essa discriminação e a favor da autonomia do psicólogo — que sem dúvida robusteceu a identidade profissional daqueles que dela participaram — parece ter sido, senão encerrada de todo, bastante atenuada com a instalação dos Conselhos, que constituem a própria representação legal dessa autonomia.

3. Psicologia clínica institucional

Na etapa que precedeu à Lei n.º 4.119, a psicologia clínica se foi desenvolvendo principalmente em instituições governamentais, universitárias, ou ligadas a sistemas escolares e a entidades particulares.

Seguindo-se ao desenvolvimento Seção de Higiene Mental Escolar em São Paulo, foram surgindo outras clínicas, como o Centro de Orientação Juvenil, então ligado ao Departamento Nacional da Criança e hoje filiado à Fundação Oswaldo Cruz (Instituto Fernandes Figueira); as de universidades como a da Sedes Sapientiae em São Paulo e a Clínica de Orientação da Infância, na Universidade Federal do Rio de Janeiro; e outras na Bahia, em Pernambuco e em outras regiões.

As características desses serviços eram trabalho em equipe e função de preparação de profissionais, constituindo, por isso mesmo, campo de experiência, proporcionando muitas delas, paralelamente, cursos e seminários, reuniões de estudo de casos, e todo um programa de *treinamento em serviço*. Esse treinamento formou os futuros supervisores dos estagiários que todas essas clínicas se propunham a receber, não somente no campo da psicologia, mas também da psiquiatria e do serviço social.

Aqueles mantidos pelo Governo Federal como o COJ tinham como objetivo prioritário, a formação de profissionais que vinham das diversas regiões do País (COJ — 1946 — 1956).

Os psicólogos dessas instituições empenhavam-se em discutir, transmitir e difundir sua experiência, publicando trabalhos, participando de Congressos e Jornadas, como as que então eram promovidas, anualmente, pelo Departamento Nacional da Criança.

Por exigência de lei, as universidades que mantêm cursos de psicologia devem ter serviços para o treinamento de seus alunos nas várias áreas da psicologia. Infelizmente, nem sempre essa obrigação vem sendo cumprida com o devido rigor ou no devido tempo, pelo menos em relação à clínica. Parece-nos que à multiplicação de cursos não corresponde, na mesma proporção, à multiplicação de serviços clínicos.

E mesmo quando a universidade mantém uma clínica para treinamento, o número de vagas para estágio de que dispõe não corresponde ao número de alunos interessados. Os psicólogos podem ter acesso nos hospitais, em atividades predominantemente de psicodiagnóstico. Alguns deles proporcionam estágio a estudantes de psicologia, de qualidade variável, e outros têm excelentes programas de pós-graduação, teórico e prático, tal como o do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Um levantamento realizado por um grupo de psicólogos desse Instituto, em 1978, constatou em 18 hospitais do Rio de Janeiro uma sensível diversificação na atividade do psicólogo.¹ As atividades mencionadas são:

- orientação de diabéticos e seus familiares;
- psicoprofilaxia cirúrgica;
- acompanhamento psicológico de crianças internadas;
- preparação para alta hospitalar;
- psicoterapia breve em ambulatório;
- formação e orientação (psicológica) do *staff*;
- consultoria médica sobre problemas psicológicos;
- terapia da família de pacientes psicóticos;
- atividades expressivas (música, psicodança, terapia ocupacional);
- grupo Balint.

Não parece haver um critério para escolha dessas atividades. Chegamos à impressão de que tal variedade de tarefas se deve ao fato de que o psicólogo faz qualquer coisa desde que consiga acesso à Instituição. Institutos de Aposentadoria e Caixas de Pensão têm alguns psicólogos, em número desproporcional aos demais profissionais da Saúde (médicos, enfermeiras) dentro de seus quadros, ou junto a eles credenciados, numa situação nem sempre bem definida.

Nos quadros do Serviço Público Federal a situação do psicólogo só foi reconhecida há alguns anos, e mal posicionada quanto a níveis salariais.

Até uma data relativamente recente, uma única profissional, em todo o Serviço Público Federal, tinha cargo de psicóloga: Júlia Chermont, do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Encontravam-se, dessa maneira, os quadros federais em grande atraso em relação a serviços estaduais: muitos deles já tinham psicólogos em seus quadros antes que a profissão fosse definida na Lei n.º 4.119.

Infelizmente, não parece haver progresso nos quadros estaduais. Em alguns deles têm sido mesmo *extintos* serviços clínicos de alta qualidade, que prestavam grandes serviços à comunidade e, o que é mais grave, destruídos os seus arquivos.

No Rio de Janeiro, um grande número de psicólogos da melhor categoria vem se exonerando dos quadros do Estado — onde até agora muitas delas tinham cargos de professora

¹ Título do trabalho (ainda não publicado, citado com permissão das autoras): Uma pequena amostra do que faz o psicólogo em instituições médicas. Autoras: Angela Barreto; Eliria Alves de Souza, Maria Olívia de Souza, Maria Cristina Teixeira Leite e Maria Regina Josué.

primária, trabalhando embora em psicologia. Mas não é essa a condição que determina o seu afastamento. Pedem demissão por não encontrarem condições mínimas para um trabalho digno e eficiente, submetidas inclusive à chefia de profissionais de formação menor que a do psicólogo.

Outras atividades ligadas a Instituições de Previdência ou Caixas de Pensões e outras no gênero deixam de interessar ao psicólogo clínico em função de exigências de caráter administrativo que atingem diretamente o desempenho profissional. Há situações em que a instituição se responsabiliza por um psicodiagnóstico, exigindo que seja realizado por exemplo em uma única sessão com o cliente; ou em que se determina uma psicoterapia realizada em número *X* de sessões — sem que essa determinação obedeça a qualquer critério de ordem científica ou profissional.

Mais grave ainda — se possível — é a exigência de declarações específicas quanto ao psicodiagnóstico ou à marcha do tratamento, para arquivos administrativos, manipulados por qualquer funcionário, o que iria constituir a mais grave infração da ética do psicólogo. Ainda que utilizando artifícios hábeis, recorrendo a uma terminologia a mais geral e indefinida para não comprometer o sigilo, o psicólogo se sente constrangido e, na maior parte dos casos, termina por não aceitar esse tipo de trabalho, preferindo a clínica particular elitista, sim, e incerta, mas livre de interferências estranhas à profissão.

Parece que os órgãos estatais e paraestatais ainda não assimilaram a qualidade da contribuição que o psicólogo clínico lhes pode dar.

Em consequência, alguns profissionais — estrangeiros e brasileiros — supõem que a psicologia clínica institucional é algo de novo, nunca antes existente no Brasil.

Ao contrário, a psicologia clínica entre nós nasceu e se desenvolveu inicialmente no campo institucional. Apenas não cresceu, não teve o reconhecimento que merece e os resultados da situação estão assinalados nos trabalhos de Arrigo Angelini (1975) e de Silvia Leser de Melo Pereira.

São resultados negativos, de ponto de vista de justiça social, demonstrando que a maior parte da população permanece extremamente carente de recursos de atendimento, mesmo nas áreas urbanas. A falta de serviços clínicos institucionais, gratuitos ou a preços reduzidos, traz consequências graves não somente para a população que não tem acesso ao atendimento que merece. Traz consequências para a própria formação do psicólogo.

Estamos de pleno acordo com Angelini, quando desaconselha o início de atividade profissional em consultório particular, para recém-formados em curso de graduação.

O respaldo de uma instituição, o convívio com profissionais da sua e de outras categorias profissionais constituem uma experiência que vai além da supervisão e traz segurança ao jovem profissional. Ainda que o salário seja reduzido, o que se recebe em vivência é remuneração muito mais valiosa.

A variedade de tipos de clientes e de situações, na massa que procura uma instituição, proporciona um enriquecimento e uma aprendizagem que robustecem a formação do psicólogo e lhe dão uma visão realista do ser humano, indispensável na profissão.

Outro reflexo grave da debilidade da psicologia clínica institucional atinge o campo da prevenção e da comunidade.

Na década de 60, já os programas americanos de saúde mental se voltavam para a prevenção, na certeza de que o não desenvolvimento nesse aspecto acarretaria uma situação calamitosa no futuro: não haveria profissionais suficientes para tratar os desajustados, se não houvesse um esforço decisivo para *evitar* o desajustamento. Trata-se de um conceito banal na saúde

pública: na falta de programas de vacinação, por exemplo, os médicos e os hospitais não teriam capacidade para atender o acúmulo de doentes.

O trabalho do psicólogo clínico, no campo preventivo, só pode ser realizado com eficiência junto a centros comunitários, maternidades, creches e outras instituições.

É extremamente útil o trabalho do psicólogo escolar, ainda como prevenção, bem como o das clínicas de orientação da infância. Mas há uma tarefa imprescindível a ser realizada muito antes e que, de acordo com Spitz e Bowlby, em seus estudos realizados há mais de vinte anos, só pode dar ajuda consistente, nos primeiros anos de vida.

Existem grupos independentes, sem qualquer retribuição e por iniciativa própria, realizando estudos sobre bebês, no Rio de Janeiro. E existem programas muito sérios, no mesmo sentido, em algumas universidades, entre elas a de Ribeirão Preto e a de Brasília.

Mas a intervenção preventiva, junto aos pais e às crianças, de forma ampla e sistemática, a cargo do psicólogo clínico está ainda praticamente por se fazer, no Brasil.

4. O psicólogo clínico autônomo.

Embora melhor remunerado em termos de salário-hora, o psicólogo clínico enfrenta, em seu consultório particular, uma série de limitações.

A primeira delas, em relação aos que trabalham em instituições, é a limitação de contatos com outros profissionais e colegas de profissão, um certo isolamento, sobretudo para aqueles que não desejam ou não precisam dividir seu consultório, em defesa da maior liberdade em seus horários.

Para contatos, cursos, seminários, biblioteca e outras facilidades, têm de contar com outras iniciativas, evitando o empobrecimento de um trabalho relacionado apenas com a clientela:

A pesquisa — já extremamente difícil, na área clínica, mesmo em instituição — para o psicólogo autônomo se torna uma oportunidade ainda mais distante, pela especificidade e exiguidade da amostra atendida e pela ausência de recursos com esse objetivo.

As tarefas que o psicólogo autônomo desempenha ficam limitadas, na maioria dos casos, a:

1. psicodiagnóstico e orientação;
2. psicoterapia, individual ou de grupo;
3. orientação de pais;
4. supervisão particular.

1. O psicodiagnóstico, sobretudo através dos testes psicológicos, vem perdendo prestígio, por razões a que atribuiríamos o caráter de hipóteses:

a) a idealização de que foi revestida a imagem dos testes, há algumas décadas, caiu por terra, Drenth caracteriza essa idealização e essa decadência: "... a psicologia e os psicólogos são parcialmente responsáveis pela situação: com seus testes, tiveram pretensões demasiadas (medidas perfeitamente exatas, predições indiscutíveis, diagnósticos diferenciais nitidamente estabelecidos;) ...

Nessa idealização, ficava omitido o conceito básico de que os testes são *amostras* de comportamento.

b) Depois de Lourenço Filho, que há meio século criou uma prova brasileira ainda em uso nas escolas, não foram muitos os que utilizaram sua criatividade, introduzindo novos processos de avaliação psicológica. Continua predominante o uso de testes importados, traduzidos, adaptados e raramente padronizados sobre amostras da população brasileira. Por isso mesmo, maior mérito têm os que vêm produzindo nessas áreas. Mas não se sabe se a produção exígua, tanto na criatividade como na padronização e adaptação de testes estrangeiros, será consequência ou será uma das causas do desinteresse pelos testes.

c) Uma falha clínica na aplicação de provas psicológicas — levando o psicólogo a usar sempre os mesmos testes, na mesma ordem, para todo e qualquer tipo de cliente — transforma o exame psicológico em tarefa extremamente monótona e pouco produtiva, porque não considera as características peculiares a cada caso e anula a capacidade de pensar do profissional, conduzindo fatalmente ao desinteresse.

d) O psicólogo autônomo, para dedicar-se predominantemente à avaliação e orientação, necessita de uma afluência constante de clientes que venham a preencher seus horários de trabalho. Isso porque essa avaliação será desempenhada em um período relativamente curto, dependendo da natureza do caso, da técnica e da experiência do psicólogo. Surge então um problema de mercado de trabalho que pode estar contribuindo para o fato de não serem muitos os que se dedicam a esse tipo de trabalho.

5. Psicoterapia

Ao contrário do de psicodiagnóstico, na maioria dos casos o cliente em psicoterapia ocupa o profissional por um prazo relativamente mais longo, dependendo da situação de quem recebe o tratamento e da técnica utilizada pelo profissional.

A preferência por uma outra técnica psicoterápica apresenta, no Brasil, certas características regionais, provavelmente explicáveis pela formação daqueles responsáveis pelo treinamento, ou por aspectos culturais que só a psicologia social poderia esclarecer.

Para exemplificar, verifica-se um interesse e um desenvolvimento muito sério das técnicas de modificação de comportamento em São Paulo, Ribeirão Preto e Brasília.

Em outras áreas do País, parece que se realiza um trabalho em moldes ecléticos, dependendo de influências variáveis.

No Rio de Janeiro, inicialmente, houve ênfase nas técnicas de Carl Rogers e Allen, tais como eram expostas nos trabalhos de seus Autores, na época. Atualmente, o uso dessas técnicas é freqüentemente solicitado pelo cliente leigo — desinformado — como uma forma de mascarar suas dificuldades ou as de seus familiares. Pedem uma “psicoterapia de apoio” — sem saber exatamente de que se trata, para significar que não estão suficientemente perturbados para necessitar de uma psicanálise. O “apoio”, no caso, não tem conotação técnica — nem poderia ter — e sim a idéia de que o cliente vai controlar o tratamento, determinando o número de sessões semanais e outros detalhes.

Entre os psicólogos do Rio, o interesse pela psicanálise passou a predominar francamente nos últimos 15 anos, assumindo atualmente proporções de um “modismo” que, eventualmente,

pode até prejudicar a seriedade indispensável ao trabalho psicoterápico de qualquer natureza; de um preconceito muito pouco científico contra qualquer outra técnica que não seja psicanalítica; e de partidarismo veemente entre as várias correntes — freudiana, kleiniana, culturalista, ou quaisquer outras.

Paralelamente, existe sem dúvida um trabalho muito sério de psicólogos, realizando psicoterapia em bases psicanalíticas, sem qualquer contaminação dessas atitudes de intelectualização e aviltamento profissional.

O excelente desempenho desses psicólogos deve ter contribuído, sem dúvida, para mudar radicalmente a posição das duas sociedades psicanalíticas do Rio de Janeiro filiadas à internacional de Londres, que, ao contrário de sua congênere de São Paulo e seu Departamento de Brasília, até agora só aceitavam médicos para formação. Tinham manifestado mesmo, num passado ainda recente, atitudes francamente hostis ao psicólogo. Em 1979, já ambas as Sociedades admitiram psicólogos como candidatos à formação, juntamente com os médicos.

Provavelmente em função de suas origens pedagógicas, a psicologia clínica, mesmo na área específica da psicoterapia, se voltava de início predominantemente para a criança e para o adolescente.

Outra evolução por que vem passando o trabalho nessa área da psicologia clínica no Rio é a emigração de grande número de profissionais para a psicoterapia de adultos.

Esther Bick (1962), há muitos anos, constatou movimento semelhante entre psicanalistas ingleses, apontando como as maiores dificuldades no tratamento de crianças o relacionamento com os pais e a mobilização de áreas infantis do terapeuta. Meltzer confirmou, em seus Seminários recentes no Rio de Janeiro (1979), essa tendência, manifestando profundo desgosto pela perda de enorme riqueza que o tratamento de crianças oferece, sobretudo para o treinamento. Há outros argumentos por parte dos psicólogos, em favor do trabalho com o adulto: a psicoterapia infantil traz um desgaste até mesmo físico, infinitamente maior. Além disso, atendendo também aos adultos, o psicólogo amplia sua faixa de clientela, facilitando sua sobrevivência profissional em termos de mercado e de competição, cada vez maior.

Outro aspecto de “modismo carioca” parece ter-se refletido sobre as técnicas de treinamento de sensibilidade. Extremamente em voga, há cerca de 10 anos, deram origem a trabalhos muito sérios, como os de Fela Moscovici (1970), publicados e apresentados em Congressos no exterior, com o melhor êxito. Chegou a ocorrer em certa época, idealização da técnica, como se pudesse trazer mais benefícios em curto prazo que uma psicanálise de longos anos. Ultimamente, o interesse pelo treinamento de sensibilidade parece ter decaído sensivelmente.

Além das técnicas tradicionais — psicanálise e modificação de comportamento, ambas exigindo longo e rigoroso preparo profissional — começam a ser praticadas, sem a necessária prudência, duas formas de aplicação da primeira: psicoterapia breve e psicoterapia de grupo. Ambas facilitam a fluência de clientela, pelo menor grau de compromisso em termos financeiros. No entanto, ambas essas aplicações, de acordo com os especialistas, exigem um grau de competência, de segurança, de experiência, ainda maior que a psicoterapia individual a longo prazo. O trabalho de Malan (1963), pioneiro em relação à psicoterapia breve, descreve o desempenho de profissionais que já dispunham de sólida formação e experiência no tratamento a longo prazo. Da mesma forma, os grupos exigem condições muito especiais do terapeuta, trabalhando em situação de complexidade ainda maior. O perigo que acima assinalamos está na utilização dessas técnicas pelos iniciantes, que ainda não dispõem de sólida experiência nos moldes clássicos da psicoterapia.

A análise transacional, atingindo rápida popularidade em todo o país, oferece um outro tipo de risco: o acesso a não profissionais da psicologia nos cursos *informativos* sobre o assunto

foi usado para o emprego da análise transacional por outros tipos de profissionais fora da psicologia.

O Conselho Federal de Psicologia ocupou-se exaustivamente, nos últimos dois anos, em preservar essa atividade para o psicólogo, protegido por suas Leis, como também em limitar aos inscritos nos Conselhos Regionais de Psicologia o uso de outras técnicas, caracterizadamente psicoterápicas, como a musicoterapia, a psicodança, o psicodrama, todas elas sujeitas à invasão de estranhos à psicologia.

A terapia de família — extremamente popular nos Estados Unidos, já na década de 60, nos moldes propostos por Virgínia Satyr — começa a ser exercida no Brasil, ainda predominantemente por médicos. Seu uso mais extenso trará, possivelmente, um outro conflito de área de exercício profissional já que, por tradição, o atendimento familiar se iniciou — como um dos aspectos externos ao paciente — no campo do serviço social.

6. Orientação de pais

Do trabalho em equipe, realizado nas clínicas de orientação, e da convicção de que as influências ambientais podem interferir no progresso de uma criança em psicoterapia, surgiu o trabalho paralelo a esse tratamento, realizado em entrevistas semanais com pais ou responsáveis. Na equipe de *child guidance*, esse trabalho cabia aos assistentes sociais psiquiátricos, adequadamente preparados para lidar com os aspectos externos à criança. O desenvolvimento nessa área, e nesse campo específico de serviço social, porém, não tem sido proporcional ao do número de psicólogos que se dedicam à psicoterapia infantil e de adolescentes. Este, cresceu em demasia, fazendo com que muitos deles não consigam ocupar suas horas disponíveis. A consequência foi a ocupação destas horas no atendimento de pais de clientes de colegas seus, e vice-versa.

Ocorreu, realmente, uma invasão dessa área, antes específica do assistente social, com algum ressentimento da parte destes, mas sem o conseqüente crescimento do seu interesse por essa tarefa, talvez por tratar-se de um trabalho auxiliar, que só dispõe de uma clientela indireta, necessariamente encaminhada pelo psicólogo, terapeuta da criança.

Isso não impediu que assistentes sociais, realmente habilitados e experientes aceitassem dar supervisão a psicólogos nessa tarefa de orientação de pais, que é muito diversa da psicoterapia e apresenta suas dificuldades específicas. Não pretende trabalhar os problemas pessoais dos pais, nem os desajustes do casal, e sim de levá-los a descobrir, com ajuda profissional, os recursos para melhorar seu relacionamento com o filho e com as mudanças conseqüentes do tratamento dele.

Alguns psicólogos consideram essa orientação como essencial, e não aceitam tratar da criança se os pais não estão dispostos a recebê-la. Outros, ao contrário, julgam que esse acompanhamento não é útil e pode prejudicar a psicoterapia da criança, já que as informações transmitidas por quem orienta os pais podem contaminar a compreensão do material trazido pela criança. Nestes casos, o próprio terapeuta prefere ter entrevistas periódicas com os pais, que não podem ser muito freqüentes sob pena de quebra de confiança do pequeno cliente em seu terapeuta.

Acreditamos que, em alguns casos, pode essa orientação ser indispensável, necessária; em outros, pode ser dispensável e em alguns, pode prejudicar. Na área clínica, não se podem fazer *a priori* proposições de caráter geral. Tudo depende da natureza dos problemas que se apresentam ao psicólogo, que tem a responsabilidade de decidir quanto aos melhores meios de ajudar na sua solução.

O perigo no trabalho de orientação de pais está na tentativa de transformá-lo numa psicoterapia, sem que tenha sido lealmente prevista, proposta, e sem que o profissional esteja tecnicamente preparado para realizá-la. Muitas vezes essa tentativa parte dos pais, ou de um deles, mas cabe ao profissional a responsabilidade, ao envolver-se nela.

7. Supervisão

A supervisão proporcionada pelo profissional autônomo é uma atividade restrita àqueles psicólogos de mais experiência, já que o essencial a transmitir é a vivência profissional de quem enfrentou uma ampla variedade de situações clínicas.

Estudos de alto nível, preparo intelectual sólido, competência técnica são condições importantes, mas não suficientes para dar supervisão. Há necessidade de vivência e de interesse em transmiti-la.

Tudo isso é válido para o supervisor em qualquer situação, mas para aquele que trabalha no âmbito extra-acadêmico, há outros aspectos a serem considerados.

Nestas condições, não existem critérios determinados, tais como os estabelecidos em universidades ou nos Institutos de formação de psicanalistas. O supervisor tem de elaborar seus próprios critérios, e até mesmo os níveis em que deseja supervisionar. Com a sobrecarga de alunos nas universidades, eventualmente estudantes de psicologia procuram psicólogos, especializados numa ou noutra área de psicologia clínica, solicitando supervisão, individual ou em grupo, para seus trabalhos práticos. Em geral desejam esclarecimentos sobre um assunto específico, ou o estudo de um material mais complexo para sua compreensão.

Na maioria dos casos, a supervisão é solicitada após o curso de graduação, quando o psicólogo não se sente seguro em seu trabalho autônomo e prefere, durante alguns anos, realizá-lo com supervisão, visando um desempenho mais correto e eficiente.

A supervisão em grupo, sem dúvida mais acessível em termos de custo, é utilizada com frequência pelos que se iniciam na profissão. A desvantagem de limitar o material apresentado ao supervisor é compensada pela oportunidade de tomar contato com o trabalho de outros colegas.

O Dr. Donald Meltzer — uma das figuras de maior relevo no tratamento psicanalítico de crianças — declarou em Seminário realizado com psicólogos no Rio de Janeiro (1979) que nunca deixa de trabalhar em supervisão de grupo com colegas do mesmo nível (o que denominou de supervisão inter pares), para troca de idéias e revisão de seu material clínico.

O relacionamento do supervisor com o supervisionado contém o risco, assinalado por Benjamim Pope, de se transformar numa “psicoterapia de má qualidade”. A responsabilidade, no caso, é do supervisor, a quem cabe alertar o colega menos experiente para a necessidade de um tratamento pessoal, se for o caso.

É extremamente louvável o empenho, a honestidade, com que os jovens psicólogos clínicos procuram supervisão particular, financiando-a, como podem, com seus próprios recursos.

Num certo aspecto, há um caráter melancólico, na grande procura de supervisão, após o curso de graduação: em muitos casos, essa procura corresponde à consciência de falhas nos estágios realizados durante o curso. Em outras áreas da psicologia, onde o trabalho não envolve tanto os julgamentos subjetivos do psicólogo, ou no trabalho institucional, onde há outros meios de verificar os acertos e erros, essa supervisão não se torna tão exigida, nem o era antes, quando no início dos cursos de psicologia, as turmas de graduação tinham número reduzido de

estudantes, cada um deles recebendo atenção individual para sua formação dentro da própria universidade.

É desnecessário dizer que os psicólogos que se dedicam à psicoterapia são os que mais necessitam e mais solicitam supervisão, exatamente pela natureza do trabalho que exercem.

A vantagem desse tipo de supervisão extra-acadêmica, independente de quaisquer critérios institucionais, reside na escolha livre que tem o psicólogo quanto ao seu supervisor: procura-o porque confia nele, sem qualquer imposição externa, e por isso se empenha em assimilar da melhor maneira a experiência que lhe é transmitida.

8. O progresso profissional do psicólogo clínico

Winnicott dedicou seu livro, *Playing and reality* (1971), aos seus clientes que lhe pagaram para lhe ensinar. Esse agradecimento é uma dívida de todos os que praticam a psicologia clínica, onde as situações nunca se repetem, onde se encontra um desafio no contato com cada cliente, e este constitui uma fonte permanente de aprendizagem.

Fleming e Benedeck, referindo-se ao efeito recíproco do processo de supervisão, assinalaram que “cada membro do sistema bilateral aprende e ensina”, de tal forma que o supervisor tem também um processo de crescimento através dos clientes de seus supervisionandos.

Não obstante essa fontes de progresso ao vivo, é indispensável a revisão, como a atualização sistemática, através de leituras e discussões. Para isso, os psicólogos clínicos se reúnem em grupos de estudo, de acordo com suas afinidades e interesses.

Além desses grupos informais, vêm surgindo no Rio de Janeiro associações especificamente destinadas ao estudo e à formação em psicologia clínica.

Algumas se caracterizam pela seriedade, por seus objetivos realmente culturais, embora eventualmente presas aos modelos das sociedades de psicanálise.

Talvez como resultante do aumento do número de psicólogos clínicos, vem crescendo também o número dessas entidades apresentando-se algumas, ainda na fase inicial, com iniciativas de vulto, antes de se credenciarem por uma produção confiável. Essas iniciativas atraem número considerável de estudantes, ávidos por maior abertura de horizontes, ao passo que os profissionais com alguns anos de experiência se mantêm a uma distância mais cautelosa.

Por isso mesmo, seria desejável que esses programas de aperfeiçoamento do psicólogo clínico se desenvolvessem no âmbito das universidades, em nível de especialização.

9. As influências

Em seu desenvolvimento, a psicologia clínica no Brasil vem sofrendo influências várias, que atingem, provavelmente, também as outras áreas da profissão.

Em função de suas origens e no decorrer de seu crescimento, a psicologia clínica vem sofrendo a penetração de várias correntes de pensamento que se superpõem, na dependência de intercâmbio cultural, de profissionais estrangeiros radicados no Brasil e de grande número de brasileiros que permanece, por maior ou menor tempo, num ou noutro país, num ou noutro continente.

A influência da Europa — ainda predominante, por exemplo, nas técnicas de base psicanalítica de Viena e de Londres, como também da França e da Suíça — soma-se à norte-americana,

nas técnicas de modificação de comportamento — isso no campo da psicoterapia. De uma e de outra origem vieram os testes psicológicos em sua maior parte.

Também dos EUA, principalmente, veio a ênfase nos programas preventivos e comunitários, ainda discutidos no Brasil mais teoricamente que postos em prática, por dificuldades inerentes ao nosso meio.

Do continente sul-americano — mais precisamente, da Argentina — viera, há mais de 20 anos, discretamente, através da formação de alguns analistas brasileiros, contribuição de alta qualidade, embora reduzida em quantidade. Veio também grande parte da literatura, através da tradução de textos americanos e europeus para uma língua mais acessível ao psicólogo brasileiro.

Nesta última década, por motivos de ordem política e econômica, o Brasil vem recebendo ponderável penetração de profissionais argentinos, com repercussões as mais diversas.

No início desta década, um pequeno grupo de professores, dentre os de maior relevo em Buenos Aires, veio mensalmente dar cursos e supervisões para profissionais da área clínica, no Rio de Janeiro, por iniciativa do Dr. Fabio Leite Lobo.

Posteriormente, muitos se radicaram no Brasil, alguns dando contribuição excepcional à psicologia clínica, destacando-se o Dr. Maurício Knobel.

Como seria de esperar, o crescimento do número desses profissionais entre nós, trabalhando nas várias áreas do país, trouxe uma diversificação em termos de qualidade, de nível de capacidade e até mesmo de tipos de personalidade e influência na psicologia clínica brasileira.

Sua presença pode ser sentida por alguns como favorável e estimulante, e sua contribuição, bem aceita, como pode ser por outros considerada como invasora, trazendo competição maior num mercado de trabalho já muito saturado. Para trabalhar legalmente, terão de revalidar seus diplomas e fazer inscrição nos Conselhos Regionais e muitos deles já se encontram empenhados nesse processo.

Mais recentemente, vêm surgindo em algumas áreas do país influências do pensamento oriental, através de congressos, conferências e seminários. Sua penetração é ainda imprecisa e localizada, não se podendo registrar consequências muito precisas.

Do que procuramos descrever sobre a psicologia clínica no Brasil, em sua evolução, conclui-se que todo um caldeamento de experiências e de influências continua em processo e muito falta para que a especialidade se defina com nitidez, até mesmo legalmente.

Como participante daquela primeira etapa em que “aprendemos fazendo, criamos o que precisávamos e, num sentido muito real, fundamos uma profissão” (Kovacs, 1975), tudo o que pudemos trazer hoje não passa de um simples “retrato-falado” da psicologia clínica brasileira. As novas gerações de psicólogos cabe a responsabilidade de robustecê-la.

Summary

This paper is a brief description of the development of Clinical Psychology in Brasil, with emphasis on its evolution in Rio de Janeiro.

The contribution of medical doctors and educators is considered as the initial step for the beginning of psychological work in the clinical field; but the medical model brought professional conflicts which hindered the legal recognition of Psychology as a profession, for quite a long time.

Institutions — such as child guidance and psychiatric clinics — gave opportunity for training and are still considered as a most important field for basic experience for students and

young psychologists. Shortage of financial resources and inadequate administrative conditions have brought serious damage to the growth of Institutional Psychology in proportion to the increasing number of clinical psychologists. Private practice became a preferential area and most beginners seek for extra-academic supervision following their University training.

The variety of techniques which have been used by clinical psychologists in different areas of the Country – mainly in Psychotherapy – is probably due to the different theoretical background of those in charge of training and supervision at the Universities located in those respective geographical areas.

Training programmes abroad for Brazilian psychologists, as well as the immigration of outstanding professionals to Brazil have been giving a contribution for the development of Clinical Psychology for over half a century. The intensive immigration of South American professionals in recent years is considered as a positive influence in some aspects; but their competition is not welcome in the overcrowded labour market.

Referências bibliográficas

Allen, F. *Psychotherapy with children*. Norton, 1942.

Angelini, A. L. Aspectos atuais da profissão de psicólogo no Brasil. *Bol. de Psic.*, São Paulo 36(69) jul./dez. 1975.

Bahia, A. B. *El Test de Rorschach del punto de vista psicanalítico*. Buenos Aires, Ateneo, 1949.

Barreto, Angela et alii. Uma pequena amostra do que faz o psicólogo em instituições médicas (trab. não publicado). Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, 1978.

Bick, E. Child analysis today. *Int. Jour. of Psychoan.*, v. 18, 1962.

Cerqueira, L. O Psicodiagnóstico de Rorschach. *Neurologia*, Recife, 9(4), 1946.

Centro de Orientação Juvenil, 1946-1956, D. N. Cr. Rio de Janeiro 1956.

Drenth, P. La contestation des tests. *Rev. Intern. de Psychologie Appliquée*, 24(1), 1975.

Fleming, J. & Benedeck, T. *Psychoanalytic supervision*. New York, Grune & Stratton, 1966.

Garfield, S. L. *Introductory clinical psychology*. Macmillan, 1957.

Kovacs, A. Perspectives on psychotherapy in the USA. *Interam. Jour. of Psych.*, 9(1-2), 1975.

Lei n.º 4.119, de 27 de agosto de 1962. *Psicologia – Legislação*. CFP, Série A, n. 1, Brasília, DF, 1976.

Lei n.º 5.766, de 20 de dezembro de 1971. *Psicologia – Legislação*. CFP, Série A, n. 1, Brasília, DF, 1976.

Leme Lopes, J. *Das interpretações claro-escuro no Psicodiagnóstico de Rorschach e os estados de ansiedade*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1943.

Lourenço Filho, M. B. A psicologia no Brasil. *Arq. Bras. de Psic. Aplic.*, 23(3), 1971.

Malan, D. H. *A study of brief psychotherapy*. Tavistock, 1963.

Mensh, I. *Clinical psychology*. Macmillan, 1966.

Moscovici, F. Treinamento de sensibilidade: Grupo T e os métodos de laboratório. *Arq. Bras. de Psic. Aplic.*, 23(3), 1970.

Noticiário – Atividades do psicólogo. *Arq. Bras. de Psic. Aplic.*, Rio de Janeiro 26(1): 99-124, jan./mar. 1974.

Pereira Silvia, M. L. Psicologia – características da profissão. *Boletim de Psicologia*, 36(69), São Paulo, jul./dez. 1975.

Pope, B. Supervisory functions and relations in internships. In: Finn, M. & Brown, F. *Training for Clinical Psychology*, New York, Int. Univ. Press. 1959.

Ramos, A. *A criança problema*. Nacional, 1929.

Silveira, A. *Prova de Rorschach: elaboração de psicograma*. São Paulo, 1964.

Van Kolck, O. L. O exercício da psicoterapia no Brasil. *Interam. Jour. of Psych.*, 9(2-3), 1975.

Velloso, E. D. Serviços de saúde mental nos EUA. *Arq. Bras. de Psic. Aplic.*, Rio de Janeiro, 2, 1967.

Winnicott, D. *Playing and reality*. Tavistock, 1971.

Spanish-Language Psychology

Revista de resumos (*abstracts*) e resenhas. Publicada sob os auspícios da International Society of Psychology (SIP) e da International Union of Psychological Science (IUPS).

Redator: Gerardo Marin

Center, University of California, Los Angeles — California 90024 —
USA.