

*Direitos Sociais têm incidência necessária sobre os processos
subjetivos e terapêuticos na clínica em Psicologia?*

O exercício de Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos
políticas públicas, saúde mental e atenção psicossocial

Daniel Dall'Igna Ecker

Tese de Doutorado apresentada como exigência parcial para
obtenção do grau de Doutor em Psicologia Social e Institucional
sob orientação da Prof^a. Dr^a. Analice de Lima Palombini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional
Grupo de Pesquisa – Travessias: Narrações da Diferença
Clínica, Pesquisa e Intervenção

Porto Alegre, fevereiro de 2020.

LISTA DE ABREVIATURAS

- AT** Acompanhamento Terapêutico
- ACS** Agente Comunitário de Saúde
- CAP** Centro de Avaliação Psicológica da UFRGS
- CAPS** Centro de Atenção Psicossocial
- CAPES** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CDESC** Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
- CEPAL** Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
- CF** Constituição Federal
- CFP** Conselho Federal de Psicologia
- CIPAS** Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Atenção à Saúde
- CLS** Conselho Local de Saúde
- CRAS** Centro de Referência em Assistência Social
- CREAS** Centro de Referência Especializado em Assistência Social
- CRPRS** Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul
- DS** Direitos Sociais
- EAPs** Estratégia de Atenção Psicossocial
- ESF** Estratégia Saúde da Família
- GAM** Guia de Gestão Autônoma da Medicação
- GeraPOA** Oficina de Geração de Renda
- NAR** Núcleo de Abrigos Residenciais
- MEC** Ministério da Educação
- ONU** Organização das Nações Unidas
- PIDESC** Pacto Internacional Sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
- PMPA** Prefeitura Municipal de Porto Alegre
- PNAS** Política Nacional de Assistência Social
- PNE** Plano Nacional de Educação
- PPs** Políticas públicas
- PROJOVEM** Programa Nacional de Inclusão de Jovens
- PTS** Projeto Terapêutico Singular
- PUCRS** Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
- PVC** Programa de Volta para Casa

RAS Rede de Atenção à Saúde
RPB Reforma Psiquiátrica Brasileira
RSB Reforma Sanitária Brasileira
SASE Secretaria de Articulação com os Sistemas de Ensino
SEBRAE Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SENAC Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SIGPEX Sistema Integrado de Gerenciamento de Projetos de Pesquisa e de Extensão
SMS Secretaria Municipal de Saúde
SRT Serviços Residenciais Terapêuticos
SUAS Sistema Único de Assistência Social
SUS Sistema Único de Saúde
UBS Unidade Básica de Saúde
UNICAMP Universidade Estadual de Campinas
UFF Universidade Federal Fluminense
UFRJ Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRGS Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSC Universidade Federal de Santa Catarina
VEPMA Vara de Execução de Penas e Medidas Alternativas

BANCA EXAMINADORA

Professora Dr^a. Analice de Lima Palombini (Presidenta – Orientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS/PPGPSI

Professora Dr^a. Ana Lúcia Mandelli de Marsillac
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC/PPGP

Professora Dr^a. Jussara Maria Rosa Mendes
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS/PPGPSI

Professora Dr^a. Vania Roseli Correa de Mello
Universidade Estadual do Rio Grande do Sul – UERGS

AGRADECIMENTOS



**CAPÍTULO II
DOS DIREITOS SOCIAIS**

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988.

RESUMO

A presente Tese de Doutorado fundamenta-se na pesquisa que teve como objetivo investigar *como o exercício de Direitos Sociais incide nos processos subjetivos e terapêuticos em curso, na clínica em Psicologia, articulada às políticas públicas brasileiras*. De abordagem qualitativa e de inspiração teórico-metodológica pós-estruturalista, recorreu à análise de 28 casos clínicos atendidos em dois Projetos de Extensão em Acompanhamento Terapêutico, de distintas universidades brasileiras, articulado a 346 registros de experiências relacionadas a atenção psicossocial – narrativas, imagens, documentos, Diário de Campo, relatos, dentre outros. Por eles, mapeou-se o modo como o discurso dos Direitos Sociais – educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados – emergiu nos materiais e forneceu elementos para pensar o modo como os sujeitos produzem e conduzem a si, na vida e nos processos terapêuticos, como seres subjetivos. A partir disso, os resultados e discussões foram organizados por cinco tópicos de discussão: 1) a complexidade dos Direitos Sociais na clínica em Psicologia; 2) a quase inexistência do discurso ‘Direitos Sociais’ no cotidiano; 3) os efeitos terapêuticos e subjetivos do exercício dos Direitos Sociais; 4) Direitos Sociais e Acompanhamento Terapêutico; e 5) Direitos Sociais nos processos terapêuticos de pessoas negras. Ao fim da Tese, uma síntese das discussões foi brevemente relacionada à pergunta de pesquisa que acompanhou o estudo: *Direitos Sociais têm incidência necessária sobre os processos subjetivos e terapêuticos na clínica em Psicologia?*

Palavras-chave: Direitos Sociais; clínica; Psicologia; saúde mental; atenção psicossocial; Acompanhamento Terapêutico.

ABSTRACT

This Doctoral Thesis is based on research that aimed to investigate how the exercise of Social Rights affects the ongoing subjective and therapeutic processes, in the Psychology clinic, linked to Brazilian public policies. With a qualitative approach and a post-structuralist theoretical-methodological inspiration, it resorted to the analysis of 28 clinical cases treated in two Extension Projects in Therapeutic Accompaniment, from different Brazilian universities, linked to 346 records of experiences related to psychosocial care - narratives, images, documents, field diary, reports, among others. For them, it was mapped how the discourse of Social Rights - education, health, food, work, housing, transportation, leisure, security, social security, maternity and childhood protection and assistance to the destitute - emerged in the materials and provided elements to think about how subjects produce and conduct themselves, in life and in therapeutic processes, as subjective beings. From this, the results and discussions were organized into five discussion topics: 1) the complexity of Social Rights in the clinic in Psychology; 2) the almost non-existence of the 'Social Rights' discourse in everyday life; 3) the therapeutic and subjective effects of the exercise of Social Rights; 4) Social Rights and Therapeutic Accompaniment; and 5) Social rights in the therapeutic processes of black people. At the end of the Thesis, a synthesis of the discussions was briefly related to the research question that accompanied the study: Do Social Rights have a necessary impact on the subjective and therapeutic processes in the clinic in Psychology?

Keywords: Social Rights; clinic; Psychology; mental health; psychosocial attention; Therapeutic Monitoring.

SUMÁRIO

PRÓLOGO

Inocência produzida por privilégios de ter pele branca no Brasil? _____ 11
desconhecer os Direitos Sociais, mas, exercitá-los diariamente

1. Introdução _____ 17

DELINEAMENTO DO PROBLEMA E DA PERGUNTA DE PESQUISA

2. Psicologia e Direitos Sociais como objeto de estudo _____ 20

a) Múltiplas concepções de saúde e de projeto terapêutico _____ 21

b) Múltiplas compreensões sobre políticas públicas e suas funções _____ 22

c) Discurso vago, confuso e homogêneo sobre os 'direitos' _____ 24

d) Políticas públicas, no Brasil, para pobres e vulneráveis? _____ 26

2.1 Problema de pesquisa: o exercício de Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos _____ 28

2.2 Pergunta de pesquisa: *Direitos Sociais têm incidência necessária sobre os processos subjetivos e terapêuticos na clínica em Psicologia?* _____ 30

REVISÃO TEÓRICA

3. Direitos Sociais e o contexto do Brasil _____ 31

3.1 Direitos Sociais, políticas públicas e políticas sociais _____ 38

3.2 Direitos Sociais, políticas públicas e Psicologia _____ 43

4. A noção de clínica em Psicologia no Brasil _____ 48

4.1 Clínica, clínico, terapêutico e terapêutica _____ 54

4.2 Clínica, saúde mental, saúde integral e atenção psicossocial _____ 59

4.3 A clínica do Acompanhamento Terapêutico, território e autonomia _____ 65

METODOLOGIA

5. Metodologia da pesquisa _____	71
5.1 Método de pesquisa _____	71
5.2 Contexto de pesquisa _____	72
5.3 Coleta dos dados _____	74
5.4 Organização dos dados _____	75
5.5 Análise dos dados _____	76
5.6 Aspectos éticos _____	77

RESULTADOS

6. Resultados e discussões _____	78
6.1 A complexidade dos Direitos Sociais na clínica em Psicologia _____ fatores materiais, singulares e multidimensionais	79
6.2 A quase inexistência do discurso ‘Direitos Sociais’ no cotidiano _____ incidência nas vidas, nas terapêuticas e através dos discursos institucionais	99
6.3 Efeitos terapêuticos e subjetivos do exercício dos Direitos Sociais _____ demandas clínicas, processos terapêuticos e o paradigma biomédico	113
6.4 O exercício de Direitos Sociais e o Acompanhamento Terapêutico _____ DS à saúde em ato, território existencial e a radicalidade do sujeito biopsicossocial	128
6.5 Direitos Sociais e os processos terapêuticos de pessoas negras _____ efeitos históricos do racismo, diagnóstico como racismo e especificidades clínicas	141

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. O exercício de Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos ____	151
7.1 Direitos Sociais têm incidência necessária sobre os processos subjetivos e terapêuticos na clínica em Psicologia? _____	154
8. Referências _____	159

PRÓLOGO

Inocência produzida por privilégios de ter pele branca no Brasil? desconhecer os Direitos Sociais, mas, exercitá-los diariamente¹.

No momento que dedico para escrever este memorial, desenvolvo uma breve reflexão sobre o processo que perpassa minhas experiências profissionais (**DS ao Trabalho**) e acadêmicas, enfatizando o período que vai desde o início da graduação em Psicologia (**DS à educação**), na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), até o segundo ano em curso do Mestrado na Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Tentarei, na escrita, trazer elementos sobre esse trajeto, compartilhando com vocês sobre como foi meu processo de aprendizagem e experiência. Ao contar essas memórias, darei ênfase à como se deu o atravessamento de temáticas, por exemplo, políticas públicas, território, cidade, direitos e produção de subjetividades, nesses anos de formação, já que são assuntos de meu interesse para a pesquisa de Doutorado.

A relação com as políticas públicas ou com o público alvo que geralmente essas políticas priorizam em intervenções, foi algo recorrente em minha formação, mas, não diretamente evidente, enquanto campo de atuação.

Durante a graduação, tive a oportunidade² de percorrer discussões, pesquisas, atividades de ensino e extensão, que me permitiram transitar por diferentes grupos e temáticas: desde egressos do sistema penitenciário, travestis, transexuais, alunos de escolas públicas, idosos, jovens de periferia, crianças em situação de rua, portadores de transtornos mentais, gestantes e crianças consideradas vulneráveis, adolescentes usuários de drogas sob medidas judiciais, até temas como cotas raciais, educação ambiental, violência de gênero, vulnerabilidade social, velhice, saúde mental e justiça.

Quando ingressei na graduação, em 2005/2, realizava um trabalho voluntário na Fundação de Apoio ao Egresso do Sistema Penitenciário (FAESP). Naquela época, eu havia entrado nessa instituição com o intuito de conseguir ajudar, de alguma forma, às pessoas que lá circulavam. Pelo que lembro, eu não tinha ideia de todos os mecanismos sociais que estavam por trás de um sistema prisional e da produção dos sujeitos presos; para mim, eles haviam simplesmente “errado nas escolhas de seus atos, frente às circunstâncias da vida e tinham pagado o preço por isso”.

Eu, “como até então havia feito as escolhas certas frente à vida”, estava lá para ajudá-los a se ressocializarem na sociedade.

Na graduação fui uma pessoa bem motivada a aderir ao projeto proposto pelo curso, principalmente depois do meu ingresso, em 2006, como bolsista no Programa de

¹ Fragmentos de texto formulado em 2015/02 para o Processo Seletivo do curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS, pela exigência de um “Memorial Descritivo do percurso profissional e acadêmico”. Se mantiveram fragmentos da escrita original, adicionando somente os parênteses, que identificam os Direitos Sociais em exercício e as notas de rodapé. Colocarei entre aspas algumas partes da escrita, pois, atualmente, essas formas de pensar soam como ideias tão distantes de mim que poderia considerá-las citações de pensamentos de que não fui o autor.

² Privilégio?

Educação Tutorial (PET). Nele, tive a oportunidade³, durante 4 anos, de participar de diversas atividades de ensino, pesquisa e extensão. No PET, era frequente a parceria com outros grupos de pesquisa e isso, de certa forma, abria diversas oportunidades para nós bolsistas. Ganhávamos⁴ o financiamento de inscrições, hospedagens e transporte para eventos e cursos, assim como diversos convites para atividades de ensino, pesquisa e extensão. Essa série de oportunidades⁵ foi essencial para minha formação já que me permitiram desenvolver aprendizagens e experiências que hoje compõem meu currículo profissional e acadêmico.

No grupo PET, fomos orientados pela Prof^a Helena Scarparo durante 2 anos, um ano pela Prof^a Maria Lúcia de Moraes e um ano pelo Prof^o Adolfo Pizzinatto. Apesar de os três professores trabalharem na área da Psicologia Social, o PET era um programa formulado para não possuir uma linha teórica delineada. Dessa forma, os professores até nos indicavam textos e incentivavam discussões específicas, mas, nossas atividades de pesquisa, ensino e extensão perpassavam a Psicologia de uma forma geral, indo desde Psicanálise, Psicologia Cognitiva e do Desenvolvimento, até Psicologia de Grupos, Social e Comunitária. Essa forma de ensino tutorial permitia que nós, bolsistas, tivéssemos experiências e contatos breves com diversas abordagens, e, também, a meu ver, nos mantinha relativamente superficiais nas diferentes discussões que envolviam cada campo teórico.

A transição por várias perspectivas epistemológico e metodológicas deixava de certo modo suspensa a preocupação ético-política que envolvia a produção de conhecimento em cada subárea de saber da Psicologia. Ética e política, como algo inerente da produção de conhecimento, não era uma discussão fomentada com muita frequência entre nós no PET.

É nesse sentido que retomo o que escrevi no início do memorial sobre minha relação com as políticas públicas. Desde o começo da graduação tive contato em atividades de ensino, pesquisa e extensão, com o público alvo que geralmente as políticas públicas priorizam em suas intervenções. Não me era evidente que, aquele campo no qual eu me inseria, se referia a políticas públicas ou a formas de gestão de vidas, através de práticas de governo, que se davam pelo financiamento de ONGs, instituições filantrópicas, terceirizadas ou estatais.

Eu acreditava que “os pobres⁶ e necessitados faziam parte de um campo da Psicologia Social ou, principalmente, Comunitária, pois moravam em comunidades”.

Não compunha o meu modo de ver o mundo e, conseqüentemente, de compreender as práticas psicológicas, a possibilidade de interpretar o lugar que ocupava um egresso do sistema penitenciário, uma travesti, uma transexual, um jovem de periferia ou uma criança em situação de rua – como se não fosse derivado de uma “escolha errada que eles tivessem feito na vida ou até reflexo de um mundo injusto”.

Mundo injusto aqui, muito mais em um sentido cristão de algo superior que está punindo, do que localizado política e historicamente sob determinado recorte

³ Privilégio?

⁴ Privilégios?

⁵ Privilégios?

⁶ Gênero masculino na escrita como se ele fosse universal.

geográfico, situacional, cultural e econômico, que produz condições desiguais de oportunidades⁷.

Lembro que na graduação, durante certo tempo, tive grande preocupação com o tema da educação ambiental, sobre o modo como as pessoas se relacionavam com o território, a cidade e a natureza sob um viés de saber que propunha práticas mais autossustentáveis para essa relação. Como decorrência, pude realizar um trabalho em aula sobre o tema durante um semestre e iniciar um projeto como bolsista pelo PET, em parceria com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre, via Secretaria Municipal do Meio Ambiente (SMAM), no qual adotamos uma praça pública para cuidar de sua arborização, assim como realizamos algumas oficinas de educação ambiental com crianças em escolas, através de uma ferramenta didática criada em conjunto com os outros PETs da PUCRS.

A proposta do projeto embasava-se na ideia de ampliar as práticas da Psicologia, para além de um foco no sujeito ou no grupo, pensando-os como elementos inseridos em um ecossistema, no qual nossas práticas poderiam auxiliar para seu cuidado. Na minha forma de interpretar o ecossistema naquela época, “o mundo era composto por pessoas semelhantes e, assim, bastava cuidar da natureza que tínhamos um espaço territorial agradável para todos, igualitário e homogêneo”.

Apesar de eu ter nascido e morado durante muitos anos em uma região hoje considerada como zona de periferia e de vulnerabilidade, continuei, durante muito tempo, acreditando que “só era pobre quem quisesse e quem não batalhasse na vida”.

Eu acreditava que o que diferenciava a mim (homem, branco, de descendência alemã e italiana) dos meus vizinhos (a grande maioria negros ou pardos), era apenas “as escolhas certas que cada um havia feito na vida”.

Quando entrei na graduação lembro que pensava, no meu imaginário mundo homogêneo, que as pessoas circulavam pela cidade, acessavam serviços, entravam e saíam de lugares públicos ou privados de forma muito semelhante ao que eu fazia. **Direitos Sociais?** Eu, inocente⁸, nem sabia o que era isso, muito menos sabia o que eram políticas públicas.

Eu, como sujeito da cidade, achava que todos habitavam de forma igual. Quando eu necessitava acessar a educação, trabalho, saúde, transporte, moradia, de forma geral, era pela via da realização de um pagamento em formato de dinheiro. Minha condição social, inicialmente mantida pelos meus pais, “batalhadores que tinham feito escolhas certas na vida”, por vezes me possibilitava pagar pelos serviços aos quais eu acessava. Compreendia não ser usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) (**DS à saúde**), não havia estudado em escola pública (**DS à educação**) nem me utilizava das políticas de assistência social (**DS à assistência**).

Minha condição financeira e subjetiva havia me permitido circular pela cidade, por diferentes territórios, entrar e sair de serviços, garantir certa liberdade de circulação (**DS ao transporte**). Eu pensava “que podia circular, me sentia pertencente ao território e à cidade”, e o dinheiro facilitava esse processo.

⁷ Privilégios?

⁸ “**i.no.cen.te** *adj.2g.* **1.** Quem não tem culpa. **2.** Cândido, ingênuo. **3.** Que não causa dano; inofensivo, inócuo. **4.** *Jur.* Que foi declarado isento de culpa perante lei. *S.2g.* **5.** Pessoa cuja inocência foi declarada oficialmente.

Na racionalidade de mundo, que me fazia pensar as existências divididas entre “batalhadores e não batalhadores”, foi-me ensinado que eu deveria ser um “batalhador”. Aos 15 anos estava em meu primeiro emprego (**DS ao trabalho**): passei como aprendiz pela Revista Programa Editora Intermédio; fui funcionário de uma loja da rede C&A; estagiário no Banco do Brasil; cursei um Técnico de Propaganda em uma escola da ULBRA - Colégio Cristo Redentor; e, nessa época, tive a oportunidade⁹ de trabalhar em algumas empresas na área da serigrafia durante uns 3 anos. Ao final do Curso Técnico, percebi que não era no setor da Publicidade que eu gostaria de trabalhar e comecei a estudar para o vestibular em Psicologia.

Nunca tive carro, sempre dependi do transporte público (**DS ao transporte**), ao longo dos anos (entre estágios e trabalhos extracurriculares) e fui adquirindo certa independência financeira, o que me permitiu comprar meus móveis e em seguida fui morar sozinho (**DS à moradia**). Mesmo vivendo mensalmente com o dinheiro extremamente contado, parecia que “o batalhador havia conquistado o necessário e deveria agradecer por ter saúde e disposição para continuar trabalhando”.

Durante o processo de formação em Psicologia, através das disciplinas, experiências de pesquisa, ensino e extensão, diversas reflexões foram sendo suscitadas sobre o meu modo homogêneo de ver o mundo, a mim e às pessoas.

O encontro com determinados sujeitos, frequentemente desestabilizava as verdades que eu tinha sobre as existências dualizadas entre os “batalhadores e não batalhadores”. Nem todos os sujeitos com quem eu me deparava, se preocupavam com as mesmas questões que envolviam ser um Psicólogo ou habitar um território como morador de uma cidade: interesses de ordem econômica, política, ideológica, moral ou religiosa, conduziam à produção de diferentes projetos profissionais, territórios, cidades e sujeitos. Nesses diferentes projetos que se transversalizavam, nem todas as pessoas eram bem-vindas, preenchiavam os pré-requisitos para habitar esses espaços ou ter acesso a eles, sendo ou não “batalhadores”.

Aquele Daniel a quem haviam ensinado para habitar o território e a cidade sendo um “batalhador para vencer na vida”, que lia todos os textos da aula “para ser um bom profissional” e estava sempre buscando experiências profissionais “para verem que eu era dedicado e por isso ganharia mais oportunidades” foi se dando conta que suas verdades não eram as únicas verdades no mundo.

Raquel¹⁰, por exemplo, colega de graduação, tinha a mesma idade que eu, mas nunca havia trabalhado na vida, ia para a faculdade com o carro que ganhou de seus pais, a gasolina e a manutenção do automóvel também eram pagas por eles, assim como sua carteira de motorista, alimentação, moradia, saúde, dentre outros direitos (**DS**). Ela morava em um bairro onde não circulavam pobres (como comentou um dia em aula), viajava para o exterior no mínimo duas vezes por ano, usava uma bolsa da marca Louis Vuitton que custava mais que o salário total que eu recebia o ano inteiro como bolsista do PET, sem contar que possuía umas quatro bolsas dessa marca e muitos outros objetos que aqui não são relevantes descrever, servindo apenas para ilustrar a diferença do contexto econômico e social em que vivíamos.

Raquel não lia quase nenhum texto para as disciplinas, ela *colava* (fraude em certame) nas provas para tirar a melhor nota da aula. Ela usava uma técnica: no dia anterior à prova pegava folhas brancas, escrevia o conteúdo da prova em uma folha sobreposta

⁹ Privilégio?

¹⁰ Nome fictício.

às folhas brancas e, com isso, as folhas brancas ficavam marcadas com o conteúdo completo da prova e as utilizava como rascunho durante a avaliação. “Posso usar folha de rascunho?” perguntava Raquel aos professores antes de começar a prova. “Claro, Raquel”, respondiam os professores. Raquel, no final da graduação, solicitou e ganhou o título de Lâurea Acadêmica por causa das notas de excelência que obteve. Raquel não se importava em saber o conteúdo das aulas; seus pais, formados em ensino superior, tinham sobrenome familiar, status social e contatos de trabalhos suficientes para conseguirem emprego em diversas áreas para ela. Raquel, caso não conseguisse algum emprego, teria condições de ter uma clínica particular de Psicoterapia para iniciar sua profissão de psicóloga laureada.

Essa colega provavelmente se formou sem saber o que eram políticas públicas e dificilmente precisará recorrer ao setor público que trabalha em prol dos Direitos Sociais para acessar qualquer tipo de território, cidade ou serviço em sua vida. Ela terá capacidade de pagar e comprar com dinheiro a maioria dos pré-requisitos que esses espaços exigem. Mesmo que grande parte da conjuntura social da existência de Raquel fosse diferente da minha, ainda assim eram bem mais divergentes das que permeavam a vida de Alex.

Alex¹¹ foi um aluno de escola pública de periferia que tive a oportunidade de conhecer em uma atividade de extensão. Com 12 anos de idade, era filho de um catador de lixo, estudava em uma escola pública que ficava dentro da vila onde morava, ia todos os dias a pé para a aula, de chinelo e bermuda suja e rasgada, mesmo no inverno com sensação térmica abaixo de 5 graus. Alex chegava à escola sem comer, pois não tinha comida em sua casa, nunca tinha conhecido o Gasômetro¹² ou outros pontos turísticos que ficavam relativamente perto de onde morava. As raras vezes em que andou de ônibus ele não lembrava direito (ou tinha vergonha de dizer que nunca tinha andado). Seu mundo se restringia à escola, à vila e em ajudar seu pai a catar lixo.

A escola reclamava para nós que Alex não ficava parado nas aulas, andava pela sala e fazia brincadeiras e piadas para distrair os colegas. Ao conversar com o pai de Alex, ele falou que a escola era algo inútil, nunca havia estudado e tinha seu trabalho como catador de lixo. Não via motivo para Alex estudar: -“o estudo não me deu emprego”, afirmava irritado. Conversando com Alex, ele relata que o estudo em sua vida não era necessário, pois ele já estava de certa forma predestinado a se tornar catador e reciclador de lixo, pois seu nome familiar garantia o status social para isso e o pai dele já o estava instruindo.

Alex, provavelmente, será um usuário frequente das políticas públicas, que garantem Direitos Sociais, seja por necessidade, seja por não ter opção, já que muitas destas políticas invadirão seu cotidiano, justificando essa ação pelo argumento de que ele é um sujeito vulnerável ou em situação de risco social. Alex provavelmente não irá acessar diferentes territórios, espaços da cidade ou serviços em sua vida pela via do pagamento em formato de dinheiro o que limitará suas experiências de circulação. Alex talvez tenha um caso de vida parecido com o que ele me contou sobre o seu tio: um tipo de sujeito que só conheceu a beira de uma praia depois dos 30 anos, por falta de dinheiro e oportunidade para fazê-lo anteriormente.

Daniel, Raquel e Alex circularam em políticas públicas de educação. Mesmo os dois primeiros na educação superior e o último no ensino fundamental, fica claro, pelos exemplos, que o modo como opera uma política sobre a vida dos sujeitos e os efeitos

¹¹ Nome fictício.

¹² Em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

que essa terá na existência de cada um, dependem de toda uma complexidade situacional que envolve questões econômicas; de relações sociais; arranjada em uma localidade espacial, geográfica, cultural; e de oportunidades que vão influenciar no modo como cada um se produzirá como sujeito em relação ao mundo. Ainda que seja uma política com linguagem juridicamente homogênea, “para todos”, como é afirmado em Constituição Federal, a forma como cada pessoa transpassa por elas coloca em evidência, também, específicos modos de circular nos territórios, exercer direitos, de se sentir pertencente, ou não, a uma cidade, grupo, comunidade e mundo.

Utilizo desses exemplos para falar do meu percurso profissional e acadêmico, não apenas porque foram situações semelhantes a essas que permitiram que eu me tornasse um profissional psicólogo que se propõe a abandonar raciocínios dualistas (“de que haveria um modo bom de ser sujeito e um modo ruim”), para afirmar a importância que o exercício da desconstrução de verdades sobre o mundo teve no meu percurso formativo e pessoal.

O encontro com existências divergentes das minhas foram me auxiliando a compreender que o mundo não se restringia aos “batalhadores e não batalhadores”.

As cenas em torno de minha construção¹³, enquanto profissional e acadêmico, foram me mostrando que não “era pobre apenas quem quisesse ou quem não batalhasse na vida”, assim como, não era o suficiente “ser um batalhador ou estudioso” para se ter oportunidades, circular pelo território, pela cidade, trabalhar, estudar, ter saúde, lazer, ou seja, exercer direitos.

¹³ Privilégios?

1. Introdução

CAPÍTULO II DOS DIREITOS SOCIAIS

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.

(Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Art. 6º).

A Constituição Federal (CF) de 1988, na história do Brasil, foi a primeira CF que inseriu a expressão 'Direitos Sociais' (DS) em capítulo específico para descrição desses direitos (Ecker, 2016). Como resultado de mobilizações sociais, que ansiavam por propostas democráticas de gestão do país, possibilitou avanços significativos nas legislações brasileiras, multiplicando políticas públicas delas derivadas, principalmente, na esfera referente ao Direito Social ao trabalho (Oliveira e Oliveira, 2011) e na Seguridade Social. Essa última, definida pelo tripé saúde, previdência e assistência social que, na proposta de proteção social, prevê serviços/benefícios ofertados pelo Estado, como o Sistema Único de Saúde (SUS), acessível aos cidadãos¹⁴, independentemente de contribuição.

Acompanhando esse movimento, em proximidade com discussões sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e a Reforma Sanitária (RSB), a Psicologia no Brasil, nos últimos mais de vinte e cinco anos, inseriu psicólogas e psicólogos em múltiplos espaços de trabalho das políticas públicas, principalmente, na área da saúde e assistência social (Yamamoto & Oliveira, 2010). Visando construir uma atuação profissional que contemplasse o exercício de direitos e a diversidade humana, variadas expressões subjetivas, sociais e culturais, essas práticas foram sendo aperfeiçoadas por diferentes regulamentações e diretrizes, consolidando uma Psicologia alinhada à garantia e defesa dos Direitos Humanos (Conselho Federal de Psicologia, 2019a).

¹⁴ Ao longo da Tese será feito o uso de dupla referência de gênero as(os) com intensão de explicitar que o uso do masculino, como algo que supostamente representaria algo universal, é falacioso, injusto e evidencia desigualdades históricas em torno dos gêneros, não representando a diversidade humana que compõe o mundo. Entretanto, a dupla referência não seguirá uma uniformidade na escrita com o objetivo de manter certa tensão em torno dessas categoriais sociais, compreendendo que alguns corpos humanos ultrapassam a divisão binária de gênero.

Produzindo novos referenciais teóricos e técnicos¹⁵, resignificando os já consolidados, a Psicologia transformou-se, também, pelos desafios que a complexidade das vidas dos usuários(as)¹⁶ das políticas públicas expressavam (Yamamoto & Oliveira, 2010). A tradicional compreensão de clínica, com um *setting* específico e técnicas e teorias estabelecidas *a priori*, foram colocadas em questionamento quando a profissão foi convocada a intervir em demandas da população na esfera pública da saúde. Mesmo que não tenha construído um discurso homogêneo sobre clínica (Ferreira Neto, 2010), as práticas psicológicas avançaram na compreensão da vida das pessoas, e do adoecimento psíquico, para um olhar multifatorial.

Nesse avanço, termos como saúde integral, cuidado integral, integralidade, atenção integral à saúde, atenção psicossocial, dentre outros, modificaram o antigo entendimento individualizado de saúde mental, compreendido sob um viés enfaticamente biologicista, para uma concepção ampliada de saúde, situando os agravos e doenças em diferentes determinantes, como fatores biológicos, individuais, relacionais, familiares, culturais, políticos e sociais. Concepção de saúde ampliada, preconizada nas diretrizes e orientações do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, que complexificou o cuidado clínico redirecionando o modelo de assistência às pessoas em adoecimento psíquico e remodelando a forma como a cidade organiza suas práticas de cuidado para a população, incluindo o acesso à Direitos Sociais – saúde, educação, moradia, transporte, lazer, dentre outros –, como recursos para a produção de saúde¹⁷.

Com isso, desenvolveram-se dispositivos de intervenção que trabalham seus pressupostos baseados na produção de saúde a partir de uma clínica

¹⁵ Se destaca a criação, em 2006, do Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), pelo Sistema Conselhos, que contribuiu no enfrentamento dos desafios impostos pelas práticas nas Políticas Públicas ao operar como instrumento de gestão da categoria, orientando questões técnicas, éticas e políticas, na articulação entre Psicologia, políticas públicas, democracia e direitos (CFP, 2019b).

¹⁶ Na escrita da Tese o termo usuária(o) e paciente serão utilizados como sinônimos por serem nomeações presentes nos discursos cotidianos, conforme evidenciaram os materiais de pesquisa. Porém, entende-se que na atualidade, principalmente no contexto do SUS, o sugerido é utilizar a palavra usuária(o) sendo coerente com os princípios e valores da política que busca mais a vida e menos a doença.

¹⁷ Conforme orienta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001.

inserida no território da vida de usuárias e usuários, como é o caso da clínica do Acompanhamento Terapêutico - AT (Palombini, 2008) e outras¹⁸ abordagens que envolvem múltiplas perspectivas. Enfatizando uma clínica situada social e historicamente, que considera o exercício de direitos nas terapêuticas, a proposta do AT acompanha a experiência do adoecimento e as diferentes demandas de atendimento em saúde mental na complexidade cotidiana da vida, não apenas pelas conexões com a rede intersetorial de serviços e com as políticas públicas (Palombini, 2017), mas, também, por um olhar que contempla os efeitos da conjuntura social, ou seja, situa elementos socio-históricos, políticos e territoriais nos processos clínicos (Palombini, 2008).

Nesse panorama, transitando entre o tema dos Direitos Sociais, políticas públicas, políticas sociais, Psicologia, clínica, atenção psicossocial e Acompanhamento Terapêutico, relacionados ao contexto socio-histórico do Brasil, se apresenta a presente Tese de Doutorado. Essa fundamenta-se na pesquisa¹⁹ que teve como objetivo investigar *como o exercício de Direitos Sociais incide nos processos subjetivos²⁰ e terapêuticos em curso, na clínica em Psicologia, articulada às políticas públicas²¹ brasileiras*. De abordagem qualitativa e de inspiração teórico-metodológica pós-estruturalista, recorreu à análise de 28 casos clínicos atendidos em dois Projetos de Extensão em Acompanhamento Terapêutico²², de distintas universidades brasileiras,

¹⁸ A Clínica Ampliada, a Clínica Nômade, a Clínica Peripatética, os Consultórios na Rua, os Programas de Redução de Danos, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dentre outros.

¹⁹ Pesquisa financiada com bolsa de Doutorado pelo Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O estudo integra o projeto guarda-chuva "Acompanhamento Terapêutico como Dispositivo de Análise e Cuidado em Redes de Atenção Psicossocial e Intersetorial" coordenado pela Prof^a Dr^a. Analice de Lima Palombini.

²⁰ A noção de subjetividade/sujeito aqui utilizada ampara-se na ideia de território existencial, em que a subjetividade é resultado de um processo de produção de si que ocorre na relação com o coletivo, é sempre histórico e determinado por múltiplos vetores: biológicos, individuais, familiares, políticos, econômicos, ambientais, midiáticos, dentre outros (Ministério da Saúde, 2010).

²¹ O tema das políticas públicas foi inserido como uma das linhas temáticas da produção de ciência, tecnologia e inovação, no plano de ação do governo com vigência até 2022. Esta inserção considera as Ciências Humanas e Sociais como conhecimentos estratégicos que oferecem substrato indispensável para compreensão "das dinâmicas e fenômenos sociais em suas componentes psicológicas, ético-filosóficas, culturais, sociais, políticas, econômicas e artísticas" (Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações, 2018, p.9).

²² Através da imersão no Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública da UFRGS/CIPAS – ATnaRede – pelo período de 2 (dois) anos e com a experiência de 1 (um)

articulados a 346 registros de experiências do autor relacionadas a atenção psicossocial – narrativas, imagens, documentos, Diário de Campo, relatos, dentre outros – que envolvessem a temática dos direitos, Direitos Sociais, território, saúde mental e atenção psicossocial no Brasil.

Com eles, propôs-se compreender como se estabelecem arranjos entre governo, verdade e sujeito no campo da atenção psicossocial, relacionados às políticas públicas brasileiras e aos processos subjetivos e terapêuticos em curso. Para isso, mapeou-se o modo como o discurso dos Direitos Sociais – educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados – emergiu nos materiais analisados e forneceu elementos para pensar a forma como os sujeitos produziram e conduziram a si, na vida e nos processos terapêuticos, enquanto seres subjetivos. Esse percurso, ao fim da Tese, é relacionado com a seguinte pergunta de pesquisa que acompanhou o desenvolvimento do estudo: *Direitos Sociais têm incidência necessária sobre os processos subjetivos e terapêuticos na clínica em Psicologia?*

DELINEAMENTO DO PROBLEMA E DA PERGUNTA DE PESQUISA

2. Psicologia e Direitos Sociais como objeto de estudo

Definir como objeto de estudo a articulação entre a prática da Psicologia e o exercício dos Direitos Sociais como própria ao campo da clínica se justifica através de experiências e questionamentos nos últimos quatorze anos. O contato com diferentes temas e populações-alvo das práticas psicológicas nas políticas públicas como, por exemplo, crianças em situação de rua, usuários(as) de drogas, usuários(as) de serviços de saúde mental, questões étnicas e sexuais, diferentes grupos em vulnerabilidade social, dentre outros, suscitaram indagações, estudos e articulações teórico-práticas que operaram como pilares para construção do problema de pesquisa desta Tese de Doutorado (Zambillo, Palombini & Ecker, no prelo; Silva, Mello, & Ecker, 2019; Ecker, Guareschi, Lara & Zambillo, 2019; Ecker, 2019; Guariento, Torres & Ecker, 2019; Ecker, 2017; Torres & Ecker, 2017; Guareschi, Lara, & Ecker,

2016; Torres & Ecker, 2016; Ecker & Torres, 2015; Scarparo, Torres, & Ecker, 2014; Lara & Ecker, 2012; Cemin, Ecker, & Luckmann, 2012).

Assim, como justificativa inicial para formulação do problema de pesquisa que origina esta Tese, partiu-se das seguintes quatro principais questões que envolvem a atuação da psicologia, enquanto intervenção clínica, na articulação com os serviços públicos ofertados pelo Estado brasileiro:

a) Múltiplas concepções de saúde e de projeto terapêutico

A primeira problemática está relacionada à vigência (nos serviços, familiares, vizinhos, amigos, colegas de trabalho e no próprio sujeito em atendimento) de diferentes discursos sobre o modo como se pode produzir saúde mental e se desenvolver propostas terapêuticas com o usuário e usuária atendidos(as). Assim, dentro de uma mesma equipe, ou entre acadêmicos, encontram-se abordagens clínicas que enfatizam que a produção de “saúde”²³ depende do organismo das pessoas (questões orgânicas e hereditárias), outras priorizam a aprendizagem e os estímulos externos (aspectos comportamentais), algumas destacam aspectos internos (funcionamento psíquico ou intrafamiliar) ou aspectos externos (determinantes sociais, políticos e/ou econômicos).

Longe de tentar limitar as possíveis compreensões sobre como se poderia produzir saúde mental ou desvalorizar alguma específica perspectiva clínica, o que essa reflexão aponta é a coexistência, nos serviços e espaços de formação, de diferentes formas de pensar a incidência das políticas públicas nos processos subjetivos e terapêuticos. Essas divergências discursivas direcionam os olhares dos técnicos, estagiários, familiares e outros envolvidos na compreensão sobre o usuário, assim como direcionam o olhar do próprio usuário sobre si mesmo. Também interferem no modo como o tratamento e o exercício dos Direitos Sociais se engendram na vida desse usuário, conduzindo-

²³ Coloca-se a expressão saúde entre aspas para destacar a heterogeneidade com que se compreende o que é saúde dentre os(as) profissionais, usuários(as), familiares e demais presentes nos serviços públicos, envolvidos no campo da clínica. Heterogeneidade que, em alguns casos, faz emergir conflitos entre posicionamentos opostos no que se refere à definição de encaminhamentos e práticas de assistência e cuidado. Entende-se que há contradições no termo “saúde”, considerando que sua compreensão também reflete uma construção sócio-histórica.

o por percursos diretamente relacionados aos aspectos éticos, técnicos e morais com os quais sua demanda fora analisada.

No estágio curricular da graduação em Psicologia, em uma política pública da esfera do Direito Social à educação, para gestantes, bebês e crianças, acompanhou-se em reuniões de rede (com os diferentes serviços daquele território) o embate de diferentes saberes na tentativa de conduzir os projetos terapêuticos dos usuários por específicos percursos (Lara & Ecker, 2012). Quando um caso clínico era discutido nas reuniões de rede, alguns profissionais acreditavam que produzir saúde mental pela Psicologia era tratar aspectos cognitivos e emocionais (a partir de um conhecimento de viés psiquiátrico e medicamentoso), outros compreendiam que havia algo do funcionamento psíquico que requeria atenção (para o qual uma terapia individual ou com a família seria a solução), assim como outros entendiam que faltavam acessos a serviços e ações de garantias de direitos para produção de saúde.

Na mesma reunião de rede, também era usual emergirem posicionamentos sobre aspectos religiosos como forma de proposta clínica e de compreensão do caso (quando havia entidades filantrópicas presentes, por exemplo); ou surgir questões morais dos próprios profissionais, que não estavam diretamente vinculadas a saberes técnicos, mas, sim, a valores e julgamentos pessoais. Esses valores e julgamentos pessoais incidiam nos processos subjetivos e terapêuticos em curso, mediando a forma como o exercício dos Direitos Sociais se materializava no cotidiano das vidas em questão. Mesmo entre representantes de uma mesma política pública, os projetos terapêuticos sugeridos nem sempre convergiam, produzindo complexidades e até conflitos em torno da operacionalidade dos Direitos Sociais enquanto ferramentas terapêuticas.

b) Múltiplas compreensões sobre políticas públicas e suas funções

O segundo recorte que delineou o tema de pesquisa da Tese de Doutorado refere-se à presença, nos serviços, de diferentes compreensões sobre quais seriam as funções das políticas públicas e as dos próprios sujeitos que trabalhavam nelas. Não desarticulado do primeiro recorte, era recorrente encontrar relatos de profissionais que expressavam ocupar tais postos apenas

porque fora a oferta de emprego que surgiu quando necessitavam (em alguns casos, não conheciam muito bem para que servia a política, ignorando suas legislações mais básicas); outros o faziam a partir de um longo percurso de militância e de luta na construção dessas políticas (compreendendo suas legislações e discussões mais complexas), assim como havia aqueles com vínculo terceirizado (por vezes conhecendo a política, mas sob as instabilidades de um contrato temporário ou vulneráveis às mudanças na gestão do governo) e que nem sempre recebiam formação adequada pelos contratantes para ocupar o cargo em que ingressavam.

Sem centrar nos possíveis vínculos empregatícios nas políticas públicas (e a influência de outros fatores para uma não aderência a eles, como o baixo salário, falta de valorização do trabalhador, precarização dos serviços públicos pelos governantes, etc.) (Costa, Lacaz, Jackson Filho & Vilela, 2013), o que emerge enquanto reflexão desses três tipos de relações com as políticas públicas é a diversidade, não apenas de concepções de saúde e de projeto terapêutico que se encontram nos serviços, mas, também, as múltiplas compreensões acerca das políticas públicas e de quais seriam as funções das políticas/profissionais do Estado. Assim, no cotidiano das políticas, nem todos os(as) profissionais compreendiam que uma política pública fora criada para garantir à população um direito previsto em Constituição Federal e que essa seria a base constituinte de seu exercício profissional.

Relembrando minha graduação em psicologia, não se encontrava o aprendizado dessa relação de forma tão direta, fazendo com que se pensasse o trabalho do psicólogo²⁴ na área das políticas públicas como ‘mais um dos diferentes mercados de trabalho possíveis’ e ainda muito relacionado a um recorte de exercício prático da Psicologia Social e Institucional. No próprio campo teórico em que se discutem as funções das políticas públicas brasileiras, há uma multiplicidade de entendimentos acerca das mesmas (Piana, 2009).

²⁴ Na escrita será usada em alguns momentos a expressão ‘psicólogo’, no masculino, visando localizar a posição da qual fala o autor. Contudo, se compreende que a psicologia é uma profissão majoritariamente feminina, 89% segundo o Conselho Federal de Psicologia (2013), razão pela qual orienta o CFP em utilizar o artigo ‘a’, em primeiro lugar, quando referido à categoria profissional.

Um dos possíveis efeitos da incidência dessa heterogênea compreensão sobre a função de um profissional/serviço público talvez fosse encontrado em algumas das experiências desses quatorze anos em que não me era incomum ouvir na fala de alguns profissionais discursos que descreviam usuários e usuárias como interesseiros(as), manipuladores(as), inconvenientes, carentes, mal-intencionados(as) e outros adjetivos semelhantes. E, para os próprios usuários(as), era recorrente colocarem-se em uma posição de quem estava recebendo ‘um favor’ e tratarem os profissionais como se estes estivessem realizando uma ‘boa ação’ ou caridade.

Em minha experiência, o discurso sobre as políticas públicas como via de garantia de direitos e de exercício dos Direitos Sociais, na produção de saúde e na construção dos projetos terapêuticos, quando emergia, estava mais próximo de profissionais que atuavam em áreas como o serviço social. Quando esse discurso era situado na fala de profissionais da Psicologia, por vezes, aparecia como algo vago: ‘você tem direitos’, ‘isso é de teu direito’, ‘isso faz parte dos direitos’. Já na fala das usuárias e usuários, era bem menos frequente o discurso dos direitos e, quando era expresso, vinha daqueles próximos a movimentos de militância ou que eram acompanhados por profissionais mais politizados. Assim, as múltiplas compreensões sobre políticas públicas e suas funções, nas experiências em Psicologia, também se expressavam por noções vagas sobre os direitos, confusas e, na maioria das vezes, sob discursos homogêneos, como se houvesse uma grande categoria de ‘direitos’ e todos os direitos fossem semelhantes, sem especificidades jurídicas e regulatórias para o acesso a eles.

c) Discurso vago, confuso e homogêneo sobre os ‘direitos’

Nesse contexto, o terceiro recorte que conduz ao problema de pesquisa da Tese de Doutorado são os discursos vagos, confusos e homogêneos sobre os direitos, recorrentes nas práticas dos serviços e em espaços acadêmicos. Esta vaga, confusa e homogênea discursividade, em que os ‘direitos’ eram expressos como se fossem uma mesma grande categoria, sem especificidade jurídica ou regulatória para o acesso a eles, evidenciava uma lacuna importante, no ponto de análise aqui proposto, para qualificar a clínica em Psicologia no campo das políticas públicas. Essa lacuna tornava-se evidente à

medida que, na prática profissional com populações em situação de vulnerabilidade econômica e/ou social, era premente acionar serviços para garantir direitos, sendo alguns desses direitos próprios à demanda terapêutica singular de cada caso.

Nessas experiências, frente às mais diversas violações daquilo que, *a priori*, eram considerados direitos, perguntas foram sendo formuladas: quais, de fato, são os direitos previstos em Constituição para uma(um) cidadã(o) brasileira(o)? Existem diferentes tipos de direitos? Quais serviços podem ser acionados para a garantia desses direitos? Se na Constituição Federal está escrito que todos(as) têm direitos, por que, no cotidiano da prática profissional, não se encontram serviços para garanti-los? Todos os direitos previstos em Constituição devem ser providos pelo Estado? Quais efeitos subjetivos e terapêuticos podem ser produzidos a partir da clínica direcionada sob o discurso dos direitos? Como o exercício dos direitos incide no cotidiano de vida da população, na articulação entre Psicologia e políticas públicas?

Algumas dessas questões compuseram, na época, a formulação do projeto de pesquisa de Mestrado, dando início a uma investigação que envolvia pensar a construção histórica dos direitos, no Brasil, a partir de um recorte de análise priorizando os Direitos Sociais, mais especificadamente, o Direito Social à educação e sua relação com o Direito Social à assistência aos desamparados, pela Política Nacional de Assistência Social - PNAS (Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004).

A pesquisa de Mestrado contribuiu para uma qualificação da compreensão sobre a clínica em Psicologia, na relação com os Direitos Sociais e as políticas públicas, por expressar seis elementos de análise sobre os processos de garantia de direitos e a produção de cuidado e assistência em saúde mental. O primeiro se refere à existência de uma série de direitos previstos na Constituição de 1988, como os Direitos Humanos, Sociais, Civis, Políticos, cada um com suas especificidades; e os princípios, valores e garantias da Constituição, que não são necessariamente direitos, mas condições de Estado, como a cidadania e a dignidade da pessoa humana. O segundo tem a ver com os diferentes tipos de direitos, que remetem a distintos órgãos Ministeriais e, conseqüentemente, diferentes legislações e políticas públicas cuja garantia é o terceiro ponto o qual requer a existência de políticas

públicas ofertadas pela federação, estados e/ou municípios (Ecker, 2016). O quarto elemento foi a evidência de que a falta de serviços públicos para garantia de direitos pode estar diretamente vinculada a uma específica escolha administrativa do Estado, mas também aos encargos dos estados e municípios. Quinto, constatou-se que um direito previsto em Constituição nem sempre é de obrigatoriedade do Estado (o Estado ter de disponibilizar serviços ou garantir vagas), ou seja, não é porque algo seja direito de todos(as) na Constituição que haverá políticas públicas que os ofertem. Por fim, o sexto elemento revela que a incidência do discurso dos direitos sobre o exercício clínico nem sempre produz a saúde mental que se almeja – liberdade, autonomia ou eficácia terapêutica –, visto que as condicionalidades impostas por algumas políticas podem vir a cercear a existência dos sujeitos e seu acesso a esses direitos (Ecker, 2016).

d) Políticas públicas, no Brasil, para pobres e vulneráveis?

A delimitação do foco da pesquisa de mestrado à Política Nacional da Assistência Social (Centro de Referência de Assistência Social – CRAS – e o especializado – CREAS) restringiu as análises ao trabalho do psicólogo junto a uma população majoritariamente considerada em situação de pobreza ou de extrema pobreza. População pobre e em extrema pobreza configura, justamente, a especificidade analítica que marca o quarto recorte dos percursos desses quinze anos que delinearão o problema de pesquisa da Tese sobre a relação entre Psicologia e Direitos Sociais na clínica.

Esse público predominava também como principal usuário das políticas públicas de garantias dos Direitos Sociais nos seus diferentes setores. E, ao mesmo tempo em que representavam o público alvo das práticas da Psicologia nesses serviços, indivíduos, famílias, crianças, idosos, gestantes, moradores de rua, dentre outros recortes populacionais, também tinham, em grande parte dos casos, marcas de uma vida sem acesso ou de acesso precário, ao exercício de grande parte do conjunto dos Direitos Sociais. Assim, educação, saúde, lazer, alimentação, transporte, moradia, trabalho, dentre outros, eram recursos pouco presentes na vida dos grupos que mais acessavam as práticas psicológicas nas políticas públicas. Frequentemente esses direitos também

eram referidos na fala dos usuários e usuárias como inexistentes ou precários no processo de realização dos seus projetos de vida.

Frente a esses não exercícios e garantias dos Direitos Sociais, indagava-se sobre em que medida a ausência ou precariedade dos serviços ofertados pelo Estado brasileiro (que garantissem processos educativos, de saúde, atividades de lazer, cultura, esporte, trabalho, alimentação, moradia, etc.) influenciavam na qualidade ou no modo como os processos subjetivos e terapêuticos dessas pessoas se produziam. Outra indagação referia-se às possíveis compreensões clínicas de adoecimento psíquico, diagnóstico, tratamento e parâmetros para alta nessas populações consideradas em situação de vulnerabilidade social e/ou econômica. Com elas, haveria de se pensar especificidades subjetivas ou de estratégias de intervenção inusuais na formulação dos seus projetos terapêuticos? Em grupos que têm seus direitos não garantidos ou violados, é possível considerar que a inexistência ou precariedade do exercício dos Direitos Sociais incida na expressão de adoecimentos psicológicos e/ou conflitos cotidianos?

A articulação de estudos com experiências no campo da Psicologia, clínica, políticas públicas, terapêuticas e pobreza, durante e após o mestrado, possibilitaram questionar os conhecimentos e intervenções ofertados pela profissão no cotidiano dos serviços públicos, assim como os próprios discursos expressos nas legislações das políticas brasileiras. Um desses discursos que foi questionado se refere à ideia unificada dos direitos, recorrentes em falas de trabalhadores(as), acadêmicos(as), políticas, programas, legislações, incluindo a Constituição Federal brasileira, afirmando que ‘todos têm direitos’, ‘direitos são para todos’, ‘políticas públicas garantem os direitos que são de todos’. Quando esses discursos eram contrapostos às experiências da prática, verificava-se que grande parte das populações alvo das políticas de Estado, apesar de estarem contempladas no discurso de que ‘todos(as) têm direitos’, não tinham muitos dos seus direitos garantidos e, em muitos casos, não havia recursos públicos para garanti-los na totalidade dos diferentes Direitos Sociais.

Em uma leitura macrossocial, a própria pesquisa do Mestrado havia contribuído para pensar essa ausência de direitos e a falácia do discurso “direito para todos(as)” ao situar alguns elementos históricos sobre a garantia de Direitos Sociais no Brasil e a gestão da pobreza e/ou vulnerabilidade social.

Especificadamente sobre o direito à educação, foi possível constatar a forma como as Constituições Federais brasileiras, historicamente, tiveram o discurso do “direito para todos(as)” constantemente presente (Ecker, 2016). Contudo, o “todos(as)”, durante mais de quatro séculos, era um discurso legislativo retórico que, na prática, estava restrito a garantir acesso apenas àqueles grupos que exerciam certo monopólio político, religioso, econômico e ideológico em cada época (Pinto, 1999), como marca distintiva de uma elite branca (Ecker, no prelo).

Na gestão da população pelas políticas públicas, principalmente antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, tinha-se um público alvo muito específico: os pobres. Inicialmente nomeados de massa, carentes, para depois serem nomeados de população vulnerável e em risco, o discurso do direito à educação, historicamente, fabricou tecnologias de governo, ações, políticas e programas, que geraram os sujeitos pobres pela esfera pública (Ecker, 2016). Essa gestão, sob o argumento da inclusão pós-1988 (Fernandes, 2013), tornou possível, também, a gestão da pobreza relacionando a garantia de um direito com condicionalidades, como é o exemplo no nível de ensino considerado obrigatório no país, o fundamental, e no Programa Bolsa Família, que integrou educação e economia estabelecendo certa função compulsória (Ecker, 2016).

2.1 Problema de pesquisa: o exercício de Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos

As quatro problemáticas apresentadas acima contribuíram para a definição do objeto de estudo da presente Tese de Doutorado, com base na avaliação de uma complexidade de elementos que envolvem o exercício de direitos e as práticas em Psicologia. Assim, considerar os Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos situaria uma multiplicidade de concepções de saúde, de projetos terapêuticos e de sentidos sobre o que seriam as políticas públicas e suas funções. Concepções e sentidos que, possivelmente, exercem efeitos sobre os usuários e usuárias, já que são expressos nos posicionamentos das diferentes pessoas envolvidas nos contextos de tratamento, que se materializam no cotidiano dos serviços.

Analisar o exercício dos Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos requer, também, contextualizar essas concepções e sentidos a partir de questões macrossociais, que remetem a um contexto brasileiro historicamente constituído de modo desigual no campo dos direitos, principalmente quando é referida à população negra. Assim, uma das problemáticas descritas anteriormente, sobre os discursos vagos, confusos e homogêneos sobre os 'direitos', possibilita outras interpretações quando situados em uma desigualdade histórica de acesso aos direitos no Brasil.

Em um panorama nacional de ausências e precariedades nas estratégias estatais para se garantir direitos, somadas a discursos legislativos falaciosos, que afirmam nos documentos conceder direitos sem garantir serviços nos territórios, o próprio processo histórico brasileiro denuncia uma desigualdade que precisa ser considerada na análise dos dados da pesquisa. Tratam-se de desigualdades históricas, permeadas por disputas e pela lógica escravista de hierarquização a partir da raça/etnia que expressou, em suas conjunturas sociais, variadas formas de acesso às políticas públicas, incluindo desassistências, principalmente, da população negra, pobre e vulnerável.

A partir dessas problemáticas, definiu-se o problema de pesquisa: *como o exercício de Direitos Sociais incide nos processos subjetivos e terapêuticos em curso, na clínica em Psicologia, articulado às políticas públicas brasileiras?* Sustentado pelas quatro problemáticas descritas anteriormente, a definição do problema tornou possível pensar que haja, na gestão da população que acessa prioritariamente os serviços públicos no Brasil, específicas formas de se produzirem subjetividades e práticas terapêuticas. Na intenção de investigar esse problema foi formulado o estudo que originou a presente Tese de Doutorado. Na tentativa de avançar de questões macrossociais para elementos microssociais, considerando fatores subjetivos e terapêuticos em curso, o estudo propôs acompanhar processos terapêuticos e experiências no campo da saúde mental, verificando como a noção de Direito Social se materializa na vida de usuários e usuárias, operando como como discursividade que produz práticas e subjetividades nos cotidianos das vidas sobre as quais intervém.

A proposta com a pesquisa é que os resultados contribuam para pensar as clínicas em Psicologia, os processos subjetivos e terapêuticos, articulados ao exercício dos Direitos Sociais, principalmente, no que se refere aos projetos

terapêuticos em curso que se produzem na rede intersetorial das políticas públicas. Objetiva, também, fornecer subsídios para as clínicas que consideram os territórios dos pacientes como campo de compreensão das subjetividades – como a abordagem do Acompanhamento Terapêutico – colaborando na identificação, análise e sistematização das ações. Isso inclui produzir dados que qualifiquem a formulação de diagnósticos situacionais²⁵, projetos terapêuticos compartilhados em rede, no exercício de direitos e na produção de autonomia de usuárias(os) do SUS, e de outras políticas públicas, que vivenciam a experiência do sofrimento psíquico.

2.2 Pergunta de pesquisa: *Direitos Sociais têm incidência necessária sobre os processos subjetivos e terapêuticos na clínica em Psicologia?*

Por fim, considerando: 1) a necessidade de desenvolvimento científico sobre a temática das políticas públicas, que contemple a complexa dinâmica da relação com a sociedade e a política, com o intuito de fortalecer o campo, subsidiar seus diversos atores e qualificar a produção de políticas no País (MCTIC, 2018); 2) a deliberação no 9º Congresso Nacional da Psicologia, sobre a importância da produção de referenciais teóricos e técnicos sobre: a) a relação entre política, técnica, processo democrático, garantia de direitos e clínica (p.26); b) relação entre Psicologia e políticas públicas que aborde a “atuação do(a) Psicólogo(a) na clínica ampliada (...) ‘clínica psicossocial’ (...) buscando delimitações técnicas e metodológicas, amparadas no escopo ético-político de base crítica e contextualizada” (p.45); objetiva-se, ao fim da Tese, relacionar os resultados e discussões desenvolvidas com a seguinte pergunta de pesquisa que acompanhou a formulação do estudo: *Direitos Sociais têm*

²⁵ O diagnóstico situacional é uma das etapas que envolve a formulação do Projeto Terapêutico Singular e demanda algumas ações, dentre as quais estão: 1) contato com uma pessoa, família, grupo ou coletivo com acolhimento empático e escuta cuidadosa e sensível; 2) identificar as necessidades, demandas, vulnerabilidades e potencialidades de quem busca ajuda; 3) cartografar o contexto social e histórico de quem está dirigido o PTS; 4) Identificar intervenções já realizadas e seus resultados; 5) Avaliar as vulnerabilidades e fatores de risco e de proteção (individuais, familiares, grupais e coletivos), inserindo as potencialidades entre os fatores de proteção; 6) definir objetivos e metas sobre os quais se pretende intervir; 7) dividir tarefas e responsabilidades com o sujeito, família, grupo ou coletivo e seus profissionais de referência; 8) acompanhar, articular, negociar e pactuar as ações; 8) reavaliar o processo terapêutico quando necessário (Ministério da Saúde, 2008; Ministério da Saúde, 2013, p.56-57).

incidência necessária sobre os processos subjetivos e terapêuticos na clínica em Psicologia?

REVISÃO TEÓRICA

3. Direitos Sociais e o contexto do Brasil

A constituição dos direitos, mundialmente, tem estreita relação com os acontecimentos históricos e a demanda por estratégias de gestão da população. A Revolução Industrial na Inglaterra do século XVIII, para citar um exemplo, evidenciou problemas no âmbito da produção e da reprodução da força de trabalho, requerendo intervenções do estado sobre a população (Ibanhes, 2010). A construção de um ambiente urbano-industrial ocasionou condições de possibilidades para a emergência da “criminalidade, desemprego e péssimas condições de vida, epidemias, alcoolismo (...) desenraizamento de milhões de pessoas e a destruição de suas formas de vida comunitárias” (p.214). Com isso, gerir os “cidadãos infelizes (...) assegurando os meios de existência àqueles que não estão em condições de trabalho” operou como um dos argumentos na constituição dos direitos (Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, 1793, Art. XXI).

Segundo Santos Junior (2019), existem três gerações de direitos. Para o autor, essas gerações representam “patamares de consciência da evolução do conceito de direitos humanos” (s/p.) e ressaltam atributos vinculados como concepções básicas. Assim, a ideia de LIBERDADE estaria presente como concepção básica na primeira geração de direitos – Cívica e Política; a ideia de IGUALDADE representaria a segunda geração de direitos – Econômica, Social e Cultural; e, por fim, a ideia de SOLIDARIEDADE²⁶ seria o valor da terceira geração²⁷ de direitos – relacionado à convivência dos povos, o direito

²⁶ O autor Ibanhes (2010) complementa SOLIDARIEDADE com a palavra FRATERNIDADE na terceira geração de direitos.

²⁷ Nas discussões sobre as diferentes gerações de direitos, considerando especificidades do século XXI e suas implicações na estrutura econômico-social, agregam-se debates que pensam a relação dos direitos com temas que envolvem determinados perfis populacionais ou grupos: liberdades individuais *versus* regulação do Estado, pesquisa com células-tronco, união homoafetiva, regulamentação da ação de grupos paramilitares, ações afirmativas, prestações positivas, patologias específicas, Direito de Família, refugiados de zonas de conflitos, trato aos idosos, tutela de crianças e adolescentes, direitos do corpo, das sexualidades, dos gêneros, das etnias, assim como, outros assuntos que comportam a particularização de temas tidos como mais gerais (Ibanhes, 2010).

ao meio ambiente, direito sobre o patrimônio comum da humanidade, o direito à comunicação e, por fim, o direito à paz. Para o autor, as diferentes gerações de direitos relacionam-se ao conceito central de vida: vida livre, digna e solidária.

De acordo Ibanhes (2010), os Direitos Sociais, reconhecidos como direitos de ‘segunda geração’, estariam referidos às necessidades humanas e econômicas mínimas para subsidiar vidas: saúde, educação, emprego, habitação, alimentação, dentre outros, que teriam se constituído como tal ao longo do século XX. Conforme o autor, os Direitos Cíveis e Políticos são mais relacionados ao indivíduo, à liberdade contratual e à livre iniciativa, marco do liberalismo, que se caracteriza pela limitação das ações do Estado. Já os Direitos Sociais, Econômicos e Culturais voltar-se-iam à população, identificando a igualdade como valor central, relacionados à Revolução Russa (1917) e à criação da Organização Internacional do Trabalho (1919). Para Sales e Pachú (2015), os Direitos Sociais se constituem como direitos fundamentais dos sujeitos, inerentes à noção de indivíduo, intitulados nas doutrinas jurídicas como ‘direitos de segunda dimensão’.

Nos direitos de segunda dimensão, o registro do reconhecimento de sua importância em documentos jurídicos não é o suficiente, fazendo-se necessárias estratégias para sua efetivação. Assim, para materializar Direitos Sociais no cotidiano da população, torna-se essencial a criação de políticas sociais, instrumentos de viabilização desses direitos, através de medidas concretas, planejadas e bem definidas, por parte do Poder Público, que estabelecem um elo entre população e a atuação do Estado (Sales & Pachú, 2015). De acordo com Mazzuoli (2015), os Direitos Sociais pertenceriam à ordem jurídica interna (especialmente a Constituição) e estariam atribuídos àqueles(as) que se sujeitam às jurisdições de um determinado Estado. Assim, estariam vinculados, e de certo modo submetidos, ao direito público internacional, ou seja, aos pactos e acordos garantidos por normas de índole internacional, que estabelecem os Direitos Humanos.

Os Direitos Humanos, diferentemente dos Direitos Sociais, não estão submetidos a normas Estatais, mas sim, a declarações e tratados (multilaterais, globais ou regionais), celebrados entre Estados, com o propósito específico de garantir o indispensável a uma vida digna, “um nível protetivo (standard)

mínimo que todos os Estados devem respeitar” (Mazzuoli, 2015, p.24). Desse modo, os Direitos Humanos se desdobram como estratégias para defender a população de abusos das autoridades Estatais, sendo compreensível que se use “o tema dos direitos humanos como bandeira a justificar todo tipo de conflito e a prática de toda espécie de violência, numa escala cada vez maior, em nome da miragem – ou do enigma – da democracia, e dos valores ocidentais” (Ibanhes, 2010, p.215).

Nesse panorama, apesar da fragmentação dos direitos entre diferentes gerações, Piovesan (2004), baseada na Resolução 32/130 da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1977, afirma que é impossível a realização dos Direitos Civis e Políticos sem o usufruto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Desse modo, nos seus exercícios, os direitos das diferentes gerações são interdependentes e transversalizam-se (Piovesan, 2004), havendo reconhecimento generalizado de que cidadania e direitos “são unos, impossíveis de serem exercitados, de fato, separadamente, perfazendo um todo indissolúvel, ou seja, os Direitos Humanos (Ibanhes, 2010).

Referente a aspectos históricos, a primeira Constituição brasileira a disciplinar os Direitos Sociais fora a Constituição de 1934, colocando-os no título da ordem econômica e social com foco, principalmente, no direito dos trabalhadores (Sales & Pachú, 2015). Em 1966, a Declaração Universal dos Direitos Humanos foi dividida, objetivando especificar os direitos, originando, então, o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos e no Pacto Internacional Sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC). No Brasil, o PIDESC foi ratificado apenas em 1992, sendo que internacionalmente havia sido aprovado e aberto para assinatura em 1966 e entrado em vigor em 1976.

De acordo com Wolff (2015), o PIDESC se constitui como principal instrumento relativo aos Direitos Sociais e, desde sua aprovação, instituiu uma série de direitos “por meio de pactos ou declarações, contemplando a diversidade de situações e sujeitos que enfrentam violações” (p.50). Em 1985, foi instituído o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC) da ONU, com o objetivo de avaliar o cumprimento do PIDESC pelos Estados signatários e, então, em 1988, a Constituição Federal brasileira dedica um Capítulo específico para a descrição dos DS. Ao instituir os Direitos Sociais

nessa Constituição, o Estado se comprometia em garantir o exercício de condições dignas de vida para a sociedade como um todo, afirmando a prestação positiva por parte do Poder Público na efetivação de justiça social:

PREÂMBULO

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, s/p).

Assim, justiça social, condições dignas de vida e os demais valores supremos para uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos seriam inerentes à existência de ações que possibilitam o acesso universal e gratuito a políticas de educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, e dos demais DS.

Historicamente, a CF de 1988 foi a primeira que inseriu a expressão 'Direitos Sociais' com um capítulo específico para descrição desses direitos (Ecker, 2016). Nas constituições anteriores, encontram-se expressões como 'leis sociais', 'categorias sociais', 'condições sociais' e até a citação dos direitos políticos, individuais e sociais de forma integrada, mas não detalhada. Portanto, será na CF de 1988 que serão disciplinados os DS em capítulo próprio: Capítulo II – Dos Direitos Sociais (do artigo 6º ao artigo 11º), localizado no Título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais, e mais adiante no Título VIII – Da Ordem Social (do artigo 193º ao artigo 232º). Conforme consta no artigo 6º, os DS seriam: educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados (Sales & Pachú, 2015).

Segundo Oliveira e Oliveira (2011), a inserção da categoria dos Direitos Sociais na Constituição de 1988 ocorreu como resultado de intensa mobilização e organização de expressivos segmentos da sociedade brasileira, em meados da década de 1970, que lutavam por propostas democráticas de gestão do país. Para as autoras, mesmo com mais de dez diferentes Direitos Sociais afirmados em Constituição, os avanços significativos se deram, principalmente, na esfera referente ao Direito Social ao trabalho, com

dedicação aos direitos dos trabalhadores urbanos e rurais. Assim, o trabalho enquanto direito (Artigo 7º) adquire especificidades legislativas: na proteção contra demissões sem justa causa, na garantia do seguro-desemprego, no estabelecimento de carga horária limite (8h diárias), na remuneração de serviço extraordinário, no gozo de férias anuais, na licença à gestante, dentre outros avanços. Fixou-se, também, o salário mínimo em lei (nacionalmente unificado) que deveria atender às necessidades vitais básicas de uma família como moradia, alimentação, saúde, educação, vestuário, higiene, transporte, lazer e Previdência Social.

Em relação ao salário mínimo, Oliveira e Oliveira (2011) afirmam que os 21 anos pós-Constituição denunciam que, na realidade, o valor piso estabelecido nos diferentes anos nunca foram suficientes para garantir um padrão de vida mínimo às pessoas²⁸. Destacam, também, que as alterações de direitos no campo do Direito Social ao trabalho não incidiram sobre todas as categorias profissionais da mesma forma. Até o ano de 2011, por exemplo, para os trabalhadores domésticos (Inciso XXXIV, parágrafo único) “não lhes foram estendidos importantes direitos, como a limitação da jornada de trabalho, adicionais de hora extra e noturno, salário-família, entre outros” (p.15).

Esse dado tem significado importante quando relacionado ao contexto histórico brasileiro, em que a categoria de trabalhadores domésticos é composta, majoritariamente, por mulheres negras e pobres. Contudo, mesmo não alterando por total as desigualdades no campo do trabalho, a Constituição de 1988 permitiu avançar²⁹ na proteção da população, incluindo a proibição ou limitação de intervenções do Estado de forma autoritária, como é o caso da maior liberdade de organização dos Sindicatos e a garantia do direito de greve

²⁸ Publicação do DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos, 2019) estima o salário mínimo necessário, em junho de 2019, para suprir gastos com alimentação, moradia, saúde, educação, vestuário, higiene, transporte, lazer e previdência, para uma pequena família de dois adultos e duas crianças, em R\$.4.259,90, ou seja, 4,27 vezes o mínimo atual de R\$ 998,00.

²⁹ As correlações de força entre setores dominantes no país, pós-1988, configuraram diferentes ações no campo dos Direitos Sociais, incluindo a oposição à ampliação dos DS, com privatizações de empresas e de serviços públicos, reduzindo os investimentos nas áreas sociais (Oliveira & Oliveira, 2011). Não é propósito deste trabalho aprofundar na análise das diferentes reformas históricas, mas, cabe salientar, que elas apresentam distinções em termos de diretrizes políticas e de efeitos, resultando, também, na desconstrução de vários avanços assegurados na Constituição de 1988, com graves consequências no financiamento das políticas sociais no país.

(Artigo 9º), historicamente restringido pelas legislações do país (Oliveira & Oliveira, 2011).

A Seguridade Social, definida pelo tripé saúde, previdência e assistência social, também representa um avanço no campo dos DS, pós-1988, no Brasil. Inserida na Constituição Federal de 1988 no Título VIII, da Ordem Social, “tem como base o primado do trabalho (...) e como objetivo o bem-estar e a justiça social” (Art. 193). Nessa premissa, a Seguridade prevê serviços/benefícios ofertados pelo Estado na lógica da proteção social. O Sistema Único de Saúde (SUS), por exemplo, faz parte da Seguridade Social e é acessível a todas(os) as(os) cidadãs(os), independentemente de qualquer contribuição. O Benefício de Prestação Continuada (BPC-LOAS) também faz parte da Seguridade Social e qualquer pessoa que demonstre necessidade pode ter acesso, não havendo exigência de contribuição à previdência para isso. Entretanto, considerando que o direito à seguridade foi firmado em 1948, na Declaração Universal dos Direitos do Homem, artigo 85, como direito de todos os povos, a adoção pela Constituição de 1988 representa muito atraso do Brasil (Oliveira & Oliveira, 2011).

Remetendo aos Direitos Sociais, a Seguridade integra três desses direitos, instituindo a necessidade de “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (CF, 1988 Art. 194). Esses DS, incluindo a educação, são apontados por Viana, Fonseca e Silva (2017) como os setores-chave da proteção social. Nesse raciocínio, as autoras analisam as políticas implementadas na América Latina e Caribe e afirmam que suas principais características, relacionadas ao público-alvo nos anos 2000, foram ações que priorizaram as famílias pobres e vulneráveis e a população rural com filhos. Referente às políticas voltadas aos setores médios e baixos, as pesquisadoras apontam que essas se basearam nos modelos contributivos, ou seja, quem contribuiu recebeu os direitos.

Para Viana, Fonseca e Silva (2017) o período dos anos 2000 foi também o momento em que países da América Latina e Caribe começaram a adotar programas de transferência de renda condicionada, como estratégia de combate à pobreza. Essas políticas contribuíram “para redefinir, mais uma vez, as fronteiras entre o contributivo e o não contributivo, o focalizado e o universal,

o público e o privado” (p.6). Cabe destacar que, no Brasil, as políticas públicas e sociais foram implementadas garantindo direitos de um modo que expressou as próprias desigualdades socio-históricas que constituíram o país. Os direitos “à brasileira”, como nomeia Ibanhes (2010), parte do reconhecimento de que o Estado de Direito implica o respeito a valores e procedimentos aceitos como universais: direito a ter direitos, autonomia e cidadania. Entretanto, por condicionantes histórico-sociais o Brasil, enquanto nação, garantiu direitos de modo seletivo, por específicos contextos e conjunturas.

Em 1930, por exemplo, se tem um Estado Nacional moderno que era presidido por Getúlio Vargas, ditador, que se tornou futuramente popular exatamente por possibilitar alguns dos Direitos Sociais. Naquele período, o contexto apresentava uma indústria e graus de urbanização crescentes, com conseqüente conjuntura de agitação, surgimento de demandas por parte dos(as) trabalhadores(as) e da população, em diferentes graus e níveis de proteção social – legislação, saúde, previdência, educação. Percorrendo por 1930-45, 1950-54 e 1964-1985, se tem um Brasil marcado por autoritarismos e restrições à participação popular na vida pública (Ibanhes, 2010).

Para Santos (1979), a ideia de cidadania regulada, ou seja, uma cidadania parcial e incompleta, está presente na vida de muitos grupos populacionais no Brasil, materializada de modo singular em diferentes momentos históricos, fundamentada por uma garantia de direitos baseada “não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional” (p.74). Assim, pode-se afirmar que as políticas de garantia de direitos no país tiveram limitações quanto ao tipo e destinatários, atuando de modo seletivo, quase como benesses. Com prioridade a um público da elite econômica, perpetuaram-se relações particulares, incluindo acesso a direitos por uma estrutura hierárquica, como obtenção de favores e privilégios (Ibanhes, 2010).

Com isso, não é de se surpreender que as políticas públicas e sociais cheguem no período da Constituição Federal de 1988 expressando diversas contradições que se referem, não apenas, às mazelas econômico-sociais da sociedade brasileira, mas, também, agravadas pelo estrangulamento político dos anos da ditadura e “uma série de temas e impasses passados, presentes e futuros” (Ibanhes, 2010, p.217). A questão da negritude e as conseqüências da

escravidão, por exemplo, com o contexto de políticas públicas criadas e geridas, principalmente, por pessoas de pele branca (Ecker, 2019), assim como, uma conjuntura nacional que manifesta elementos de fascismo social, refletem resquícios de desigualdades que compuseram as subjetividades dos brasileiros (Sousa Santos, 2001).

Nas expressões subjetivas da população, os estigmas de uma sociedade construída desigualmente, com extrema polarização da riqueza e iniquidade de acesso a direitos entre diferentes grupos sociais, se materializam no cotidiano a partir de medos, do colapso total das expectativas e por sentimentos de impotência, das pessoas viverem sem saberem se amanhã estarão vivas, se terão emprego ou liberdade. Para Sousa Santos (2001), “esse tipo de convivência fascista não está sendo produzido por um Estado fascista: o Estado é democrático, há partidos, há assembleias, há leis, há instituições públicas” (s/n), entretanto, existe uma população, cada vez maior, que não tem acesso ao exercício desses direitos.

3.1 Direitos Sociais, políticas públicas e políticas sociais

As referências bibliográficas sobre os Direitos Sociais demonstram a complexidade em torno do tema e como ele se expressa com singularidades no contexto brasileiro evidenciando princípios, valores e efeitos da história no Brasil atual. As políticas públicas e políticas sociais são apresentadas como as principais vias de concretização dos DS, através de ações, programas, políticas e serviços, que se efetivam de modos múltiplos, envolvendo acessos por contribuição e/ou não-contributivo, focalizado e/ou universal, público e/ou privado (Viana, Fonseca & Silva, 2017).

Entretanto, a inter-relação entre Direitos Sociais, políticas públicas, políticas sociais e intervenção do Estado, não é uma correspondência direta e consensual. O próprio processo histórico brasileiro evidencia avanços e recuos, ao longo do tempo, alternando entre períodos de ampliação da cobertura e maior atuação do Estado na área social, com momentos de recuo parcial do Estado e adoção de políticas sociais mínimas e/ou focalizadas nos segmentos mais pobres da população (Viana, Fonseca & Silva, 2017). Através de estudo sobre o desenvolvimento de políticas sociais na América Latina e Caribe afirma-se que os governos, nas últimas duas décadas, ampliaram os

investimentos sociais e introduziram políticas com resultados positivos em termos de impacto das ações e cobertura populacional. Esse investimento público, baseado em dados da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), predominou nas áreas da previdência social e assistência social sendo significativo, também, na saúde e da educação (Viana, Fonseca & Silva, 2017).

No entanto, apesar dos avanços obtidos, Lo Vuolo (2016) aponta que esses não foram suficientes para manter, de modo mais permanente, o bem-estar de grupos sociais mais vulneráveis, devido a uma instabilidade econômica estrutural, que se reflete em um sistema de proteção social incapaz de atuar como instrumento anticíclico das condições de vulnerabilidade. Esse dado se alia ao fato de que o acesso aos Direitos Sociais não se constitui de modo único, sempre gratuito e de alcance universal, pois as características expressas nas políticas públicas da América Latina denunciam um caráter híbrido: modelos segmentados por acessos definidos pela capacidade financeira da população; grande oferta privada de diferentes serviços (a despeito de serviços de caráter universal); clientelas com sistemas de proteção social próprios (militares, por exemplo); subsídios para esquemas privados de acesso aos direitos; políticas públicas e políticas sociais que são resultados da adoção simultânea de intervenções neoliberais que valorizam uma sociedade mercantil (Viana, Fonseca & Silva, 2017).

Lavinas (2016) destaca que as políticas sociais no Brasil também sofreram um processo de 'financeirização' que deterioraram as ofertas de serviços públicos, universais e gratuitos, com a priorização de produtos ofertados pelo sistema financeiro como, por exemplo, planos de saúde, financiamento estudantil, crédito direto ao consumidor, dentre outros, que enfraquecem as políticas públicas de proteção contra riscos e incertezas. No caso específico da saúde, por exemplo, o hibridismo e a financeirização das políticas públicas e sociais na América Latina evidenciam a disputa de duas principais concepções de direito à saúde:

(...) uma voltada para o universalismo com base em direitos sociais e assegurada por um sistema único e público de saúde, e outra que prioriza a expansão da cobertura e a redução do risco financeiro das famílias (a que hoje é denominada cobertura universal de saúde), com financiamento misto e fortalecimento das

regras de mercado (competição entre provedores) (Viana, Fonseca & Silva, 2017, p.10).

O não consenso entre autoras e autores sobre a definição de quais seriam as funções e fontes de financiamento das políticas públicas se relaciona a uma multiplicidade conceitual que, na literatura, descreve seus princípios e objetivos a partir de diversos sentidos. No conceito clássico de Laswell (1936), ações e análises que visam formular políticas públicas implicariam em responder questões como: quem ganha o quê? Por quê? E que diferença faz? O autor Dye (1984) sugere as políticas públicas como via de escolha do governo em realizar ou não realizar intervenções. De acordo com Peters (1986), políticas públicas afirmariam a soma de atividades dos governos que agem, diretamente ou por intermédio de delegações, na vida dos(as) cidadãos(ãs). Segundo o Manual de Políticas Públicas do Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE), “as Políticas Públicas são a totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público” (Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas, 2008, p.5).

Para Pereira (2011) as políticas públicas abarcam as políticas sociais, pertencem às “políticas de ação” e, por isso, requerem a “participação ativa do Estado, sob o controle da sociedade, no planejamento e execução de procedimentos e metas voltados para a satisfação de necessidades sociais” (Pereira, 2011, p. 173-174). A noção de ‘pública’ das políticas, para a autora, tem duas principais interpretações:

(...) a que privilegia o Estado como o produtor exclusivo de política pública, a ponto de conceber o termo público como sinônimo do termo estatal; e a que privilegia a relação dialeticamente contraditória entre Estado e sociedade como o fermento da constituição e processamento dessa política. Neste sentido, a política pública não é só do Estado, visto que, para a sua existência, a sociedade também exerce papel ativo e decisivo; e o termo público é muito mais abrangente do que o termo estatal (p. 94).

Nesse sentido, Pereira (2011) aponta sobre a forma como as PPs expressam a conversão de decisões e demandas estatais e privadas em intervenções públicas, que comprometem e têm efeitos sobre a população como um todo. A articulação e negociação entre o que é do Estado, da

população e o que é do privado, ou do público e do privado, então, se apresentariam como elementos inerentes à noção de política pública (Pereira, 2011). Para Barcellos (2016), a definição conceitual de PP envolve situar as estratégias historicamente adotadas de regulação social, de consenso, entendimento, negociação, regras, diálogos, dentre outras ações, que permitem impossibilitar a coerção por parte do Estado, como ocorre nas ditaduras. Na análise da autora “política pública (...) abarca a política social” (p.113) e ambas envolvem tomadas de decisão e um conjunto contínuo de ações interligadas.

Nesse raciocínio, Cavalcanti (2007) sintetiza posicionamentos teóricos sobre o termo políticas públicas:

(...) as políticas públicas podem ser implementadas por atores do setor público, atores de setores privados ou ainda por atores de organizações não governamentais (...) Nesse sentido, alguns autores falam de políticas públicas que potencialmente serão implementadas, enquanto que outros estabelecem sua conceituação tendo em vista a efetiva implementação das ações em um determinado período de tempo (CAVALCANTI, 2007, p. 32).

Utilizando desse referencial, Barcellos (2016) propõe considerar a criação das normas jurídicas como políticas públicas, ponderando seus efeitos sobre a população quando instituídas nas Constituições Federais, por exemplo. Desse modo, situa os discursos jurídicos e as políticas públicas como uma forma de exercício do poder nas sociedades democráticas, em que há uma complexidade de relações entre Estado e sociedade, incluindo relações sociais pautadas pelo campo da economia. A autora complementa, discutindo a inter-relação entre os Direitos Sociais e as políticas públicas, afirmando que muitos dos direitos, apesar de presentes em Constituição, requerem intervenção do Poder Judiciário para serem garantidos. Desse modo, a conceitualização de políticas públicas envolve considerar a judicialização para acesso à direitos no Brasil e, por conseguinte, judicialização das próprias políticas.

Na Constituição Federal de 1988 a produção de políticas sociais está prevista na Seção II da Saúde no Artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, 1988, Art.196).

No artigo 216, remetendo ao Sistema Nacional de Cultura, afirma-se a necessidade de uma “promoção conjunta de políticas públicas de cultura, (...) pactuadas entre os entes da Federação e a sociedade”; no Artigo 227, sobre a família, a criança, o adolescente, o jovem e o idoso também se demanda no plano nacional de juventude “a execução de políticas públicas” (Parágrafo II); e na Seção IV da Assistência Social, Art. 204, Parágrafo II, se regulamenta a necessidade de “participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis”. De tal modo, ‘políticas sociais’, ‘políticas públicas’ e ‘políticas’ são discursos presentes na CF de 1988, entretanto, sem constar uma descrição detalhada do que seriam esses conceitos. A ideia de ‘política’ aparece, também, no Parágrafo V do Art. 216 diferenciando-a de “programas, projetos e ações”, assim como, tem-se a noção de “políticas setoriais de governo” (Art. 216, IX, § 3º) e de “políticas específicas” (Art. 227, § 1º).

Esse panorama permite afirmar que Direitos Sociais, políticas públicas e políticas sociais se articulam como pressupostos da nação brasileira, mesmo que esses últimos carecendo de detalhamentos na CF de 1988. Para Silva (1999), as políticas públicas de garantia dos Direitos Sociais permitiriam o gozo dos direitos individuais no Brasil na “medida em que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade” (p.289-290). Para Hullen (2018), os DS são utilizados como parâmetros na discussão sobre o tema da cidadania, especialmente, considerando que a ideia de cidadania se intensifica após a Constituição de 1988 pela premissa de que sua garantia está relacionada a “uma sociedade que busca cada vez mais a autonomia de seus integrantes” (p.215).

Autonomia, cidadania, liberdade, saúde, envelhecimento, invalidez, dentre outros processos que envolvem a vida humana, os Direitos Sociais, as políticas públicas e políticas sociais, compõem o cotidiano das pessoas operando como via de reivindicações de benefícios sociais, garantidos pelo Estado (Hullen, 2018), para o exercício diário da vida. Benefícios que, no Brasil, historicamente, foram concedidos de modos desiguais, sendo uma construção lenta da própria população, “uma experiência vivida” (p.216) que se relacionou com a produção da subjetividade individual e coletiva. Desse modo,

considerar que as políticas públicas têm por função melhorar as condições de vida da população, produzindo subjetividades em meio à igualização de situações sociais desiguais (Silva, 1999), compreende-se que o exercício dos Direitos Sociais é um sólido valor coletivo para a produção de saúde na prática da Psicologia. Nessa perspectiva, torna-se importante aprofundar sobre como a discussão desse tema emerge na produção de conhecimento da área.

3.2 Direitos Sociais, políticas públicas e Psicologia

Na busca avançada de estudos e discussões na base de dados do SciELO (Scientific Electronic Library Online), cruzando a expressão 'Direitos Sociais' e 'Psicologia', encontram-se oitenta e sete (87) resultados, sendo que, quando pesquisada unicamente a expressão 'Psicologia', têm-se vinte e um mil, cento e trinta e um trabalhos (21.131). Articulando o termo Psicologia e 'Políticas Sociais' encontram-se duzentos e quinze (215) trabalhos e com a expressão Psicologia e 'Políticas Públicas' o número cresce para trezentos e oitenta e oito (388) resultados. Esses números não representam a amplitude de possibilidades da prática profissional e dos estudos realizados com o tema dos Direitos Sociais e das políticas públicas e sociais em Psicologia. Contudo, indicam alguns dados que podem ser considerados para analisar a produção de conhecimento da área.

De acordo com Miron e Guareschi (2017), o tema dos Direitos Sociais, política, políticas públicas, cidadania, dentre outros, acompanha o processo de institucionalização da profissão que se estabelecia em meados da década de 1988, rompendo com posições teóricas e práticas até então presentes no cenário brasileiro. Engendradas em um campo socio-histórico de transformação política nacional, “de forma sutil e dispersa” (p.355), a construção da garantia de direitos tornou-se interesse para as(os) psicólogas(os), delineando o tema como objeto de análise da profissão.

Relacionada às disputas de poder e às problemáticas sociais e políticas da época, Scarparo e Guareschi (2007) descrevem que a participação de intelectuais em movimentos de emancipação política naquela época, com crescente e expressiva quantidade de psicólogas(os), situava a problemática dos direitos em articulação com o questionamento do papel e da responsabilidade social da Psicologia, os efeitos de suas práticas e teorias, na

sociedade brasileira. Cabe destacar que os trabalhos utilizando o conceito de subjetividade foram centrais no avanço das discussões sobre a relação entre Direitos Sociais, políticas públicas e Psicologia. Ao problematizarem o modo como as pessoas se relacionam consigo, com os outros e com o mundo, eles possibilitaram complexificar a análise das incidências do Estado contemporâneo na vida da população, seus processos e efeitos, evidenciando diferentes produções de subjetividades nas políticas em articulação com as práticas psicológicas (Prado Filho & Martins, 2007).

Conforme Yamamoto e Oliveira (2010), os últimos 25 (vinte e cinco) anos demonstraram a inserção de psicólogas(os) em diferentes políticas públicas, prioritariamente, no campo de trabalho das políticas de saúde e de assistência social. Como consequência, muitos dos estudos, teorias e relatos de experiências se desenvolveram com foco nessas duas esferas dos Direitos Sociais. Tal realidade demandou da formação universitária uma adequação dos modelos consagrados de atuação profissional, devido a conjunturas impostas pelas próprias políticas, ressignificando a noção de Psicologia e de suas, até então, estratégias terapêuticas usuais. A inserção de profissionais fora de espaços privados, nas políticas públicas de garantia dos Direitos Sociais, nas comunidades, vilas, ruas e demais cotidianos do Brasil, emprestaram certa brasilidade às práticas profissionais, exigindo intervenções situadas socio-historicamente.

Dentre os temas que emergem a partir dessa prática, situada está a noção de território e territorialidade. As políticas públicas de garantia dos Direitos Sociais como, por exemplo, o Sistema Único de Saúde e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), organizam-se pela lógica do território nos municípios brasileiros, planejando e executando suas ofertas de serviços e abrangência das intervenções por recortes geográficos. Referente ao Direito Social à saúde, pelo SUS, a noção territorial se expressa nas próprias diretrizes da política: via descentralização, regionalização das ações, organização dos serviços com vistas à expansão do acesso, cobertura da população que o compõe, uso racional de recursos, atenção às necessidades regionais e estímulo à participação popular local, nos espaços de controle social (Gadelha, Machado, Lima & Baptista, 2009).

Assim, analisar a clínica em Psicologia, a produção de subjetividades e os processos terapêuticos, inserindo uma lógica de cuidado territorial, requer colocar em análise os paradoxos e ambiguidades em torno dos dispositivos Estatais constituídos para o esquadramento da população em uma perspectiva territorial. Cadastros, fichas de acompanhamento, visitas domiciliares, regiões de pertencimento, formas identitárias (gestantes, adolescentes, hipertensos, diabéticos, homens violentos...), mapas das famílias, etc., incluem a população em práticas de controle pelas políticas públicas e passam a fixar e segmentar os usuários à medida que o Estado adentra no território (Hillesheim & Bernardes, 2014).

Entretanto, para Hillesheim e Bernardes (2014), a noção de território das políticas ainda permanece restrita a um recorte geográfico e não a uma perspectiva de *território existencial subjetivo*. O que a política compreende como geográfico, transmuta-se no direcionamento dos modos de circulação, de habitar e de ser, que expropriam, impedem de circular, produzem sentimentos de pertença ou de identificação sobre aqueles que habitam determinado recorte espacial. Assim, considerar o território como espaço subjetivo e de relações sociais é evidenciar a complexidade da dinâmica territorial: uso dos recursos de um território, compreensão das migrações, crescimento demográfico, desigualdades regionais, interesses, saberes, formalidades, informalidades, legalidades, ilegalidades, sujeitos e conflitos que compõem as condições socioespaciais e operam em um determinado local (Hillesheim & Bernardes, 2014).

Para a Psicologia, a noção de território se faz presente na prática de garantia do Direito Social à saúde, orientando o modo de organização de um dos pontos altos da política públicas de saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa política se fundamenta na ideia de território e territorialidade amparada pela Lei nº10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (2001), considerando os diferentes setores da vida de usuárias e usuários, incluindo o contexto socio-histórico e territorial, para a formulação das práticas de cuidado e dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). A relação saúde-transtorno, nessa perspectiva, torna-se mais ampla e complexa do que relativa apenas a um organismo individual. O cuidado, assim, abrange uma perspectiva ampliada e

integral de saúde, sob princípios de um tratamento humanizado (Ministério da Saúde, 2015).

Ampliar a noção de saúde no exercício clínico da Psicologia requer inserir os diferentes Direitos Sociais – educação, trabalho, lazer, moradia, etc. – como elementos inerentes a uma constituição subjetiva cidadã, demandando um olhar multifatorial sobre a compreensão dos adoecimentos. Situar o exercício da cidadania como expressão de saúde, parte da orientação que institui a “atuação territorial, a intersectorialidade das políticas e o trabalho em rede” como “elementos (...) que orientam a perspectiva da desinstitucionalização, bem como, a Estratégia de Atenção Psicossocial (EAPs)” (Severo & Dimenstein, 2011, p.642). Essas premissas, pilares da política de saúde mental no Brasil, reconhecem os diferentes serviços públicos de Direitos Sociais como ferramentas às estratégias terapêuticas, já que atuam como possíveis vias para a constituição de subjetividades autônomas, cidadãs e para a produção de qualidade de vidas.

Contudo, estudos têm apontado que a construção de autonomia e reabilitação psicossocial no Brasil, na perspectiva da cidadania, tem enfrentado limitações uma vez que o contexto brasileiro carece de equipamentos sociais que garantam os direitos previstos em Constituição (Severo & Dimenstein, 2011). Os Projetos Terapêuticos de reabilitação psicossocial terminam por comportar duas concepções de cidadania predominantes nas práticas profissionais, que incidem sobre a subjetividade de usuárias e usuários, nos serviços substitutivos: uma que favorece processos de normalização social e outra que possibilita reconstruir modos variados de se conviver com a diferença (Severo & Dimenstein, 2011).

Essas duas intervenções predominantes podem estar ancoradas no que formulam Venturini, Galassi, Roda e Sérgio (2003), quando indagam sobre o modelo de sujeito idealizado, resquícios da modernidade, que ronda as práticas de cuidado em saúde mental. Esse projeto de sujeito estaria calcado na necessidade de recuperar aquilo que ‘faltaria ao louco’ para que ele possa atender expectativas de ser ‘racional’, ‘consciente’, ‘lógico’ e, portanto, ‘mentalmente normalizado’. Macedo e Dimenstein (2009) identificam, também, nas atuações da Psicologia no SUS e no SUAS, “uma adesão a um ideal de produzir sujeitos autônomos, produtivos, saudáveis e conscientes dos seus

direitos, logo se configurando como práticas normativas” (p.293). Descrevem haver ações que expressam a tentativa de ruptura aos modelos identitários hegemônicos; contudo, são intervenções em constante contradição, já que os direitos no Brasil, para as autoras, teriam sido afirmados com objetivos civilizatórios da República pela “coalizão histórica entre Saúde, Ordem e Progresso” (p.296).

Assim, as ambiguidades e paradoxos se fazem presentes na articulação entre a clínica em Psicologia, os Direitos Sociais e as políticas públicas. A interferência do mercado econômico e a imperativa preocupação com a produção e circulação do capital, de acordo com Guareschi, Lara e Adegas (2010), fazem emergir conflitos entre aquilo que são os direitos garantidos na Constituição e os interesses do mercado econômico. Em uma prática Estatal permeada por racionalidades mercantis, produzem-se efeitos subjetivos que atuam sobre os corpos nos quais se investe que não remetem unicamente a uma garantia de direitos. Na relação entre Estado, economia, direito e produção de subjetividades, efetivar a garantia de direitos pode vir a operar como forma de controle e homogeneização dos corpos, produzindo, pela via das políticas públicas, certa inversão das relações sociais em relações econômicas. Dito de outra forma, ao configurarem-se políticas públicas atravessadas por lógicas de mercado, as estratégias de governo em prol da garantia de acesso aos Direitos Sociais, incluindo as intervenções da Psicologia, estariam arranjadas por elementos que são, também, de interesse econômico (Guareschi, Lara & Adegas, 2010).

É o que se demonstra em estudo sobre a articulação entre questões econômicas e a formulação de Projetos Terapêuticos Singulares, de adolescentes internados compulsoriamente em um serviço de saúde mental por uso de drogas. Nesse estudo, constatou-se, a partir da análise de 107 internações, que a internação compulsória se apresenta como uma medida estratégica para governar sujeitos que advêm de situações de rua, abandono, pobreza e marginalização (Guareschi, Lara, & Ecker, 2016). O diagnóstico psiquiátrico, obrigatório para que o jovem tenha acesso ao serviço, como uma categoria de classificação, marca no real o que não existia a priori e, através do processo de internação compulsória, passa a administrar a vida de muitos dos adolescentes, sob mecanismos de investimento que buscam a produção de

determinados modos neoliberais de circulação social (Guareschi, Lara, & Ecker, 2016).

Nesse panorama, a articulação entre Direitos Sociais, políticas públicas e Psicologia, no Brasil, expressa a presença de diferentes fatores de análise que ampliam a compreensão sobre *como o exercício de Direitos Sociais incide nos processos subjetivos e terapêuticos em curso, na clínica em Psicologia, articulado às políticas públicas brasileiras*. Contexto precário de políticas públicas, violação dos Direitos Sociais, desigualdade social, território, territorialidade, intersetorialidade, trabalho em rede, processos de normalização ou de afirmação das diferenças, relações de poder, produção de autonomia, cidadania, classificações psiquiátricas, assim como mercado econômico e a circulação de capitais, são alguns desses fatores, com seus paradoxos e ambiguidades, presentes no contexto brasileiro da prática em Psicologia.

Com o objetivo de avançar na análise sobre como a noção de Direito Social incide na clínica em Psicologia, nas intervenções terapêuticas e como discursividade que produz práticas e subjetividades nos cotidianos das vidas sobre as quais intervém, faz-se necessária uma aproximação com a noção de clínica em Psicologia no país e como ela contribui evidenciando outros fatores de análise.

4. A noção de clínica em Psicologia no Brasil

Análoga à construção dos Direitos Sociais no Brasil, a noção de clínica em Psicologia desenvolveu-se ao longo do processo histórico brasileiro. Acompanhando os movimentos de transformação social e as interferências das discussões de outros países, foi sendo produzida, instituída, decomposta, questionada, problematizada e recolocada de diferentes modos de acordo com as demandas e interesses de cada época. Expressando abordagens divergentes e disputas profissionais, os movimentos em torno da construção de um conceito de clínica derivaram em multifacetados e plurais modos de pensar o exercício clínico da profissão, resultando em uma diversidade de propostas teórico-metodológicas (Birman, 2018). Com isso, o discurso sobre clínica no Brasil não é algo homogêneo que apresente uma simetria de sentidos (Ferreira Neto, 2010).

No dicionário de português, a Psicologia³⁰ não se faz presente na descrição de clínica e clinicar:

clí.ni.ca s.f. **1. Med.** Prática da medicina. **2.** Local em que os pacientes são examinados, consultados e tratados. **3.** Estabelecimento para realização de tratamentos especializados, não necessariamente médicos (*clínica de estética*).

cli.ni.car v.i. Praticar a medicina, principalmente na especialidade de clínica geral (*Clinica há vários anos*) (Terra, 2014, p.217).

Na definição desse dicionário, a noção de clínica se relacionaria a um “estabelecimento para realização de tratamentos” (p.217), clínica e clinicar referidas a uma especialidade profissional, prática delimitada por um espaço físico, onde se produz tratamento, com foco em alguma especialidade (Terra, 2014). Não explicitando a Psicologia, a descrição de tratamento, no mesmo dicionário, traz referências à:

1. Ação de tratar. **2.** Trato, forma de se comportar ou agir (*Dá tratamento diferente a cada filho*). **3. Med.** Conjunto de procedimentos médicos que visam à cura de um mal. **4.** Processo a que são submetidas certas substâncias (*Nesta seção se faz o tratamento das matérias primas*). *Pronome de tratamento*: forma de tratamento us. para dirigir-se à pessoa com quem se fala (Terra, 2014, p.1031).

Têm-se, nessa descrição de tratamento, diferentes sentidos, que relacionam o tratamento a uma ação, um modo de trato ou de relação, um conjunto de procedimentos, um processo de intervenção sobre algo ou alguém e uma forma de nomear ou categorizar pessoas. Cabe destacar a permanência da medicina, tanto na definição de clínica e clinicar, quanto na de tratamento. Na última, definida como a via de curar “um mal” (p.1031) através do conjunto de procedimentos que propõe (Terra, 2014). Pelas definições do dicionário, a medicina se torna uma das referências para a noção de clínica, remetendo ao que Doron e Parot (1998) afirmam, quando escrevem que a origem do termo clínica remete à atividade clínica do médico (do grego *klinê* – leito) em que ele, “à cabeceira do doente, examina as manifestações da doença para fazer um diagnóstico, um prognóstico e prescrever um tratamento” (144-145).

Para Moreira, Romagnoli, e Neves (2007), historicamente, houve uma influência da produção do conhecimento médico no desenvolvimento da

³⁰ O dicionário também não contempla outras profissões que discorrem sobre a noção de clínica, como a Fisioterapia, Odontologia, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Educação Física, dentre outras.

Psicologia, enquanto teoria e prática, especialmente na noção de clínica. Ao discutirem sobre o surgimento da clínica psicológica, as autoras discorrem sobre a clínica médica e suas repercussões na legitimação da Psicologia enquanto ciência. Ao longo do texto, utilizam expressões que evidenciam o multifacetado uso da noção de clínica: escuta clínica, atividade clínica, observação clínica, histórias clínicas, método clínico, prática clínica, ato clínico, espaço clínico, exercício da clínica, experiência clínica, modelo de clínica, origem da clínica, clínica social, clínica em consultório, clínica psicológica, clínica psicanalítica, clínica freudiana, clínica individual, psicologia clínica, psicólogo clínico, dentre outras.

Destacando a multiplicidade discursiva com que a noção aparece no texto das autoras, o fragmento acima demonstra alguns dos contextos linguísticos em que a palavra clínica é utilizada na Psicologia. Essa complexidade discursiva, em torno da noção de clínica, abre múltiplos horizontes de resposta para a pergunta que Moreira, Romagnoli e Neves (2007) formulam: “O que é Psicologia clínica? (...) o que é clínica?” (p.610). Santos (2001), ao discutir sobre a clínica no século XXI e suas implicações éticas, afirma que não há um estudo sistematizado sobre o que seria clínica em Psicologia, exatamente pelo campo apresentar uma pluralidade de abordagens teóricas que delimitam seus objetos de estudo a partir de diferentes localizações, utilizando pressupostos dos mais variados.

No que se refere às resoluções do Conselho Federal de Psicologia (CFP), que regulamentam a prática da Psicologia no Brasil, não há a presença da palavra clínica com normatização jurídica única. Na Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, que dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo, os “Serviços Clínicos” são citados no Artº. 16 e a “Psicologia Clínica” no Artº.19, sem detalhamento conceitual do que seria a noção de clínica. Na Resolução CFP n.º 014/00, de 20 de dezembro de 2000, que institui o título profissional de especialista em Psicologia, a Psicologia Clínica é descrita no Art.3º como uma especialidade (p.2). Essa resolução é alterada em 2001, com a Resolução CFP nº 02/01, e inclusão do Anexo 1 em que, no capítulo VI, se discorre sobre a atuação do psicólogo(a) especialista em Psicologia Clínica:

Atua na área específica da saúde, em diferentes contextos, através de intervenções que visam reduzir o sofrimento do homem, levando em conta a complexidade do humano e sua subjetividade. Estas intervenções tanto podem ocorrer a nível individual, grupal, social ou institucional e implicam em uma variada gama de dispositivos clínicos já consagrados ou a serem desenvolvidos, tanto em perspectiva preventiva, como de diagnóstico ou curativa. Sua atuação busca contribuir para a promoção de mudanças e transformações visando o benefício de sujeitos, grupos, situações, bem como a prevenção de dificuldades. Atua no estudo, diagnóstico e prognóstico em situações de crise, em problemas do desenvolvimento ou em quadros psicopatológicos, utilizando, para tal, procedimentos de diagnóstico psicológico tais como: entrevista, utilização de técnicas de avaliação psicológica e outros (p.12).

Assim, a delimitação do que seria uma Psicologia Clínica é ampla, faz menção à área da saúde, mas, ao não especificar o que seria essa área ou se esta se refere às políticas públicas do Direito Social à saúde, abre para diferentes interpretações. Ao nomear aquilo que se refere à clínica, a Resolução define que suas intervenções visam reduzir o sofrimento, prevenir, diagnosticar, curar, propor mudanças, transformações e benefícios, sem especificar o comportamento alvo desses últimos ou os critérios para se certificar quando algo foi curado, transformado ou beneficiado. Além do sofrimento, também a crise, os problemas do desenvolvimento, dificuldades e quadros psicopatológicos são citados como foco de intervenção (Resolução CFP nº 02/01 de 2001).

Como ferramenta de intervenção clínica, a Resolução cita a expressão “dispositivos clínicos” (p.12), sem descrever exatamente o que seria isso, mas, relacionando a prevenção, o diagnóstico e a cura como suas funções. Mais à frente do documento nomeia as entrevistas, técnicas de avaliação psicológica, a “orientação, (...) atendimentos terapêuticos (...) psicoterapia individual, de casal, familiar ou em grupo, psicoterapia lúdica, terapia psicomotora, arte terapia, orientação de pais e outros” (p.12) como procedimentos psicológicos possíveis de serem utilizados na clínica. Sobre o local do trabalho clínico, inclui em sua definição as equipes multiprofissionais, unidades básicas de saúde, ambulatórios, hospitais, instituições específicas de saúde mental, hospitais-dia, unidades psiquiátricas, programas de atenção primária, centros e postos de saúde na comunidade. Destaca-se que programas de pesquisa, treinamento e desenvolvimento de políticas de saúde mental, também são considerados exercícios de uma Psicologia Clínica (Resolução CFP nº 02/01 de 2001).

Seria, então, toda a prática da Psicologia, clínica? A noção de Psicologia Clínica, na Resolução CFP nº 02/01, enfatiza a área específica da saúde. Entretanto, ao afirmar que a clínica se daria em diferentes contextos – tanto individual, quanto grupal, social e institucional –, mantém a abertura de interpretações para que outras áreas sejam contempladas quando estiverem relacionadas ao sofrimento humano ou às demais necessidades de intervenções clínicas (prevenção, diagnóstico, tratamento e cura). Ainda na esfera normativa, o Código de Ética Profissional do Psicólogo, de 2005, não menciona a palavra clínica nem clínico, tampouco a Resolução CFP nº 006/07, que institui o Código de Processamento Disciplinar referente às faltas disciplinares e infrações ao Código de Ética praticadas por profissionais (Conselho Federal de Psicologia, 2005; Resolução CFP nº 006/07 de 2007).

No Catálogo Brasileiro de Ocupações (CBO), do Ministério do Trabalho e do Emprego (MTE), tem-se no registro “2515-10 - Psicólogo clínico: Psicoterapeuta, Psicólogo da saúde, Terapeuta” que é considerado uma ocupação, como subárea da família código 2515, que inclui a descrição de psicólogos (educacional, do esporte, hospitalar, jurídico, social, do trânsito, do trabalho, neuropsicólogo e psicólogo acupunturista) e psicanalistas, com a seguinte circunscrição de função para todos:

Descrição Sumária

Estudam, pesquisam e avaliam o desenvolvimento emocional e os processos mentais e sociais de indivíduos, grupos e instituições, com a finalidade de análise, tratamento, orientação e educação; diagnosticam e avaliam distúrbios emocionais e mentais e de adaptação social, elucidando conflitos e questões e acompanhando o(s) paciente(s) durante o processo de tratamento ou cura; investigam os fatores inconscientes do comportamento individual e grupal, tornando-os conscientes; desenvolvem pesquisas experimentais, teóricas e clínicas e coordenam equipes e atividades de área e afins (Ministério do Trabalho, 2018, on-line).

Por fim, analisando as 70 páginas do Caderno de Deliberações do 9º Congresso Nacional de Psicologia de 2016, documento deliberativo da categoria profissional, a noção de clínico e clínica está presente em 8 (oito) pontos do documento. Ao definir e oficializar, nacionalmente, as diretrizes que deveriam nortear a atuação do Sistema Conselhos de Psicologia para o triênio 2017/2018/2019, por uma democrática construção coletiva de psicólogas e psicólogos, o Caderno apresenta a noção de clínica:

- 1) Relacionando ética, política, técnica, processo democrático e garantia de direitos, demandando “diretrizes e protocolos clínicos” (p.26);
- 2) Solicitando ampliação e qualificação do exercício profissional no Estado de garantia de direitos, na relação com a justiça, na perspectiva de gênero e nas relações de poder desiguais “seja nas políticas públicas, seja na clínica particular, seja nas organizações” (p.36);
- 3) Demandando a criação de referências técnicas sobre diversidade da psicologia, incluindo a “Psicologia Clínica” (p.38);
- 4) Requerendo que seja revista a “obrigatoriedade do CID 10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde nos diagnósticos” preservando a “autonomia no atendimento clínico” com incidência sobre a Lei nº 9656/98” (p. 44);
- 5) Solicitando discussões acerca das relações entre Psicologia e políticas públicas que abordem a “atuação do(a) Psicólogo(a) na clínica ampliada (...) discussão de ‘campo e núcleo’, ‘clínica ampliada’, ‘clínica psicossocial’ (...) buscando as delimitações técnicas e metodológicas, amparadas no escopo ético-político de base crítica e contextualizada” (p.45);
- 6) Inserida na Moção de Repúdio à desarticulação do PAI-PJ TGMG (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais) que, ao demitir Articuladores de Rede “poderá acarretar graves consequências clínicas, sociais e jurisdicionais” (Congresso Nacional da Psicologia, 2016, p.53).

Permanecendo numa multiplicidade discursiva, no Caderno de Deliberações sobre a gestão do Sistema Conselhos, a noção de clínica evidencia que o tema comporta, não apenas uma abertura à inovação, mas, também, a presença de faltas, pontos incertos, indefinidos, que precisam ser ampliados, desenvolvidos e/ou modificados para que a clínica se qualifique. Assim, nesse capítulo, verifica-se que a noção de clínica comporta e articula diferentes discursos: métodos, técnicas, ferramentas, éticas, temáticas, perspectivas teóricas, campos e locais de intervenção. Sob discursos múltiplos, às vezes incompatíveis ou ambíguos, suas descrições acabam por representar a amplitude da prática profissional que opera desde medidas preventivas, até diagnósticas, de tratamento e existenciais.

Referida a um campo que nunca foi coeso, a Psicologia, numa multiplicidade científica e prática, não representaria uma unidade em suas propostas de intervenção, considerando que: o acordo do limite entre um suposto normal ou patológico, adaptado ou desadaptado, real ou não real, verdadeiro ou não verdadeiro, afirma-se dentro de espaços teóricos e práticos em permanentes contradições e disputas (Passos & Barros, 2000). A partir dessa perspectiva, é possível inferir que as ações da categoria, nomeadas como clínicas, terapêuticas, produtoras de subjetividade ou de saúde mental – preventivas, de diagnóstico, tratamento, cura ou existenciais – tornam-se ações de complexa categorização, conduzidas por práticas profissionais diversas, que ocorrem paralelamente.

4.1 Clínica, clínico, terapêutico e terapêutica

Se a noção de clínica em Psicologia, suas diretrizes e normatizações, evidenciam a imprecisão e diversidade próprias ao principal objeto de estudo da área – os seres humanos – a definição sobre o quanto uma intervenção profissional pode ter efeitos clínicos, terapêuticos, subjetivos ou de saúde mental, na vida das pessoas, torna-se mais complexa. Santos (2001) faz uma diferenciação entre clínica e terapêutica utilizando a ideia de Georges Canguilhem. Nela, o filósofo e médico francês afirma a clínica como “uma técnica ou uma arte situada na confluência de várias ciências, mais do que uma ciência propriamente dita” (Canguilhem, 1995, p.16).

Essa afirmação faz Santos (2001) descrever a clínica como uma prática de intersecção entre diversos saberes, ou seja, resultado da articulação de diferentes conhecimentos sobre os seres humanos. A interdisciplinaridade, enquanto marca da clínica, situaria a complexidade dos fenômenos psicológicos, marcando, no adoecimento, a inseparabilidade entre aquilo que seria de ordem corporal, psicológica ou cultural. Quanto ao que considera como a terapêutica, por sua vez, Santos (2001) faz menção de que se trataria, não da clínica em si, mas de ferramentas e recursos, ou seja, um dos aspectos da clínica, que produz efeitos terapêuticos:

A terapêutica é (...) um conjunto de recursos disponíveis (...) que proporcionam o controle, combate ou a cura do doente. Portanto, deduz-se que a terapêutica só se dá a partir de um conhecimento prévio e da aplicação dos recursos e ferramentas,

que só foram possíveis através do contato prévio com o objeto, ou seja, através da clínica (p.7).

Para Santos (2001), haveria uma tendência em se compreender os termos clínica e terapêutica como sinônimos, embora, na perspectiva do autor, os conceitos fazem fronteira mas não se confundem. Contudo, se a busca por uma diferenciação entre clínico e terapêutico fosse baseada pelas diretrizes e normativas da Psicologia sobre a noção de clínica no Brasil, esta fronteira se tornaria menos nítida. Um exemplo dessa inexistência de fronteiras se daria, não apenas pela multifacetada e complexa noção de clínica no Brasil, como descrito no capítulo anterior, mas, também, pela singularidade da perspectiva em que se analisa determinada situação da prática psicológica.

A clínica em Psicologia seria uma experiência “reduzida ao simples encontro entre psicólogo e paciente?” questiona Santos (2001, p.89). A resposta a essa pergunta, pelo raciocínio do autor, seria não, já que o espaço clínico tem a ver com um habitat de diferentes saberes teóricos que se atravessam, articulado a um conjunto de ferramentas e recursos terapêuticos disponíveis para intervenção. Entretanto, a resposta poderia ser sim, se fosse utilizado o raciocínio das diretrizes e normatizações brasileiras sobre a noção de clínica no Brasil e o encontro entre profissional e paciente fosse reconhecido como uma intervenção terapêutica: o encontro enquanto um método, uma técnica, ferramenta, ética, temática, perspectiva teórica, campo ou local de intervenção.

Outro exemplo seria a ideia de prevenção presente na Resolução CFP nº 02/01, como um dos campos da clínica em Psicologia. Nela, não há, necessariamente, a presença de uma demanda a ser controlada, combatida ou curada, já que a lógica da prevenção pressupõe intervenções que antecedem a identificação de um adoecimento, sofrimento ou dificuldades a serem alvo de terapêuticas. A própria Psicoterapia, enquanto campo terapêutico, no Catálogo Brasileiro de Ocupações do Ministério do Trabalho e do Emprego (Ministério do Trabalho, 2018, on-line) tem a mesma descrição de função que a Psicologia Clínica, a Psicologia da Saúde e a Psicanálise. Nelas, o estudo e a pesquisa também são considerados campo da clínica, sem que prevejam, necessariamente, “a aplicação de recursos e ferramentas” como propõe Santos ao definir o que seria a terapêutica na clínica (2001, p.7).

No dicionário de língua portuguesa, a palavra ‘terapêutica’ e ‘terapêutico’ estão inseridas com as seguintes descrições:

Te.ra.pêuti.ca *s.f.* 1. *Med.* Estudo dos métodos para o tratamento e cura de doença. 2. *p.ext.* Método adequado para tratar uma doença específica; terapia.

Te.ra.pêuti.co *adj.* 1. Rel. à terapia ou ao tratamento de doenças. 2. Rel. à terapêutica. 3. Que serve para curar ou aliviar (*massagem terapêutica*) (Terra, 2014, p.1009).

No dicionário, terapêutico e terapêutica diferem no significado, mas se inter-relacionam e apresentam discursos que remetem aos elementos do significado de clínica. Terapêutica, assim como clínica e clinicar, estaria relacionado à prática da medicina e ao tratamento e cura de doenças; o termo clínica envolveria um local em que “os pacientes são examinados, consultados e tratados” (p.217); e terapêutica, o estudo de métodos ou o método adequado para tratar de uma doença específica. Na palavra terapêutico, o sentido parece mais vago, mas remeteria “à terapia ou ao tratamento de doenças” (p.1009). Assim como a palavra clínica, terapêutico também refere à cura ou ao alívio de algo.

Em uma breve busca de artigos na base de dados do SciELO - Scientific Electronic Library Online, cruzando as palavras-chave ‘terapêutico’ e ‘Psicologia’, a noção de terapêutico e clínica são utilizadas em diferentes argumentos. Na discussão de Amorim e Dimenstein (2009), a palavra terapêutico aparece nomeando um contexto e um dispositivo governamental “serviço residencial terapêutico” (p.196), uma ação da prática profissional “projetos terapêuticos” (p.199) e uma estratégia clínica “acompanhamento terapêutico” (p.201).

A ideia de terapêutico, nessa abordagem, remeteria a função de desinstitucionalizar pessoas e instituir práticas de cuidado, oferecendo condições de vida, liberdade, circulação pela cidade, exercício de cidadania, de direitos, operando na transformação de “toda uma cultura que sustenta a violência, a discriminação e o aprisionamento da loucura” (p.197). Como uma clínica vinculada aos “projetos de felicidade” (p.199) de usuárias e usuários, destaca-se que, nessa discussão, há uma crítica sobre a relação direta entre terapêutico e o estabelecimento de uma cura:

O primeiro passo nessa desmontagem (no processo terapêutico) seria renunciar à perseguição da cura, na relação problema-solução, tomando como objeto a existência-sofrimento. Assim, a ênfase não é mais colocada no processo de cura no sentido da vida produtiva, mas no projeto de "invenção da saúde" e de "reprodução social do paciente" através da utilização das formas e dos espaços coletivos de convivência dispersa (Amorim & Dimenstein, 2009, p.197, parênteses nosso).

O exercício clínico, nessa perspectiva, ocorreria relacionado ao cuidado, levando em consideração as imprevisibilidades que o habitar “da loucura em sua estranheza” (p.196) opera, como via de denúncia e evidência das diferentes formas institucionalizadas que compõem a sociedade, na medida em que a loucura tensiona com sua diferença, produzindo efeitos no encontro com a cidade, com o residencial terapêutico, com seus moradores(as), trabalhadores(as) e cuidadores(as).

No artigo de Moura, Guimarães e Luz (2013), terapêutico³¹ emerge enquanto argumento para pensar uma ação: “toque terapêutico” (p.393); um percurso: “processo terapêutico” (p.394); um acontecimento: “encontro terapêutico” (p.397); uma relação: “vínculo terapêutico” (p.400); uma representação: “desenho terapêutico” (p.401); e o conjunto dos familiares e profissionais: “sistema terapêutico” (p.395). Pensado também enquanto um “recurso” (p.395), a noção de terapêutico, dentre suas multiplicidades discursivas no texto, estaria relacionada à finalidade de produzir relações, acolhimento, vínculo, contato físico, visual, sonoro, intervenção auditiva (por vocalizações), perceptivas (pela luminosidade), produção de afeto (“daquilo que afeta, atinge, modifica, aumentando ou diminuindo a potência do indivíduo” p.397), protagonismo, produção de conforto, valoração, suporte, diálogo, qualidade de vida, cuidado humanizado e integral.

A noção de clínica, remeteria a aspectos técnicos, científicos, tecnológicos, integrada aos imprevistos do cotidiano, à singularidade de cada

³¹ O artigo aborda a clínica em um contexto específico, num hospital materno-infantil com grávidas de alto risco e bebês em situações graves e complexas de saúde. Entretanto, apesar dessa especificidade, compreende-se que as diferentes intervenções terapêuticas em Psicologia não são restritas à contextos específicos, mas, sim, a singularidade dos sujeitos e suas demandas. Assim, se entende que o toque, o encontro e o vínculo, por exemplo, podem operar como intervenções terapêuticas em outros contextos, se necessários. Desse modo, os artigos utilizados nesta sessão, apesar de remeterem a contextos específicos, foram usados como referência com o objetivo de abordar algumas das diferentes compreensões de ‘clínica’, ‘clínico’, ‘terapêutico’ e ‘terapêutica’ em Psicologia de forma generalista, sem recorte teórico especificamente restrito.

situação, que requerem intervenções particulares, técnicas criativas e um(a) profissional que seja capaz de inovar. Para além de uma prática que visaria extinguir ou resolver doenças e suas queixas, o exercício clínico envolveria sensibilidade, particularizações, disponibilidade para o encontro, abertura para afetos e “um deixar-se fluir junto ao tempo” (p.397). Esses aspectos, de acordo com as autoras, seriam inerentes para eficácia do profissional na clínica³², no encontro terapêutico e para a produção de saúde (Moura, Guimarães & Luz, 2013).

Para Serralta, Nunes e Eizirik (2007), terapêutico estaria relacionado, principalmente, a psicoterapia e psicanálise – denominadas no texto como campos da clínica. Inclui-se, assim, o uso de expressões como “resultados terapêuticos”, “episódios terapêuticos” (p.45), “clima terapêutico”, tratamentos “psicoterapêuticos” (p.47) e “trabalho terapêutico” (p.49). Para as autoras, haveria uma lacuna no Brasil no que se refere a estudos sistemáticos que avaliem a eficácia dos processos terapêuticos. Essa lacuna teria relação com críticas feitas às psicoterapias e à psicanálise, no que se refere às faltas de evidências que comprovem serem elas mais efetivas do que outros métodos de intervenção.

Entretanto, para as pesquisadoras, já haveria considerável consenso de que as psicoterapias são efetivas, havendo, então, novos questionamentos no campo científico sobre o discurso terapêutico, “tais como: quais as psicoterapias que funcionam melhor para quais pacientes? E quais os aspectos, métodos e fatores que contribuem para a mudança em psicoterapia?” (p.45). Para Serralta, Nunes e Eizirik (2007), indagar sobre os processos terapêuticos tem como objetivo fundamental entender como a mudança ocorre ao longo do curso do tratamento, quais mecanismos e meios teriam ação terapêutica, que relações causais haveria entre o processo terapêutico e a mudança psíquica e quais modelos terapêuticos poderiam ser gerados a partir de estudos minuciosos sobre estratégias terapêuticas. Nessa perspectiva, o foco na mudança, em mecanismos, meios, ações, causas, efeitos, estratégias e conceitos teóricos específicos (transferência, resistência,

³² Ressalta-se que elas se referem aos profissionais de saúde de modo geral e não especificamente a psicólogas.

estados afetivos, aliança terapêutica, dentre outros) seriam referidos como meios de avaliação da noção de terapêutico.

A compreensão de clínica e clínico, quase como inerente à de terapêutico, mantém-se presente no texto em diferentes momentos: enquanto título acadêmico das autoras, “Mestre em Psicologia Clínica” (p.44); relacionada à ação terapêutica, ao curso ou etapa do tratamento, “mudança clínica” (p.45), “atividade clínica” (p.46), “material clínico” (p.50); e aos estudos que criam instrumentos para avaliar os processos terapêuticos, “do ponto de vista clínico” (p.45), com “juízo clínico” Destaca-se que os instrumentos citados no texto, ferramentas de investigação sistemática sobre os processos terapêuticos, baseiam-se na transcrição literal das sessões de tratamento, gravadas em vídeo ou áudio, tendo como objetivo promover “uma descrição detalhada e abrangente dos elementos do processo terapêutico em termos clinicamente relevantes” (p.46). Tal questão, há várias décadas, suscita “controvérsias entre clínicos e pesquisadores psicanalíticos” (Serralta, Nunes & Eizirik, 2007, p.46).

Por fim, no relato de experiências profissionais na base do SciELO, outros artigos articulam as noções de clínico e terapêutico remetidas ao que a Psicologia oferta enquanto prática. Dentre estes, têm-se a aproximação entre clínico e terapêutico como recurso eficaz de enfrentamento, de elaboração dos sentimentos e aprendizagem de novos comportamentos em experiências da vida. Esse é o caso quando clínico e terapêutico são tomados como estratégias e campos de intervenções, que visam minimizar o impacto psicológico de doenças físicas e orgânicas (Motta & Enumo, 2010); quando envolvem um objetivo educativo que forneceria informações aos(às) pacientes sobre fatores associados a vulnerabilidades psicossociais ou sobre o uso de medicações psicotrópicas, dentre outros conhecimentos que podem ser ensinados no processo de cuidado, articulando ambos os termos clínico e terapêutico (Zinga, Shauna Dae, & Born, 2005).

4.2 Clínica, saúde mental, saúde integral e atenção psicossocial

As diretrizes e regulamentações que embasam a prática em Psicologia no Brasil não intencionam esgotar a multiplicidade de possíveis compreensões sobre a noção de clínica da profissão. Não há, também, uma diretriz ou

regulamentação nacional homogeneizante que defina a ideia de terapêutico e terapêutica³³, resultando em variações que são encontradas nos estudos da área. Essa variabilidade resulta em inconstantes usos dessas palavras, incluindo a utilização de conceitos semelhantes, como clínico e clínica, terapêutico e terapêutica, até a utilização de expressões que remetem ao mesmo sentido, como 'ação clínica' e 'ação terapêutica', mas utilizadas em diferentes momentos de um discurso.

Clínico e terapêutico como sinônimos, como noções que fazem fronteira, mas não se confundem, até a possibilidade da inexistência de um conceito delimitado – a discussão aqui proposta não tem o objetivo de retirar a ambiguidade, o duplo ou múltiplo sentido, presente nessas noções. Se, em alguns momentos, clínica parece remeter mais a um espaço físico, um local ou instituição, em outros essa delimitação parece imprecisa, mais ampla ou contraditória, especialmente, quando pensada como um campo para além do físico, marcado por uma intersecção e interdisciplinaridade de saberes (Passos & Barros, 2000). Frequentemente nomeados como um recurso, os discursos sobre a ideia de terapêutico e terapêutica se vinculam, de modo indissociável, às noções de clínico e de clínica.

Relativo ao que é próprio à clínica e a aspectos clínicos, a noção de terapêutico distingue, caracteriza e qualifica ações, intervenções e recursos na teoria e na prática da Psicologia. Com diferentes finalidades produtoras de efeitos nas pessoas, a ideia de terapêutico remete a um dispositivo, recurso, ação, estratégia, projetos, serviços, práticas, intervenções, ferramentas, percursos, acontecimentos ou a um conjunto de elementos. Elementos que operam na transformação, mudança, cura, alívio, tratamento, controle, combate, cuidado, produção de saúde, redução do sofrimento, dentre outras demandas, frente aos imprevistos do cotidiano, à complexidade dos humanos, suas subjetividades, e às singularidades de pessoas, coletivos e situações.

O que se verifica é que, atualmente, existe um amplo campo discursivo sobre a noção de clínica e de terapêutica. Contudo, esse fato não é algo

³³ Não se tem a pretensão de referenciar todas as inúmeras abordagens da Psicologia e suas perspectivas sobre clínico, clínica, terapêutico e terapêutica. O breve recorte da literatura visa evidenciar alguns dos discursos presentes nas discussões sobre o tema. O objetivo é contribuir com elementos analíticos para o estudo da clínica em Psicologia e o exercício dos Direitos Sociais, foco da presente Tese de Doutorado.

natural de origem da Psicologia, enquanto área de conhecimento, mas efeito de uma construção histórica que, em diferentes momentos, colocou em questionamento a profissão, seus saberes e ferramentas de intervenção. Os questionamentos sobre a eficácia e a resolutividade das práticas psicológicas também se intensificaram quando a Psicologia foi convocada a intervir em demandas da população, no campo da saúde pública, tensionada por movimentos em prol de uma saúde coletiva.

Assim, em 1990, nas discussões sobre loucura e políticas de saúde mental no Brasil, Bezerra Júnior (1990) era um dos profissionais que colocava em análise as políticas de saúde mental existentes, as especificidades da esfera pública e as abordagens terapêuticas usuais daquele período. Em um momento em que a noção de público em saúde mental era associada aos espaços destinados “aos desvalidos, aos deserdados de sorte, enfim, aos cidadãos de segunda categoria” (p.135), o autor debatia a necessidade de se avançar na assistência em saúde mental para atendimentos e terapêuticas extra-hospitalares. Com isso, afirmava a necessidade de terapêuticas que reconhecessem a “importância do sofrimento psicológico” (p.136) sem priorizar a internação como principal estratégia de cuidado. Também questionava as “consultas” de “cinco minutos” (p.137), as quais transformavam o ato terapêutico “num mecânico e interminável ritual de prescrição de remédios e cronificação do sofrimento” (p.137).

Sobre as opções técnicas, programáticas e operacionais, Bezerra Júnior (1990) apontou que algumas atuavam apenas depois que o adoecimento havia se desenvolvido, sem intervenções precoces ou preventivas, baseadas na compreensão da demanda em saúde mental como “um fato natural” (p.137). Citou, também, as que compreendiam o adoecimento psíquico originado por distúrbios somáticos, psicológicos, comportamentais, inconscientes, existenciais ou genéticos do indivíduo, conforme as distintas matrizes teóricas que orientam as práticas nesse campo. Um de seus questionamentos, nomeia a “ilusão de universalidade” (p.140) que rondava as propostas de intervenção dos profissionais, como se os seres humanos fossem histórica e geograficamente iguais, se emocionando, reagindo e se afligindo da mesma maneira independente do lugar e época.

A análise de Bezerra Junior sinaliza que as demandas clínicas em saúde mental diferem de acordo com o momento histórico, localização geográfica e grupo populacional, como também que a compreensão de 'adoecimento psíquico' não é igual entre as diferentes pessoas em uma população, em especial, a brasileira, que apresenta diversas fronteiras culturais. Ainda, os pensamentos do autor, em articulação com a presente escrita, possibilitam conceber os adoecimentos psicológicos como fatos socialmente forjados, que envolvem tanto sofrimentos por causa das condições de miséria e exploração impostos à maioria da população quanto a falta de políticas adequadas. Ao mesmo tempo, possibilita manter a crítica às terapêuticas que situam o adoecimento como mero fato social, isto é, onde alienação mental equivale a alienação social. Desse modo, compreende-se a importância de colocar em análise o etnocentrismo dos profissionais, uma vez que aquilo que parece um "distúrbio emocional" ao terapeuta, ou um fato social adoecedor, pode configurar-se como "um sinal de perturbação da rede de relações pessoais e espirituais" (Bezerra Júnior, 1990, p.142) para um paciente umbandista e, conseqüentemente, a compreensão sobre o que é 'estar curado' ou 'doente' divergir, significativamente, entre os dois.

Ao colocar clínica e as terapêuticas de saúde mental em análise, relacionando o posicionamento teórico de profissionais frente a aspectos do usuário – sua singularidade, cultura, fatores regionais e geográficos –, os apontamentos de Bezerra Júnior contribuem, na presente escrita, para pensar a relação entre saúde em uma perspectiva individual e saúde na perspectiva integral, biopsicossocial. O texto de Bezerra Junior, situando o contexto histórico da ditadura militar no país, faz menção à relação entre saúde e democracia, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica e do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Em um momento em que a Constituição Federal de 1988 instituía a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, a discussão sobre qual saúde se almejava – integral, pública, universal e gratuita –, embasava discussões de movimentos sociais, universitários, sindicais e interferia nas experiências regionais de organização de serviços. Essas discussões consolidaram-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da

sociedade civil debateram um novo modelo de política de saúde para o Brasil, baseado na promoção, proteção e recuperação da saúde (Conselho Nacional de Saúde, 1986). A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como a 'Lei do SUS', promulgou o modelo de cuidado baseado em uma atenção integral, biopsicossocial, originando o Sistema Único de Saúde.

Historicamente, a ideia de cuidado integral e integralidade se expressam na Lei 8.080, no seu conteúdo: 1) Capítulo I, Art. 5º, como um dos objetivos do Sistema Único de Saúde a “d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”; 2) Capítulo II, dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º “II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”; 3) Capítulo VI, do subsistema de atendimento e internação domiciliar, “§ 1º (...) incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos (...) ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio” (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990).

A inserção da noção de cuidado integral e integralidade nas diretrizes do SUS foi central para as práticas em saúde mental que dela derivaram, instigando a produção de novas abordagens em saúde, clínica e terapêutica, no Brasil. Os movimentos aliados aos princípios do Sistema Único de Saúde preconizam uma concepção ampliada de saúde, a saúde integral, que compreende os agravos e doenças como compostos e promovidos por diferentes determinantes, como questões biológicas, individuais, relacionais, familiares, culturais, políticas e sociais. No campo da clínica e das terapêuticas em saúde mental, a compreensão de saúde integral será a base das políticas de atenção psicossocial, por enfatizar o processo de saúde-adoecimento como intimamente “relacionado a múltiplos determinantes sociais, que se encontram envolvidos na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação da condição saudável ou da situação de agravo” (Ministério da Saúde, 2014, p.20).

Desse modo, o princípio da integralidade na atenção e na saúde tornou-se uma diretriz que orienta diferentes políticas do SUS no Brasil³⁴, incluindo as

³⁴ Política Nacional a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2003; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004; Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, de 2007; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de

de saúde mental, que compreendem não apenas a saúde como algo integral, mas, também, a importância de uma 'atenção integral à saúde' como estratégia clínica. Esse é o caso da Rede Temática de Atenção à Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Direcionada para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de cuidado decorrentes do uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, definem-se como orientações da RAPS:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; III - combate a estigmas e preconceitos; IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI - diversificação das estratégias de cuidado; VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; XI - promoção de estratégias de educação permanente; e XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, Art. 2º).

A RAPS, como as demais estratégias do SUS da atenção psicossocial, preconiza uma atenção integral à saúde, compreendendo a saúde como expressão biopsicossocial. Como demonstra o fragmento da política anteriormente, produzir uma clínica na perspectiva da saúde integral requer considerar a construção do Projeto Terapêutico Singular relacionado, também, ao exercício dos direitos. Assim, o acesso a educação, lazer, esporte, habitação, cultura, ao território, dentre outros, torna-se eixo central para a produção de autonomias, liberdades, equidades, combate a estigmas e preconceitos (Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011).

2009; Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, de 2010; Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, de 2013; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, de 2014; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, de 2015; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani, de 2018; dentre outras (Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017).

O exercício da cidadania – abrangendo a participação no controle social, acesso a serviços de base territorial e comunitária, com atenção regionalizada à saúde – registra-se como determinantes da saúde em uma perspectiva da integralidade do cuidado, centrado nas necessidades das pessoas, com vistas à inclusão social. O cuidado integral e a assistência multiprofissional, como vias de promoção de uma atenção à saúde humanizada, exigem estratégias que facilitem a integração de políticas setoriais e tecnologias inovadoras, compreendendo que elas são estruturantes e condicionantes para a defesa e a garantia da vida, assim como para a abordagem dos projetos de vida das pessoas (Ministério da Saúde, 2014, p.20).

Com a determinação dessas diretrizes e orientações pelas políticas do SUS, complexificou-se o cuidado clínico, redirecionando o modelo de assistência às pessoas em adoecimento psíquico e remodelando a forma como a cidade organiza suas práticas de cuidado para a população. Essas transformações também se articularam a instituição e consolidação de diversos modos de pensar e exercer a clínica no Brasil. Com isso, desenvolveram-se dispositivos de intervenção que trabalham seus pressupostos baseados em uma clínica inserida no território de vida de usuárias e usuários, conforme as abordagens propostas como clínica ampliada (Campos, 2003), clínica nômade (Rolnik, 1997; Ferla, 2007), clínica peripatética (Lancetti, 2006), clínica itinerante (Lemke, Silva, 2013), acompanhamento terapêutico (Palombini, 2008), inclusas em propostas como a dos Consultórios na Rua, os Programas de Redução de Danos, os Agentes Comunitários de Saúde.

4.3 A clínica do Acompanhamento Terapêutico, território e autonomia

O Acompanhamento Terapêutico, pode operar como uma das ferramentas clínicas disponíveis na atenção psicossocial. Como dispositivo clínico que incide na produção de subjetividades a partir dos territórios em que vivem e circulam as pessoas assistidas, o AT apresenta-se em conformidade com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do Sistema Único de Saúde. Enfatizando uma clínica situada socio e historicamente, as terapêuticas do AT se delineiam, não apenas pelas conexões com a rede intersetorial de serviços e com as políticas públicas territorializadas, mas, também, pelo modo como ele imerge na vida daqueles a quem atende. Adentrando nas casas,

“pelas ruas do bairro, no cotidiano das relações familiares e de vizinhança estabelecidas” (Palombini, 2017, p.14), a proposta do AT acompanha a experiência do adoecimento e as diferentes demandas de atendimento em saúde mental na complexidade cotidiana da vida.

Priorizando processos terapêuticos nos contextos comunitários de vida, o AT favorece a produção de modos de ser e estar no mundo para além daqueles fabricados em instituições de tratamento fechadas (Palombini, 2008). Deslocando, desse modo, a centralidade de um tratamento voltado a diagnósticos psiquiátricos, para além de fronteiras institucionais concretas, o Acompanhamento Terapêutico tem como uma de suas estratégias acompanhar a circulação dos usuários pela cidade, no território, superando espaços delimitados por paredes, destinados, historicamente, a quem possui alguma forma de adoecimento psíquico. Compreendendo que a produção de saúde se constitui não na reclusão e confinamento, mas, na circulação e liberdade, o AT, também referido como uma clínica em movimento (Palombini, 1999), possibilita uma terapêutica, cambiante e múltipla, que reinventa formas de produzir saúde através (e com) elementos do cotidiano (Palombini, 2008).

Ao considerar as tramas possíveis que emergem na cidade e naquilo que se compreende como os ‘espaços públicos’, o AT tem como matéria da clínica discursos – gestos, ações, intervenções, documentos, imagens, objetos, instituições, políticas, saberes, formas de organização social, dentre outros –, operando no tempo presente da experiência terapêutica. Os discursos, como efeitos daquilo que se produz no social, colocam o desafio de se pensar as demandas dos acompanhados diante de algo que também se impõe pela via do público, no inesperado da vida. Assim, ao efetivar deslocamentos pela cidade, o Acompanhamento Terapêutico oferta aos usuários e usuárias a transição por diferentes discursos, espaços físicos e grupos populacionais, operando como ferramenta clínica na construção ou reconstrução de laços sociais, territoriais e familiares (Veloza & Serpa Júnior, 2006).

Aos profissionais que trabalham como Acompanhantes, o cenário terapêutico do AT requer transformações nas posturas previamente apreendidas pela formação profissional, já que a clínica do AT não se situa em cenários antecipadamente montados que permitem atitudes padrão, previsíveis e controladas (Palombini, 2008). A produção de processos terapêuticos em

meio à cidade induz conexões inusitadas, que enlaçam os sujeitos a novos modos de vida, novas reações, comportamentos e subjetividades. Ao transitar por múltiplos lugares e serviços, incluindo o acesso a políticas públicas e serviços de saúde da rede intersetorial, o AT contribui, no tempo presente, com conexões ao espaço urbano interconectando o(a) acompanhado(a) no dentro e fora das instituições (Palombini, 2008).

Assim, a circulação pelo território afirma a plasticidade característica da ferramenta clínica do AT, como um processo que evoca diferentes lugares, possibilidades, experiências, dimensões, passagens e paisagens (Veloza & Serpa Júnior, 2006). Circulando na cidade, pela cidade e com a cidade, o Acompanhamento Terapêutico permite desestabilizar roteiros, produzindo íntima relação do inusitado com a necessidade de invenção como ferramenta de intervenção clínica – imprevisibilidades, invenções e intervenções que se criam a partir do que se vai experienciando nas andanças – e que nem sempre encontram na linguagem verbal, contornos para nomear aquilo que se vive nessa experiência, requerendo outros modos de explicitação do que se produz subjetivamente entre acompanhante, acompanhado e o mundo (Chnaideman, 2008).

A circulação pelos espaços urbanos através do Acompanhamento Terapêutico, onde os imprevistos irrompem em meio à constância e regularidade dos encontros, permite colocar em questão os modos de viver contemporâneos, ao propor que roteiros prévios não sejam aquilo que define per se a experiência terapêutica. Acompanhar o processo que ocorre na cena clínica (o indivíduo, seus gestos, intenções, histórias, afetos...) alinhava os sujeitos a outros espaços, tempos e efeitos. O seguir dos movimentos (por passos, recordações, memórias, revelações, paradas...) envolve processos subjetivos que deslocam a vida daquele que acompanha e daquele que é acompanhado, movimentando de uma posição para outra, de uma função à outra. Deslocar roteiros pré-estabelecidos, ou reconhecer a direção que se deseja tomar, deixando-se envolver pelos movimentos, surpresas ou barreiras que a vida cotidiana produz aos sentidos, situa-se como um dos possíveis efeitos da clínica ampliada do AT (Cavalcanti, 1992).

A circulação no território e a inclusão pelo território, constituem-se como marcas de uma clínica ampliada do Acompanhamento Terapêutico, por ela

usufruir da territorialidade como campo do cuidado, do exercício da liberdade e cidadania. Considerar o contexto em que o sujeito está inserido, com uma perspectiva político-social, visa superar compreensões de adoecimento de vieses enfaticamente biologicistas, medicamentosos, consagrando, no campo da saúde mental, uma proposta clínica de cunho biopsicossocial. Como ferramenta da atenção psicossocial, o AT situa os processos psíquicos e o adoecimento, também, como efeito de uma determinada conjuntura social, ou seja, a partir de elementos socio-históricos, políticos e territoriais (Palombini, 2008).

Com isso, ao acompanhar os sujeitos que “perderam a possibilidade de encadear seu mundo ao mundo” (p.25), pelo próprio mundo os excluir ou estigmatizar, a clínica que o AT opera possibilita recolocar os sujeitos na relação com o circuito social, envolvendo diferentes territórios e sentidos (Berger, Morettin & Neto, 1991). A cidade, sua arquitetura, o modo como ela está organizada, a rua, aquilo que está disposto no território, os serviços, as políticas públicas, os transeuntes, aquilo que está imóvel ou de passagem, registram-se como dispositivos possíveis para produzir reposicionamentos subjetivos (Berger, Morettin & Neto, 1991).

Articulando subjetividade, território, cidade, circulação, políticas públicas, o exercício de liberdade, autonomia e acesso a direitos, o Acompanhamento Terapêutico acaba por ofertar elementos para a análise da própria Reforma Psiquiátrica e seus avanços no cuidado e assistência em saúde mental:

(...) pois, acompanhando o usuário, tanto nos seus percursos pelos serviços e outros dispositivos próprios às políticas públicas, quanto na experimentação de uma sociabilidade que se exerce em espaços variados da cidade, é o próprio processo de implantação da reforma psiquiátrica que é, assim, acompanhado, pondo em análise o funcionamento da rede e as formas como as comunidades locais, a começar pelas famílias, respondem à desinstitucionalização da loucura (Palombini, 2017, p.16).

Nesse contexto, a noção de autonomia, como elemento relacionado e analisador da própria Reforma Psiquiátrica, integra as discussões sobre o Acompanhamento Terapêutico, a desinstitucionalização da loucura, sua experimentação e sociabilidade na cidade, sendo termo presente, também, em uma série de leis, portarias e outros documentos que sustentam as diretrizes dos serviços de saúde mental brasileiros. Na Rede de Atenção Psicossocial,

por exemplo, a ideia de autonomia aparecerá 5 (cinco) vezes, como no Art. 2º, Inciso I, que afirma o respeito aos Direitos Humanos como inerente à garantia de “autonomia e liberdade”; no Inciso VII, articulando a proposta de “desenvolvimento de atividades no território (...) com vistas à promoção de autonomia”; no Art. 6º, Inciso I, compreendendo a Unidade Básica de Saúde como via “de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas”; nas Estratégias de Desinstitucionalização, como iniciativas que atuam na “promoção de autonomia”; e, por fim, afirmando as iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais como recursos para “ampliação de autonomia” (Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, Art. 2º e 6º).

A noção de autonomia na RAPS, assim, vincula-se à ideia de direitos, liberdade e cidadania, considerando a proximidade desses fatores, ou a inseparabilidade dos mesmos, nas práticas em saúde mental no Brasil. De acordo com Zambillo (2015), a noção de autonomia ganhou destaque nos discursos vinculados aos movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) por permitir operacionalizar o que Leal (2001) descreve como certo rompimento da dicotomia entre indivíduo e sociedade: rompimento que o termo autonomia possibilitava sustentar, em um momento socio-histórico em que havia certa hegemonia de um discurso biológico e determinista de se compreender os processos de saúde. Assim, a ideia de autonomia ganha destaque no campo da saúde mental por afirmar a relação que há entre produção de saúde, cuidado ético, singularidades (individuais e territoriais) e a não segregação da loucura.

Realizando a análise de materiais bibliográficos da RPB sobre como o termo autonomia é descrito, em publicações dos anos de 1986 a 1998, Leal, (2001, citado por Zambillo, 2015), sintetiza:

(i) Autonomia referida a livre-arbítrio, independência, autossuficiência e autogoverno.

(ii) Autonomia como uma característica sempre limitada, em função da divisão interna do sujeito (entre o eu e o outro de si). Nesse caso, o sujeito da vontade (eu) é visto como permanentemente cerceado, ao passo que o social, introjetado, é concebido como uma terceira instância no ‘interior’ do sujeito, diferenciado, por suas características próprias, do eu e do outro de si.

(iii) Autonomia dizendo respeito ao indivíduo livre, independente, autossuficiente, mas que tem essa potência limitada pelas obrigações para com o meio onde está inserido.

(iv) Autonomia definida como capacidade do indivíduo de gerar normas para sua vida, capacidade essa que parte de sua possibilidade de ampliar relações com o social (p.83-84).

Vasconcelos (2000), por sua vez, analisa a relação entre autonomia e direitos, em uma perspectiva socio-histórica e territorial, discutindo sobre como ela se materializa nos movimentos de usuários da saúde mental. Utilizando do conceito de *empowerment* (valorização do poder contratual dos clientes nas instituições e do seu poder relacional nos contatos interpessoais na sociedade) e *selfempowerment* (autovalorização) (p.169), o autor contrapõe as conjunturas encontradas na Europa e nos Estados Unidos em relação às dos países latino-americanos, sobretudo o Brasil, debatendo as especificidades de cada território. Com isso, alerta que no Brasil e nas sociedades latino-americanas predomina uma estrutura cultural hegemonicamente hierárquica, em contraste com o individualismo anglo-saxônico e escandinavo.

Nesse raciocínio, derivada de uma lógica escravagista, as práticas em saúde mental no Brasil resultariam em uma não valorização da autonomia e da independência pessoal dos usuários e usuárias, já que as relações se pautam pela dependência pessoal, tomando por base a rede de pertencimento. As políticas públicas, nessa lógica, seriam “pobres e segmentadas, com forte perfil de exploração e desigualdade entre as classes e grupos sociais, e com exclusão da grande maioria da população ao acesso aos bens materiais e serviços sociais básicos” (p.174). Um segundo ponto seria sua predominância Estatal, diferente de muitos países que usufruem de “organizações não-governamentais financiáveis pelo Estado para a provisão de serviços de suporte em saúde mental” (Vasconcelos, 2000, p.174).

Para Vasconcelos (2000), o Brasil também apresentaria uma cultura clínica em saúde mental predominantemente terapêutico-centrada no(a) profissional do serviço, tendo como alguns dos seus efeitos: 1) ênfase no papel deles(as) no processo de tratamento e cura; 2) profissionais que tendem a ter um comportamento mais elitizado e, portanto, segregador da loucura; 3) dificuldade em mobilizar lideranças de usuários e usuárias nos estratos

sociais com níveis educacionais formais e nos com níveis de renda mais elevados; 4) maior dependência dos(as) usuários(as) aos serviços públicos.

No campo que se refere à *práxis* em saúde mental no Brasil, Severo e Dimenstein (2011) relatam que as contradições no campo da reabilitação psicossocial, envolvendo cidadania, direitos, autonomia e território, expressam-se por: 1) predomínio da lógica do déficit, na exigência da nomeação ‘incapacitado’ para se garantir direitos e benefícios sociais; 2) dependência das(os) usuárias(os) ao serviço de saúde mental, a qual se produz também na medida em que as atividades oferecidas são a única possibilidade dos usuários acessarem espaços sociais – “É onde eu me distraio...O único canto que eu saio é pra lá” (usuário); 3) dificuldade de avanços na intersectorialidade pela precariedade das políticas públicas, onde os “projetos terapêuticos predominantes são constituídos pelas consultas psiquiátricas e (...) as atividades projetadas (pelos profissionais, nos projetos terapêuticos) coincidem com as mesmas atividades já desenvolvidas pelos usuários no serviço” (p.649, parênteses nosso); 4) restrição da circulação social dos(as) usuários(as) aos serviços de saúde mental, seja pela falta de suporte econômico dos mesmos, seja pela inserção dos usuários restrita à circuitos em políticas de saúde mental.

Nesse panorama, explicitando especificidades culturais e algumas das contradições no campo do cuidado e da assistência em saúde mental, têm-se elementos que contribuem para o estudo da articulação entre os Direitos Sociais no Brasil, clínica em Psicologia, políticas públicas, processos subjetivos e terapêuticos, objeto de análise da presente Tese de Doutorado.

METODOLOGIA

5. Metodologia da pesquisa

5.1 Método de pesquisa

Com o objetivo geral de investigar *como o exercício de Direitos Sociais incide nos processos subjetivos e terapêuticos em curso, na clínica em Psicologia, articulada às políticas públicas brasileiras*, desenvolveu-se o estudo que subsidiou a presente Tese de Doutorado. De abordagem qualitativa (Minayo, 2007), pressupõe aprofundar a compreensão sobre o problema de

pesquisa dando destaque às suas especificidades, enfatizando a dinâmica e a complexidade das relações sociais. Com isso, atenta para a inseparabilidade entre o pesquisador e o objeto de pesquisa e considera as imprevisibilidades no pesquisar e reconhece que o conhecimento produzido é parcial e limitado.

Fundamentado em uma epistemologia inspirada nos estudos de Michel Foucault, compreende que o conhecimento científico é uma fabricação humana, localizada histórica e culturalmente, que envolve disputas políticas e sociais. Assim, o saber construído não anseia representar essências ou verdades totalizantes sobre o objeto de análise, mas, sim, visa operar enquanto exercício crítico e analítico para a produção de pensamentos (Hüning & Scisleski, 2018). Os diálogos com autores(as) considerados(as) pós-estruturalistas têm contribuído para a prática da Psicologia ao situarem os processos de subjetivação como categorias de análise. Deste modo, a relação dos sujeitos consigo mesmo, numa época específica (Foucault, 2010), tornam-se importantes na medida em que evidenciam verdades, não como representações e essências, mas como processos: “enquanto aquilo que se faz e aquilo que se deve fazer” e, portanto, pode ser problematizada levando a produção de outras formas de subjetivação (Noto, 2009, p.52).

5.2 Contexto de pesquisa

Os dados de pesquisa derivam dos casos clínicos atendidos em dois Projetos de Extensão em Psicologia de distintas universidades brasileiras. O primeiro, o *Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública – ATnaRede* – é um Projeto executado pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atende usuários e usuárias da rede pública de serviços de Porto Alegre³⁵, encaminhados devido a alguma demanda no campo da atenção psicossocial. Estudantes em estágio realizam acompanhamento terapêutico (AT) dos casos, em encontros semanais, com duração média de três horas, somando em torno de quarenta e cinco encontros ao ano. Os casos do Programa foram acompanhados através da presença do

³⁵ Rio Grande do Sul, Brasil.

pesquisador na supervisão acadêmica coletiva³⁶, durante dois anos da pesquisa. Em cada ano houve, em média, vinte e um ATs sendo realizados, alguns ocorrendo em dupla. Os ATs se efetuaram em lugares variados da cidade (moradia, serviços, espaços públicos ou privados, etc.), sujeitos à demanda e à singularidade do processo de cada caso. Eventualmente, também foram efetuadas reuniões com as equipes dos serviços da rede pública, familiares, instituições³⁷ ou responsáveis pelos casos.

O segundo Projeto de Extensão, *Acompanhamento terapêutico: clínica e criação na cidade*, é vinculando à Universidade Federal de Santa Catarina³⁸ e atende usuários e usuárias da rede pública municipal de Florianópolis³⁹, encaminhados(as) devido a alguma demanda de saúde mental. O projeto organiza-se a partir de um grupo de estudos sobre a clínica e o dispositivo do AT, em encontros quinzenais de, em média, quatro horas de duração, em que se analisa a experiência dos casos clínicos atendidos por estudantes de psicologia. Os ATs do Projeto ocorrem de forma semelhante ao Projeto da UFRGS, semanalmente, o que resulta em um total médio de quarenta e cinco encontros ao ano. Os sete casos atendidos pelo Projeto foram acompanhados através da presença do pesquisador nos encontros quinzenais durante um ano da pesquisa. Nesse ano, incluiu-se o atendimento, pelo próprio pesquisador, de um dos casos no Serviço de Atenção Psicológica (SAPSI) da UFSC.

³⁶ A supervisão ocorreu uma vez por semana no período das 15h às 18h (1º grupo) e das 17h às 20h (2º grupo) com as professoras psicólogas responsáveis pela coordenação do Programa. Concomitantemente, houve espaço de supervisão na disciplina eletiva “Introdução à prática do Acompanhamento Terapêutico”, em que o pesquisador realizou o Estágio Docência durante um semestre, no qual também foi possível compartilhar e discutir as experiências do AT com os(as) colegas.

³⁷ Alguns usuários e usuárias atendidos(as) pelo Programa residem em instituições de moradia como, por exemplo, abrigos, residenciais terapêuticos, repúblicas ou casas de cuidado (tanto públicas quanto privadas).

³⁸ No cronograma de pesquisa esteve prevista a experiência de Doutorado Sanduíche junto ao Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPG) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Tal experiência aconteceu como possibilidade de cursar as disciplinas ofertadas pelo PPG da UFSC e de participar das atividades do Grupo de Pesquisa “Psicanálise, Processos criativos e Interações Políticas - LAPCIP/UFSC”, coordenado pela Prof. Dr^a. Ana Lúcia Mandelli de Marsillac, incluindo o Projeto de Extensão *Acompanhamento terapêutico: clínica e criação na cidade*.

³⁹ Santa Catarina, Brasil.

A abordagem de ambos Projetos remete a intervenções que se desdobram por espaços da cidade como uma importante modalidade da clínica da atenção psicossocial e da clínica em Psicologia que fortalece e qualifica os princípios da Reforma Psiquiátrica.

5.3 Coleta dos dados

A coleta dos dados ocorreu através de dois procedimentos realizados simultaneamente. O primeiro, efetuou-se na forma de registros em Diário de Campo (Falkembach, 1987) sobre os relatos dos casos clínicos acompanhados em ambos Projetos de Extensão (UFRGS/UFSC). Através de observação participante, estruturada e sistemática, os relatos sobre os casos foram registrados durante e após os encontros de supervisão coletiva em que eram discutidos os processos terapêuticos dos atendimentos. As anotações foram realizadas sem a pretensão de interferência sobre os relatos dos(as) Acompanhantes Terapêuticos(as). Os registros ocorreram, semanalmente, de agosto de 2016 a junho de 2019 totalizando quase três anos de coleta de dados. Como material complementar ao Diário de Campo, utilizaram-se dados do Programa ATnaRede da UFRGS, dentre eles: fichas com os dados dos ATs, cadernos de atas⁴⁰, relatórios técnicos, cartazes, desenhos, anotações dos(as) Acompanhantes e outros materiais obtidos a partir dos Acompanhamentos.

O segundo procedimento foi realizado através do registro de experiências que remeteram a atenção psicossocial no Brasil e ao contexto socio-histórico brasileiro. Foram priorizadas experiências obtidas desde o ingresso no curso de doutorado, em março de 2016. Dentre alguns dos registros⁴¹, estão: imagens (fotografia de cartazes, do cotidiano, registros de movimentos sociais, desenhos de usuários); documentos institucionais (cartazes, panfletos, reportagens, notas públicas); relatos (de usuários(as), estagiários, profissionais e pesquisadores); dentre outros materiais (memórias do percurso profissional do autor, registro em mobilizações sociais, reflexões

⁴⁰ Em cada reunião de supervisão na universidade um(a) estudante é responsável por registrar os relatos dos casos. Cada usuário e usuária possui um espaço específico na ata, permitindo produzir memórias sobre seu atendimento, desde o ingresso, permanência até a obtenção de alta do Programa. O registro no caderno de atas dos Acompanhamentos ocorre desde novembro de 2015.

⁴¹ Muitos dos materiais de pesquisa são de domínio público.

produzidas em disciplinas ou em atividades acadêmicas, materiais da pesquisa GAM⁴² e anotações sobre participação em eventos) que envolvessem o tema da saúde mental no Brasil, evidenciando configurações socio-históricas articuladas aos Direitos Sociais.

5.4 Organização dos dados

Os dados foram organizados objetivando evidenciar relações possíveis entre questões subjetivas e terapêuticas de usuários(as) dos serviços de saúde mental e o exercício dos Direitos Sociais. Para a apresentação de recortes dos casos clínicos utilizou-se a formulação de narrativas escritas, as quais permitiram incluir na apresentação dos dados de pesquisa a dimensão da relação, na prática terapêutica, entre acompanhante e acompanhado(a) (Rocha & Palombini, 2017). O uso de narrativas em estratégias de pesquisa tem contribuído nas avaliações sobre os tratamentos terapêuticos em saúde mental ao produzirem, pelo narrar, um material denso e profundo sobre as experiências subjetivas dos sujeitos, de forma complexa e encarnada (Onocko-Campos et al., 2013). Ao mesmo tempo, possibilitam a inclusão de dissonantes discursos envolvidos no contexto clínico – usuários(as), familiares, cuidadores(as), vizinhos(as), amigos(as), profissionais, colegas de trabalho, documentos, etc.) –, como participantes do narrar. A elaboração da narrativa escrita, enquanto ferramenta de pesquisa, visa reter da experiência do caso algo de transmissível e avaliável.

Conjuntamente, como estratégia complementar à construção das narrativas, organizou-se algumas das informações dos casos clínicos utilizando a ferramenta do Genograma e do Ecomapa. Esses instrumentos têm sido

⁴² Materiais de pesquisa do Projeto “Implementação e descentralização da estratégia da gestão autônoma da medicação (GAM) no estado do RS: efeitos de disseminação”, no qual o autor compôs como membro da equipe. A pesquisa foi um desdobramento do estudo multicêntrico, UNICAMP – UFF – UFRJ - UFRGS (2009 - 2011), que teve como objetivo construir a versão brasileira do Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GUIA GAM-BR), traduzindo e adaptando o instrumento criado pelos serviços alternativos de saúde mental no Quebec, Canadá. Direcionado às pessoas usuárias dos serviços de saúde mental, o Guia GAM possibilita criar espaços de fala sobre a experiência de uso de psicofármacos, visando compartilhar decisões a esse respeito entre profissionais dos serviços e usuários(as). Na pesquisa, são realizadas rodas de conversa, com a participação de pesquisadoras(es), estudantes, profissionais e usuários(as), em que se compartilha sobre as experiências da GAM nos serviços (Zambillo & Palombini 2017; Serrano-Miguel, Silveira & Palombini, 2016; Melo, 2015; Emerich, Onocko Campos & Passos, 2014; Passos, et al., 2013).

utilizados por profissionais de diversas áreas, incluindo a Psicologia, por contribuírem na compreensão dos processos estruturais, emocionais e afetivos das relações familiares, das interações entre seus membros e fora dela, avaliando a complexidade e dinamicidade das relações sociais (Filizola, Ribeiro & Pavarini, 2003; Mello, Viera, Simpionato, Biasoli-Alves & Nascimento, 2005). Como ferramentas didáticas-visuais, representam graficamente os vínculos dos sujeitos em questão, retratando elementos de seu contexto. Isso inclui analisar a presença ou a ausência de recursos sociais, como as diferentes políticas públicas e, também, questões socio-históricas, culturais e econômicas (Nascimento, Dantas, Andrade & Mello, 2014).

5.5 Análise dos dados

Inspirada em produções científicas consideradas pós-estruturalistas, a análise dos dados foi realizada buscando situar o domínio da experiência terapêutica com sua socio-historicidade. Assim, a partir dos dados coletados, colocaram-se em questão as relações entre: “(...) as estruturas de racionalidade que articulam o discurso verdadeiro e os mecanismos de assujeitamento” (Foucault, 2005, p.84) presentes na clínica em Psicologia e o exercício dos Direitos Sociais. Esse movimento de análise, histórico-filosófico, visa desnaturalizar os elementos que envolvem os temas de estudo, compreendendo como se estabelecem arranjos entre governo, verdade e sujeito (Hüning & Guareschi, 2009), no campo da atenção psicossocial, articulado às políticas públicas brasileiras e aos processos subjetivos e terapêuticos em curso.

Para isso, foi mapeado, nas narrativas e nos registros de experiência, o modo como o discurso dos Direitos Sociais – educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados – incide e perpassa os processos terapêuticos dos usuários e usuárias tendo efeitos em como estes produzem e conduzem a si, no mundo, enquanto seres subjetivos. A noção de discurso, na problemática da subjetividade, é situada para além do enunciado oral, ou seja, incluem-se gestos, ações, intervenções, documentos, imagens, instituições, políticas, saberes, formas de organização social, dentre

outros, capazes de forjar efeitos nas pessoas das quais falam e expressar questões subjetivas de uma determinada época socio-histórica (Fischer, 2001).

A formulação de narrativas, como materialidade dos discursos, ocupa um lugar importante na análise, ao destacar a natureza expressiva dos dados, enquanto produtos subjetivos, restituindo-lhes “a coloração vívida” (p.11) na qual eles se apresentam, numa experiência de linguagem compartilhada e, conseqüentemente, na multiplicidade de vozes que envolvem (Melo, 2015). Com isso, contribuem para a análise dos processos subjetivos e terapêuticos em curso, recolhendo elementos heterogêneos do trabalho clínico na rede psicossocial e intersetorial, qualificando o olhar sobre as produções dos sujeitos e os indicadores para seus tratamentos. Assim, a estratégia de análise dos dados visa responder não apenas ao objetivo geral delimitado pela pesquisa, sobre *como o exercício de Direitos Sociais incide nos processos subjetivos e terapêuticos em curso, na clínica em Psicologia, articulada às políticas públicas brasileiras*, mas, também, respondendo aos seguintes objetivos específicos:

- 1) Como a noção de Direitos Sociais emerge nos casos clínicos destacados?
- 2) Quais ações e instituições de garantia dos Direitos Sociais se fazem presentes nos territórios dos usuários e usuárias em questão?
- 3) Como o contexto socio-histórico dos Direitos Sociais no Brasil possibilita produzir efeitos nos processos subjetivos e terapêuticos em curso?
- 4) Como a presença, ou ausência, de políticas públicas de garantia dos Direitos Sociais operam na clínica em Psicologia, articulada à atenção psicossocial, nos casos atendidos?

5.6 Aspectos éticos

Para acesso aos dados obtidos através da pesquisa em saúde mental “Implementação e descentralização da estratégia da gestão autônoma da medicação (GAM) no estado do RS: efeitos de disseminação”, tem-se autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, número do parecer: 837.294. Referente aos dados do Programa ATnaRede, tem-se a aprovação da PROEXT (Pró-Reitoria de Extensão da UFRGS). A pesquisa que subsidiou a Tese também compõe o Projeto guarda-chuva “Acompanhamento Terapêutico como Dispositivo de Análise e Cuidado em Redes de Atenção Psicossocial e

Intersetorial” registrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, sob Número do Parecer: 3.374.882. Assim, aos usuários e usuárias do Programa foram entregues, devidamente esclarecidos e assinados, os Termos de Consentimento que seguem a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde (Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012). Projeto de Extensão “Acompanhamento Terapêutico: clínica e criação na cidade” tem aprovação pela Pró-Reitoria de Extensão da UFSC (nº 201709734) e relaciona-se ao Projeto de Pesquisa guarda-chuva “Políticas do Corpo: psicanálise e arte” registrado no SIGPEX⁴³ sob nº201610796. O restante dos materiais da pesquisa é de domínio público.

RESULTADOS

6. Resultados e discussões

Os quatro anos de estudo integraram, como material de pesquisa, mais de 346 registros de experiências, incluindo: supervisão coletiva de 28 casos clínicos em Acompanhamento Terapêutico; um atendimento clínico individual; 19 narrativas (casos clínicos); 118 imagens (fotografia de cartazes, do cotidiano, registros de movimentos sociais e desenhos de pacientes); 50 documentos institucionais (cartazes, panfletos, reportagens, notas públicas); 120 registros em Diário de Campo; 14 relatos (de usuários(as), estagiários, profissionais e pesquisadores); dentre outros materiais (memórias do percurso profissional e acadêmico do autor, anotações sobre participação em eventos, reflexões produzidas em disciplinas da universidade, materiais da pesquisa GAM, dados do Programa ATnaRede da UFRGS – fichas com os dados dos ATs, relatórios técnicos, laudos, anotações dos(as) Acompanhantes e três cadernos de atas⁴⁴ com registros dos casos clínicos).

Considerando a ampla quantidade de materiais, foram selecionados aqueles que se articulassem mais explicitamente ao objetivo geral e aos objetivos específicos do estudo, assim como com a revisão teórica da Tese, o

⁴³ Sistema Integrado de Gerenciamento de Projetos de Pesquisa e de Extensão.

⁴⁴ Os três cadernos de atas do Programa ATnaRede da UFRGS somaram 288 páginas de registros.

problema e pergunta de pesquisa, dando corpo à análise proposta. Assim, os resultados e discussões foram organizados por cinco tópicos de discussão, detalhados a seguir:

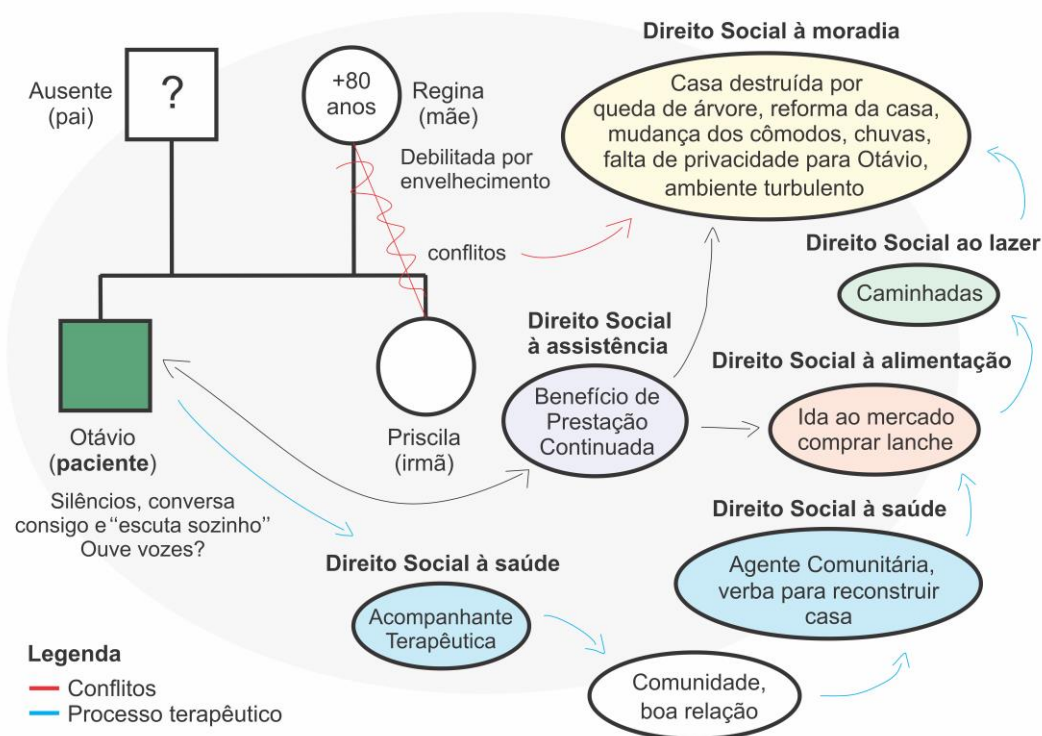
6.1 A complexidade dos Direitos Sociais na clínica em Psicologia fatores materiais, singulares e multidimensionais

Ao serem reconhecidos como direitos mínimos para subsidiar vidas (Ibanhes, 2010), os Direitos Sociais, saúde, educação, emprego, habitação, alimentação, dentre outros, requerem estratégias concretas do Estado para sua efetivação (Sales & Pachú, 2015). A partir dessa afirmativa, os materiais de pesquisa contribuem para pensar que a incidência dos DS nos processos subjetivos e terapêuticos se expressa de modo complexo. Para além da promulgação de documentos jurídicos e estratégias concretas, essa complexidade⁴⁵ envolve fatores materiais, outros singulares, demandando análises multidimensionais que considerem a complexidade da articulação entre vida, Estado, políticas públicas, processos terapêuticos e subjetivos.

Gráfico 1. Mapeamento do percurso de usuário⁴⁶, no processo de Acompanhamento Terapêutico, evidencia, no período de 2 (dois) meses, alguns dos Direitos Sociais que estiveram presentes na cena clínica.

⁴⁵ A noção de complexidade utilizada na análise dos dados se aproxima da proposta de integralidade presente em diversas políticas do Direito Social à saúde no Brasil, principalmente aquelas que regulamentam o Sistema Único de Saúde do Brasil, o SUS. Na Lei 8.080, por exemplo, a Integralidade está inserida no CAPÍTULO II, Dos Princípios e Diretrizes, no Art. 7º, parágrafo II, relacionada à ideia de complexidade “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. A ideia de complexidade e integralidade também aparecem relacionadas na Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), Art 4º: “VIII - a integralidade, quando as intervenções são pautadas no reconhecimento da complexidade, potencialidade e singularidade de indivíduos, grupos e coletivos, construindo processos de trabalho articulados e integrais”.

⁴⁶ Nome fictício.



Fonte: Gráfico do autor. Dados disponíveis no caderno de registro das atas do Programa de Acompanhamento Terapêutico da UFRGS/CIPAS.

Considerando o **Gráfico 1**, a incidência dos Direitos Sociais se expressa de modo complexo porque nem sempre o exercício do DS está diretamente relacionado ao acesso por uma política pública ofertada unicamente pelo Estado. A ida ao supermercado de alimentos (de gerência particular) para exercer o Direito à alimentação, a caminhada na rua como um Direito ao lazer ou a própria casa do paciente, enquanto exercício do Direito à moradia, não remetem a uma política estatal que custeie integralmente o alimento, a amplitude de elementos que envolve o espaço público ou a casa na qual o paciente reside. Desse modo, considerar a incidência dos Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos requer situar, na análise, que o exercício de um direito articula nele mesmo diferentes fontes, interligadas entre si, que funcionam enquanto operadoras no processo de exercer direitos e de gerenciar a própria vida. Essas diferentes fontes afetam a produção subjetiva do paciente e a condução de seu processo terapêutico, ao interferirem no modo como ele consegue administrar sua vida, executar projetos, planos, sonhos, desejos ou necessidades, de forma mais ampla ou limitada.

Analisando a vida do usuário da cena clínica do **Gráfico 1**, ele recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC), como exercício de um Direito Social à assistência, que auxilia no acesso à alimentação e contribui para o pagamento de serviços na reforma de sua casa (DS à moradia) após a queda de uma árvore que danificou o telhado. A partir dessa reforma, minimizaram-se os conflitos que ocorriam em sua casa – compartilhada com sua irmã – e, na sequência do processo terapêutico, surgiu a ideia pelo usuário de circular no território. A circulação no território, como possibilidade do exercício do Direito Social ao lazer, articulada à ida ao supermercado com a justificativa de comprar alimento (DS à alimentação), ofertou outros cenários para sua existência, diferente daquele que, anteriormente, nas palavras da irmã, situava Otávio como alguém que “permanecia por muito tempo parado em casa” em “silêncio” ou “conversando consigo”.

Nesse contexto, a partir do exercício de um DS (de assistência) oportunizou-se que outros Direitos Sociais (de alimentação, moradia e lazer) fossem exercidos, em uma relação de interdependência ou de subordinação entre esses direitos. Essa inter-relação entre direitos produziu efeitos na vida do usuário, fabricando novos cenários de existência, incluindo a possibilidade de circulação social e de encontro com pessoas para além do espaço restrito à sua casa. Desse modo, mesmo que não financiado completamente pelo Estado, o exercício dos Direitos Sociais incidiu de modo complexo em sua vida porque situou o Poder Público como fonte que ampliou sua capacidade em exercer outros direitos, em uma continuidade que ocorreu mais ou menos coerente com direitos garantidos por outras fontes, conectando o exercício de um direito com outros.

Por essa análise é possível interpretar que a conexão entre direitos se produz e incide nos processos subjetivos e terapêuticos de forma complexa, porque em uma mesma cena de vida transcorre o exercício de múltiplos Direitos Sociais. Os efeitos referentes aos vários exercícios de direitos, simultaneamente, podem ser difíceis de descrever em uma racionalidade linear ou de compreender e capturar instantaneamente à escuta do relato de um(a) pessoa sobre alguma cena de sua vida, devido à multiplicidade de conexões que podem ser formadas no exercício de um direito com outros nos processos de vida. Essa afirmativa se relaciona com o caso clínico do **Gráfico 1**, em que

se visualizava o exercício do Direito à moradia ocorrendo ao mesmo tempo em que se exercia o Direito à alimentação ou ao lazer e estes três sendo financiados pelo Direito à assistência, em relações recíprocas ou mutuamente estabelecidas.

A análise aqui proposta, de pensar a relação complexa entre o exercício dos DS e os processos de vida, também produz a reflexão, pela análise da situação expressa pelo **Gráfico 1**, que a incidência do DS na vida humana pode compor a estratégia ou recurso clínico para a produção de novas existências e/ou experiências: deslocamento de um anterior isolamento em casa, em si, para uma circulação no território; encontro com elementos (locais, objetos, expressões culturais, etc.) e pessoas conhecidas e desconhecidas no território; exercício de autonomia (escolhendo em qual supermercado ir); exercício da vontade (escolhendo qual alimento comprar); e uma certa liberdade (permitindo-se vivenciar a cidade sem roteiro ou restrições prévias) – as quais podem produzir aberturas para novas relações sociais, outras fabricações subjetivas e efeitos terapêuticos.

Figura 1. Imagem produzida no centro da cidade de Porto Alegre (RS) evidencia elementos que emergem na circulação pelo território, os quais surgem na imprevisibilidade e podem compor a cena clínica fabricando outros sentidos subjetivos a partir do encontro do(a) usuário(a) com elementos do cenário.



Fonte: Imagem do autor. Parte externa do terminal centro do Trensurb de Porto Alegre – RS (2017).

No panorama de um exercício de Direitos Sociais que não é unicamente financiado pelo Estado, a discussão sobre o hibridismo entre público e privado, gratuito ou com custos, como característica do acesso aos serviços na América Latina (Viana, Fonseca & Silva, 2017), contribui para se analisar a complexidade que envolve a incidência dos Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos, por evidenciar algumas das facetas do exercício de direitos no Brasil. De acordo com as autoras, de um lado tem-se o exercício do direito que ocorre pela via do Estado (gratuito⁴⁷ para o usuário) e, de outro, pela via do mercado⁴⁸ (que tem custo financeiro direto ao usuário). De característica híbrida, essas duas vias de acesso aos direitos se inter-relacionam no cotidiano de grande parte da população brasileira (Viana, Fonseca & Silva, 2017).

Complementa-se, através da análise dos materiais de pesquisa, que esse hibridismo é, também, envolto por um acesso ao exercício dos Direitos Sociais que ocorre através das relações sociais e comunitárias, em que o(a) usuário(a) acessa direitos ao lhe ser concedidos alimentação, moradia, transporte, dentre outros, através de familiares e/ou terceiros. O acesso aos DS pela via do mercado, com incidência de familiares, consta nos dados de pesquisa na **Narrativa⁴⁹ 1**:

Narrativa 1.

Quando encaminhada ao Programa de Acompanhamento Terapêutico a usuária residia com seu pai, este veio a falecer e foi aí que ela ficou sem lugar, tendo por fim sido

⁴⁷ A noção de 'gratuito' deve considerar o custeio das ações do Estado advindo de impostos e outras formas indiretas de cobrança que acarretam gastos financeiros à população. Para uma introdução sobre os custos do Direito Social à saúde, como exemplo, consultar Soares (2015).

⁴⁸ Acessar um Direito Social pela via de serviços privados remete à discussão sobre a relação entre direitos e mercado econômico. Nessa discussão, surge uma pergunta frequente: é exercício de um direito quando há a exigência de pagamento para obtê-lo? Ou a noção de direito pressupõe gratuidade universal? Essa questão específica não será aprofundada neste estudo, mas entende ser importante retomar, conforme apresentado próximo à página 40 desta Tese, o não consenso entre autoras e autores na definição de quais seriam as funções e fontes de financiamento das políticas públicas. Nas literaturas encontram-se disputas de concepções sobre 'direito', assim como, essas divergências se expressam nas políticas de governo dos diferentes países da América Latina (Viana, Fonseca & Silva, 2017).

⁴⁹ A construção das narrativas não é uma transcrição de diálogo literal, mas sim uma produção do autor a partir de seu Diário de Campo. Todas as narrativas dialogadas que constam na Tese obedecem ao mesmo princípio de elaboração.

colocada nessa casa geriátrica por uma tia paterna e por seu primo, que era seu curador.

- Qual a idade dela?

- 40 e poucos anos.

A casa fica em um bairro no extremo da cidade, quase zona rural.

- Descobrimos que só existe uma chave na casa.

- E como eles fazem se querem sair e a responsável não está?

- Não saem.

O papel higiênico não está disponível para os moradores. Quando precisa usar, tem que pedir. A única coisa que ela faz é arrumar a sua própria cama. Não faz sua comida, não escolhe a hora de se alimentar nem tem atividades na casa para realizar. Ela gosta de ouvir música.

- Sim, a Acompanhante anterior comentava que elas ficavam ouvindo músicas juntas. Agora ganhou um radinho da família. Mas o radinho veio sem pilha. Ela não tem dinheiro para comprar pilha. Tem que conversar com a família para que deixem dinheiro para ela.

Talvez ela troque de casa, pois existe a possibilidade desta casa não estar em condições adequadas para cuidá-la. Há a possibilidade, inclusive, de a casa ser interditada pela Secretaria da Saúde se houver denúncia.

- Na casa, ela fica parada, cercada por idosos, com pouca mobilidade e interação, não possui dinheiro próprio, a casa fica situada longe do centro da cidade... e ela está nesse entremeio, entre ficar lá, ou se mudar. Estamos nos sentindo (silêncio)

- Paralisadas?

- Sim!! Paralisadas!

Fonte: Diário de Campo do autor no Programa de Acompanhamento Terapêutico da UFRGS/CIPAS.

Nessa narrativa, com o relato das Acompanhantes Terapêuticas sobre o cotidiano da usuária, observa-se que o exercício do Direito Social⁵⁰ à moradia foi substituído pela sua vinculação a uma casa geriátrica, de gerência privada, que acolheu a usuária por encaminhamento e com financiamento da família.

Considerando que os Direitos Sociais se justificam por declarações e tratados (multilaterais, globais ou regionais), com propósitos específicos de garantir o indispensável a uma vida digna (Mazzuoli, 2015), pela cena clínica da **Narrativa 1** analisa-se que é no contexto precário do exercício de um dos DS que se produzem uma série de restrições à liberdade e a dignidade⁵¹ da paciente. Essas censuras afetam na sua qualidade de vida, dificultando a construção de uma consciência de si, amor-próprio, condução e produção de si, que talvez fossem possíveis se houvesse exercícios de autonomia e de

⁵⁰ A Lei Federal nº 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, afirma: “§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º” (Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001).

⁵¹ Dignidade “1. Modo de agir que infunde respeito. 2. Consciência do próprio valor; honra. 3. Grandeza, elevação. 4. Título ou cargo de alta graduação” (Terra, 2014, p.331).

liberdade nas ações do cotidiano de vida. Diferente do que discute Ibanhes (2010), a violência e o abuso de poder que incide nela, neste caso, não se efetiva por ações do Estado, mas, sim, por uma instituição privada⁵² através das normas que ela impõe: restrições para entrar e sair da casa (DS à moradia), para se alimentar (DS à alimentação), controle no uso do banheiro (DS à saúde), assim como, presença de pessoas idosas com condição de saúde debilitada, que interferem nos ganhos terapêuticos, desenvolvimento de relações sociais (mobilidade, interação) e nos processos subjetivos emancipatórios.

Figura 2. Diretórios Acadêmicos da UFRGS têm cartazes com mensagens ofensivas e de opressão divulgados, anonimamente, evidenciando as diferentes perspectivas de política e de sujeito que ocupam um mesmo espaço de formação profissional, no país. Essa diversidade, possivelmente, reflete em diferentes éticas e perspectivas de atuação profissional coabitando espaços de trabalho.



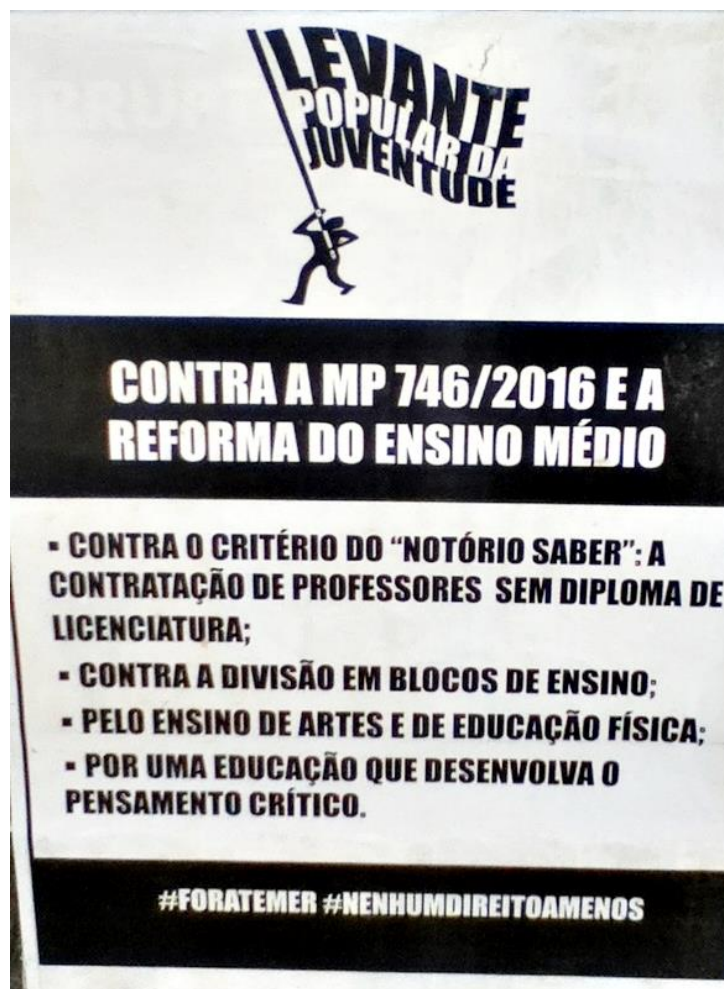
Fonte: Foto do autor. Cartaz de domínio público (16/04/2016).

Texto do cartaz: F.O.D.A.S.C.E. (Frente de Opressão De Arrombados, Socialistas, Comunistas. Etc). Bolsonaro Presidente.

⁵² Instituição privada autorizada pelo Estado, que se submete às suas normativas para poder operar. O acesso à direitos por instituições privadas traz uma série de problemáticas, dentre elas, em relação a fiscalização sobre a qualidade do serviço que se oferta. O setor privado e filantrópico-privado, em grande parte financeirizados, impõe padrões anti-democráticos e anti-democratizantes (Bahia, 2018).

Considerar a complexidade da incidência dos Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos, releva situar na análise da **Narrativa 1** e do **Gráfico 1**, que a casa geriátrica e o mercado de alimentos, mesmo sendo serviços privados, têm ingerência do Estado sobre sua operacionalidade. Na cena do **Gráfico 1**, em que o usuário vai até o mercado como proposta terapêutica de circulação social e para o exercício de sua autonomia, o estabelecimento por ele acessado sofre regulações através das políticas do Sistema Único de Saúde, que intervêm pela vigilância sanitária na fiscalização e inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano, conforme a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Art. 6º, VII). Poderiam ser ponderadas regulações advindas de outros Ministérios do Estado, que incidem por normas na fiscalização, organização e execução da casa geriátrica (**Narrativa 1**), da moradia de Otávio, dos espaços de lazer e de saúde (**Gráfico 1**), modulando e conduzindo as possibilidades de vida no cotidiano, incluindo a produção de efeitos na subjetividade das pessoas.

Figura 3. Cartaz fixado em espaços públicos sobre mobilização contra Medida Provisória, proposta por representantes do Estado, que prevê alterar regramentos do Direito Social à educação. Constantes alterações nos regramentos das políticas que garantem Direitos Sociais no Brasil são indicadores do contexto socio-histórico em que se constituem as políticas públicas brasileiras, nem sempre atuando baseadas em valores democráticos, universais e justos (equitativos).



Fonte: Foto do autor. Cartaz de domínio público.

Articulando os materiais de pesquisa ao argumento de Sales e Pachú (2015), que os Direitos Sociais se constituem como direitos fundamentais e inerentes à construção do sujeito e de sua noção de indivíduo, complementa-se que essa construção está fundamentada em uma complexidade de elementos, transversalizados, dentre os quais se destaca os fatores de ordem material⁵³: físicos, objetivos, concretos, reais. Materialidades que, através dos arquivos da

⁵³ A ideia de fatores materiais tem como objetivo trazer para a discussão fatores físicos que estão relacionados ao exercício dos Direitos Sociais, por esses direitos contemplarem questões humanas que independem de perspectivas subjetivas para existirem. Esse é o caso da fome, por exemplo, pois sem alimento, por um período de tempo, o ser humano pode vir a óbito (Direito Social à alimentação). Tem-se, também, a capacidade humana inata de aprender (DS à educação), de nascer, adoecer e morrer (DS à saúde), de se locomover (DS ao transporte); a incapacidade física de enfrentar todas as intempéries da natureza (frio, calor, chuva, neve) sem alguma proteção ou recurso (DS à moradia; DS à assistência) ou de lidar com as consequências geracionais da história (iniquidades devido a longos períodos de escravidão ou de desassistência às pessoas com alguma deficiência) que produzem efeitos, no presente, na vida das pessoas (DS à assistência).

pesquisa, referem-se aos elementos palpáveis que são necessários para o exercício de um Direito Social e que estão construídos, organizados ou dispostos, estruturando o dia a dia da vida das pessoas, em alguma forma. Esses elementos acabam operando como base, armação ou arcabouço, compondo, configurando e marcando certa presença ou organização nas e das vivências que as pessoas têm no cotidiano.

A materialidade dos DS que incidem na composição dos cenários de vida, vão, desde a existência de uma casa, uma rua, um supermercado, um alimento, uma comunidade (**Gráfico 1**); uma cidade, um território, uma parede, uma expressão artística (**Figura 1**); um papel higiênico, uma cama, músicas, um radinho, pilhas (**Narrativa 1**), uma universidade, um cartaz, letras alfabéticas, palavras de agressão ou opressão (**Figura 3**); atuando como objetos concretos e reais que materializam, estruturam, nomeiam e conduzem a disposição do cotidiano. A instituição de profissões ou funções, como a de Agente Comunitária e Acompanhante Terapêutico; a criação de uma política pública, de um serviço privado, uma política de formação para o SUS e o próprio SUS que disponibiliza esses profissionais (**Gráfico 1**); a materialidade de uma Secretaria de Saúde (**Narrativa 1**), que incide por normas, regras, benefícios, políticas, leis, fiscalizações, ou seja, fatores materialidades que operam como organizações racionais estruturantes da vida humana, normatizando, buscando ou compondo estratégias de regulação e de gerenciamento da vida na operacionalidade do dia a dia.

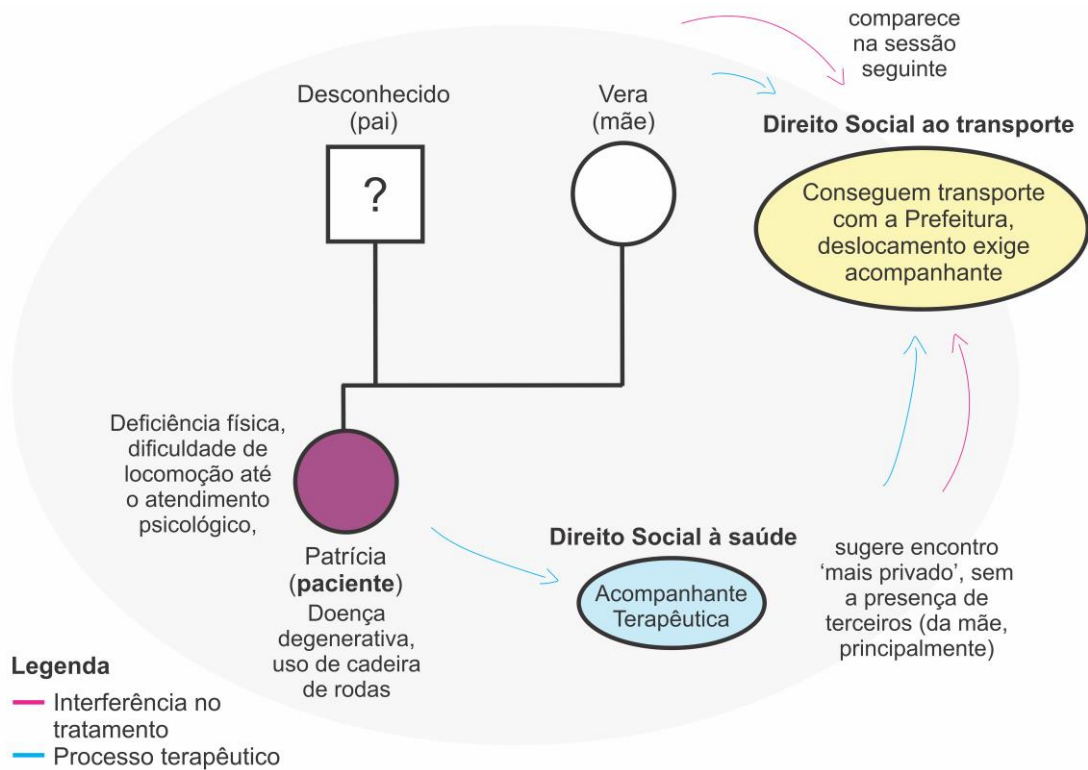
Outras materialidades que estão presentes nas cenas clínicas dos materiais de pesquisa, transversalizados aos processos terapêuticos – conflitos, possibilidades de mobilidade, liberdade ou exercícios de autonomia –, referem-se à chuva, à árvore (**Gráfico 1**), ao dinheiro, à chave (**Narrativa 1**), assim como à existência de pessoas e das categorias que as classificam socialmente, enquanto representação de algo sobre o qual se impõem responsabilidades ou expectativas como, por exemplo, a categoria mãe, irmã (**Gráfico 1**) e família (**Narrativa 1**). Todos esses fatores são elementos que podem estar presentes na análise sobre a incidência dos Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos, considerando sua complexidade, tendo efeitos em como os sujeitos produzem e conduzem a si, no mundo. Grande parte desses fatores, distante de serem compreendidos na presente pesquisa

como objetos naturais, existentes *a priori*, são fabricações humanas e podem ser construídos ou organizados em outros moldes, colocando em relevo a singularidade e demanda de cada vida ou caso clínico.

A materialidade dos DS – como uma calçada para caminhar, um mercado para suprir necessidades, um serviço de saúde que possibilite relações sociais entre os usuários e os profissionais –, são ferramentas clínicas importantes por tornarem possíveis exercícios de liberdade, autonomia, escolhas, trajetos, contatos, relações, afetos e apoios. O auxílio da Agente Comunitária de Saúde a Otávio, na conquista do subsídio financeiro para reconstrução da casa destruída pela queda da árvore (**Gráfico 1**), só foi possível pela vigência de uma política pública de Direito Social à saúde, real e fisicamente estruturada, operando no território do usuário. A ação da ACS e a existência de um benefício concreto ofertado pelo Estado, através da Política Nacional de Assistência Social, foram essenciais para a minimização dos conflitos na casa, em virtude do imobilismo de Otávio e para a produção do seu desejo em circular no bairro: deslocando-o de silêncios e conversas consigo, para um encontro e conversas com outros (a AT, a vendedora do mercado, o vizinho).

Nesse raciocínio, a partir dos materiais de pesquisa articula-se intervenção clínica, produção de terapêuticas e subjetividades, com a ideia de Sales e Pachú (2015) que afirmam a importância de uma gestão Estatal direta, por medidas concretas, planejadas e bem definidas pelo Poder Público, que disponibilizem recursos à população através da garantia dos Direitos Sociais. Complementa-se, considerando os dados do estudo, que os direitos são essenciais para que as pessoas lidem com as intempéries do cotidiano, as quais surgem nos mais diversos imprevistos do dia a dia. Também são importantes, pois subsidiam as limitações que a condição de ser um humano impõe: seja por fatores fisiológicos, psicológicos e socio-históricos ou pelo resultado complexo da articulação entre esses e outros elementos.

Gráfico 2. Mapeamento do atendimento de usuária, em Acompanhamento Terapêutico, evidencia um dos Direitos Sociais e sua relação com questões singulares dos processos clínicos.



Fonte: Gráfico do autor. Dados do Diário de Campo no Programa de Acompanhamento Terapêutico da UFSC/SAPSI.

Na complexidade da análise dos DS na clínica em Psicologia, outros elementos, que os dados de pesquisa contribuem para pensar, são os fatores singulares⁵⁴. Quase como um contraponto aos fatores materiais, eles expressam algo de abstrato, pessoal e individual, que interfere na organização e condução de um ou mais aspectos específicos da vida dos pacientes. Relacionando os fatores singulares à incidência dos Direitos Sociais nos processos clínicos, tem-se uma composição de junções, localizadamente formadas, que só podem ser compreendidas se situadas na particularidade de cada organismo, com seus específicos processos de vida e demandas clínicas.

⁵⁴ A ideia de complexidade e singularidade estão presentes, articuladas, em diversas normativas, diretrizes e orientações do Sistema Único de Saúde do Brasil (DS à saúde) como, por exemplo, na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) Art 4º: “VIII - a integralidade, quando as intervenções são pautadas no reconhecimento da complexidade, potencialidade e singularidade de indivíduos, grupos e coletivos, construindo processos de trabalho articulados e integrais” (Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014). A noção de singularidade é compreendida aqui como aquilo que é único do sujeito, articula sua subjetividade, visão de mundo e inserção sociocultural. Em relação ao Projeto Terapêutico Singular, a noção de singularidade advém da especificidade irreprodutível da situação sobre a qual o PTS atua, relacionada ao problema de uma determinada pessoa, uma família, um grupo ou um coletivo (Ministério da Saúde, 2013, p.55).

Na cena do **Gráfico 2**, ao longo do processo terapêutico (DS à saúde) da usuária, foi avaliado que o fato da sua mãe ir junto com ela ao atendimento psicológico estava dificultando a produção de um espaço que lhe fosse mais privado e interferindo nos ganhos terapêuticos: a mãe começava a falar sobre si, desqualificava tudo o que a filha dizia, respondia às indagações da terapeuta no lugar da filha e, com frequência, criava alguma justificativa para não levá-la ao atendimento, já que a filha dependia de auxílio para locomoção na cadeira de rodas. Em uma das consultas, foi acordado com a usuária que ela tentaria ir sem a mãe, com carona ou outro recurso, para que o tempo do atendimento fosse melhor aproveitado por ela. Para surpresa da terapeuta, na sessão seguinte, ela chega acompanhada novamente pela mãe. Esta justifica sua presença por ter conseguido o transporte gratuito da Prefeitura para pessoas com deficiência (DS ao transporte; DS à assistência) e argumenta que o benefício requeria uma acompanhante com a beneficiária para obtenção do transporte.

Por meio do raciocínio de Ibanhes (2010), compreende-se a importância dos Direitos Sociais articularem questões econômicas com demandas humanas, ofertando um direito para pessoas que, sem suporte do Estado, não teriam capacidade econômica de arcar sozinhas com os custos dos serviços. Em contraponto, na singularidade do caso de Patrícia (**Gráfico 2**), foi preciso considerar a garantia de um Direito Social como dispositivo para interferência no processo terapêutico. Em termos terapêuticos, a mãe não considerou a combinação da sessão anterior, de que a filha fosse sozinha para consulta, reproduzindo no encontro posterior os mesmos comportamentos invasivos e desrespeitosos durante o atendimento, avaliados como algo prejudicial para a usuária, seu autoconhecimento e desenvolvimento de processos subjetivos emancipatórios. Analisando a singularidade desse caso, mesmo que se afirme a importância de um direito garantido, foi necessário rever as estratégias de intervenção e o modo como o Projeto Terapêutico seria conduzido a partir do acontecimento.

Narrativa 2.

O acompanhamento domiciliar de Pedro (25 anos) ocorria há mais de um ano pela equipe de saúde do território. No início do atendimento, ele residia em uma casa com constantes situações de violências entre os familiares, um irmão que roubava objetos

de casa para vender na rua, outro irmão preso, um envolvido com o tráfico de drogas e a mãe trabalhando com prostituição, esporadicamente.

- Minha mãe passa a mão na cabeça deles, deixa eles entrarem de madrugada, levarem o que quiserem, ela ainda manda eu parar de incomodar e diz “se você não gosta, sai de casa”.

Na casa morava também sua cunhada, com uma filha de 2 anos. Para elas, foi construída uma peça de madeira, nos fundos do pátio. Pedro tinha mais uma irmã de 15 anos e um irmão de 8.

- Meu irmão mais novo vai ser igual aos outros, se continuar assim. Minha mãe o deixa fazer o que quiser. Isto (Pedro, mostrando o olho com um hematoma escuro e um corte inchado) foi porque ele jogou o controle da televisão em mim.

O pai havia se mudado há anos sem dar explicações e nem todos os seus irmãos eram do mesmo pai. Pedro conseguiu um emprego que lhe garantia um salário mais alto. Um trabalho noturno, que o deixava cansado e reclamando:

- Não durmo tão bem... não é o mesmo sono... estou quase sempre cansado.

O trabalho ajudou Pedro a juntar dinheiro e mudar de casa para morar sozinho.

Sabendo da situação de vida de Pedro e todo o esforço que ele estava fazendo para aquela mudança, foi sugerido, pela equipe de saúde, que fizessem uma lista de objetos que ele precisava para a casa nova. Assim, conversariam com os moradores da comunidade, vendo o que cada um poderia contribuir ou o que tinham sobrando em casa para dar a Pedro.

- O que você está precisando Pedro? O que costuma usar? O que você costuma comer? Quais seus hábitos?

- Pode ser qualquer coisa.

- Mas seria bom você escolher, pois vai que você ganha algo que já tem ou que não precisa?

- Na nossa casa fomos ensinados que presente a gente não escolhe, a gente ganha e agradece (Pedro, aumentando o tom de voz, expressando desconforto e irritação com a insistência da ACS naquelas perguntas).

Fonte: Dados de Diário de Campo do autor.

Na análise sobre a incidência dos Direitos Sociais, nos processos subjetivos e terapêuticos, existem fatores singulares de cada caso clínico que requerem ser situados na vida da pessoa atendida para serem compreendidos. Algo que pode soar raro ou excepcional, contrapondo ou diferindo dos demais, que demarca um ponto de vista particular e orienta as intervenções possíveis para aquela pessoa. Os fatores singulares incluem todas aquelas expressões humanas que são exclusivas, únicas ou distintas, evidenciando especificidades de uma vida que conserva algo de uma existência única. Conforme os dados de pesquisa (**Narrativa 2**), na clínica a singularidade pode ocorrer por algo que às vezes surpreende ou parece incompreensível em uma primeira escuta: uma pergunta usual que obtém uma resposta singular, um efeito inesperado que a garantia de um Direito Social pode ocasionar no sujeito que o exerce (DS à saúde; DS à moradia).

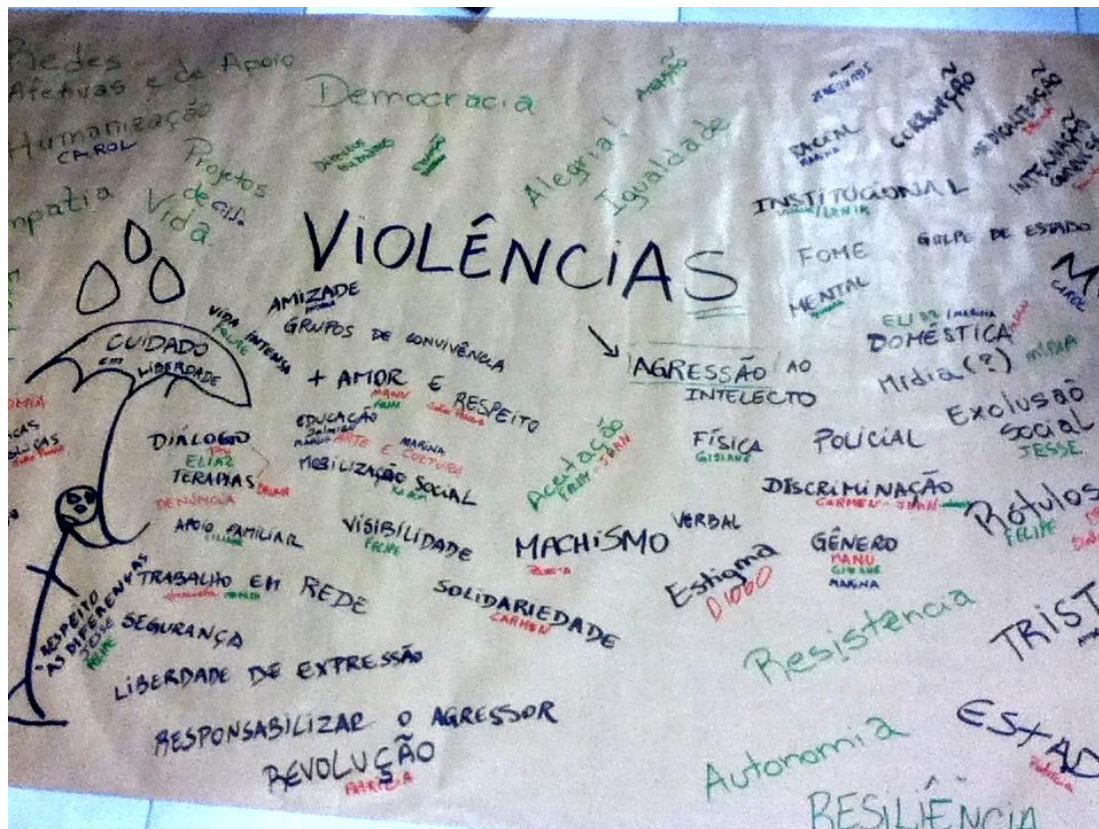
Relacionar o exercício dos DS com fatores singulares, exige considerar palavras que estão articuladas às normativas⁵⁵ dos Direitos Sociais como termos que demandam tradução pelo sujeito que é atendido clinicamente: violação, dignidade, justiça, condições dignas de vida (Wolff, 2015), liberdade, segurança, bem-estar, desenvolvimento, igualdade, fraternidade, pluralidade, preconceito, harmonia (CF, 1988), dentre outras, adentram em um campo singular subjetivo no qual seus sentidos não podem ser interpretados como hegemônicos ou unívocos. Desse modo, sugere-se questionar: o que o sujeito atendido compreende como violação? O que para ele significa ter dignidade? Quais os sentidos de segurança para essa pessoa? Igualdade? Preconceito? Bem-estar? Harmonia? Quais os significados de Justiça para o(a) usuário(o)? O que ele(a) compreende como condições dignas de vida?

O exercício de singularizar⁵⁶ e localizar no sujeito o que, pela promulgação de Direitos Sociais para todos(as), na Constituição Federal de 1988, soa universal ou de significado único é uma prática que pode auxiliar na escuta clínica. Desse modo, apenas o sujeito será capaz de categorizar, definir ou indicar a importância do exercício de algum dos Direitos Sociais para seus processos subjetivos, terapêuticos ou escolhas de vida. Situar o fator da singularidade no exercício dos DS, nos processos subjetivos e terapêuticos, leva a reconhecer o indivíduo como único, valorizando sua própria experiência, que não pode ser representada por algo plural ou hegemônico. O que a pessoa em atendimento clínico compreende por moradia? O que, para ela, é um alimento? Educação? Saúde? Saúde mental? Assistência? Trabalho? De que modo esses sentidos e significados têm efeitos em como ela produz e conduz a si, no mundo, enquanto ser subjetivo?

⁵⁵ Diversas políticas relacionadas aos Direitos Sociais trazem palavras e conceitos nas suas normativas, orientações e diretrizes, que podem soar como termos universais e com sentidos unívocos, mas, com base na presente análise, sugerimos que sejam situados na singularidade de cada caso, para ter seus sentidos e significados traduzidos – considerando que a singularidade pode envolver, não uma pessoa, mas um grupo familiar ou uma comunidade. Assim, se a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS – de 2014 (DS à saúde), por exemplo, apresenta como “valores fundantes” (Art. 3º) e “princípios (Art. 4º) a ideia de ética, solidariedade, felicidade, respeito às diversidades, humanização, corresponsabilidade, justiça social, inclusão social, equidade, participação social, autonomia, empoderamento, dentre outras (Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014), seria preciso que esses valores e princípios fossem traduzidos pela pessoa atendida, levando-se em conta sua singularidade na formulação de seu Projeto Terapêutico.

⁵⁶ Andrea Máris Campos Guerra e autoras propõem discussão interessante sobre o singular na especificidade do DS à educação em: Guerra, Cunha, Edmundo e Moreira (2015).

Figura 4. Cartaz produzido no evento sobre saúde mental, em São Lourenço do Sul (RS) - Mental Tchê da Resistência (2017), por profissionais, residentes, estudantes, estagiários, usuários e usuárias de serviços de saúde mental e familiares. Descreve temas que envolvem o cotidiano singular de suas vidas, os processos terapêuticos e as práticas profissionais.



Fonte: Foto do autor.

Texto do cartaz: Redes afetivas e de apoio, humanização, empatia, projetos de vida, cuidado em liberdade, democracia, violência, amizade, grupos de convivência, vida intensa, + amor e respeito, educação, arte e cultura, aceitação, mobilização social, diálogos, terapia, denúncia, apoio familiar, visibilidade, machismo, trabalho em rede, solidariedade, respeito às diferenças, segurança, liberdade de expressão, responsabilizar o agressor, revolução, alegria! Atenção, igualdade, racial, institucional, corrupção, medicalização, internação compulsória, golpe de estado, fome, mental, morte, doméstica, mídia, exclusão social, agressão ao intelecto, policial, física, verbal, discriminação, rótulos, estigma, gênero, resistência, tristeza, Estado, autonomia, resiliência.

Ao final da atividade do evento, algumas pessoas explicaram que se remeteram à palavra 'violências', no centro do cartaz, para incluírem suas palavras. O que resultaria em: violência verbal, violência física, violência mental, etc.

Por fim, o fator da singularidade se relaciona ao terceiro ponto de análise desta sessão da pesquisa, que é a proposta de pensar a incidência dos Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos, a partir da ideia de multidimensionalidade. No Cadernos de Atenção Básica nº 34 - Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2013), a noção de multidimensionalidade aparece na

sessão que tem como título “O que é o sofrimento?” (p.31). Nele, ao se falar de uma pessoa que é singular, complexa, o fenômeno da doença em saúde mental é compreendido como sendo:

(...) o surgimento de uma nova dimensão, uma nova esfera no conjunto preexistente. Esta nova esfera vai influir nas outras esferas de acordo com as relações que se estabelecerem entre elas e pelos deslocamentos e modificações das correlações prévias. Sofrimento não é o mesmo que dor, embora a dor possa levar a um sofrimento, mas não é qualquer dor que nos faz sofrer. Da mesma forma, o sofrimento não equivale a uma perda, embora as perdas possam, ocasionalmente, nos fazer sofrer. (...) Sendo assim, partindo desta perspectiva multidimensional e sistêmica (...) torna-se fundamental para o profissional da AB manter-se atento às diversas dimensões do sujeito que se apresenta a sua frente (p.32).

A partir dos materiais de pesquisa, relacionar a ideia de uma pessoa multidimensional⁵⁷ ao exercício dos Direitos Sociais, é compreender esses próprios direitos como diferentes dimensões de um mesmo sujeito. Assim, em uma pessoa que exerce os DS, diferentes dimensões se apresentariam: a dimensão da educação, a da saúde, da alimentação, do trabalho, da moradia, do transporte, do lazer, da segurança e, se condizente à sua vida, a dimensão da previdência social, da assistência, da proteção à maternidade e à infância. Em uma perspectiva da complexidade, todas essas dimensões se transversalizam e incidem, de algum modo, na sua existência, causando efeitos em como a pessoa produz e conduz a si, no mundo, enquanto ser subjetivo.

Nos dados de pesquisa da **Narrativa 2**, é possível verificar o modo como os Direitos Sociais se relacionam, enquanto distintas dimensões de um mesmo sujeito, com a dimensão do seu sofrimento e a proposta de resolução: a dimensão do trabalho noturno (DS ao trabalho) e o sentir-se cansado e com o sono afetado; a dimensão da casa na qual ele residia (DS à moradia) e as situações de violência e agressão; a dimensão da equipe de saúde que lhe atendia (DS à saúde) e a proposta de mudança de casa para amenização dos conflitos e construção de outras possibilidades de vida. Assim, compreender o

⁵⁷ A proposta clínica do Cadernos nº 34 – Saúde Mental na AB – do Ministério da Saúde se baseia na abordagem da clínica ampliada. Essa abordagem pressupõe a utilização de dispositivos como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), deslocando do sintoma e da doença para o sofrimento e o contexto social em que esses aparecem. A operacionalidade da clínica ampliada prevê a utilização do PTS na dimensão do trabalho vivo e criativo em saúde (Merhy, 2002) que não exclui, mas tenta superar, terapêuticas baseadas em ações programadas, protocolares, centralizadas em diagnósticos, na figura do médico(a), da medicação ou estereotipadas em especialismos (Ministério da Saúde, 2013).

exercício dos Direitos Sociais como diferentes dimensões (únicas) do sujeito, atuando de modo transversalizado (plural) na sua existência é situar os diversos aspectos de uma mesma pessoa, que produzem efeitos nela própria, como algo plural e único, simultaneamente.

A ideia de multidimensionalidade e o exercício dos Direitos Sociais, como algo plural e único, também pode ser relacionada ao argumento de Piovesan (2004), quando a autora afirma a impossibilidade de fragmentação dos direitos entre diferentes gerações⁵⁸. Para ela, é impossível a realização dos Direitos Cíveis e Políticos sem o usufruto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Desse modo, complementa-se que, nos seus exercícios, os Direitos Sociais são interdependentes, únicos e plurais, pois se transversalizam. Essa unicidade plural será expressa em diferentes moldes, situados na singularidade dos fatores materiais e subjetivos que vive cada pessoa, nos corpos que adoecem e nos corpos que buscam a clínica em Psicologia.

O todo sistêmico dos direitos (Ibanhes, 2010) e a multidimensionalidade aqui proposta para pensar a incidência do DS nos processos subjetivos e terapêuticos produziria diferentes moldes de existências, manifestadas como um todo indissolúvel de direitos e suas possibilidades de cidadania. Através do raciocínio da existência de doze Direitos Sociais, sendo cada um único (DS à saúde, trabalho, lazer, educação, etc.), e a composição plural, multidimensional entre eles, propõe-se o pensamento de que quanto mais direitos a pessoa exerce, relacionados à sua singularidade e demanda, mais plural se torna sua possibilidade de existência. Essa pluralidade, ampliada pela conexão com outras unidades de direitos – Cíveis, Políticos, Econômicos, Ambientais, etc. – expandiria as probabilidades de vida, níveis de cidadania, expressando, então,

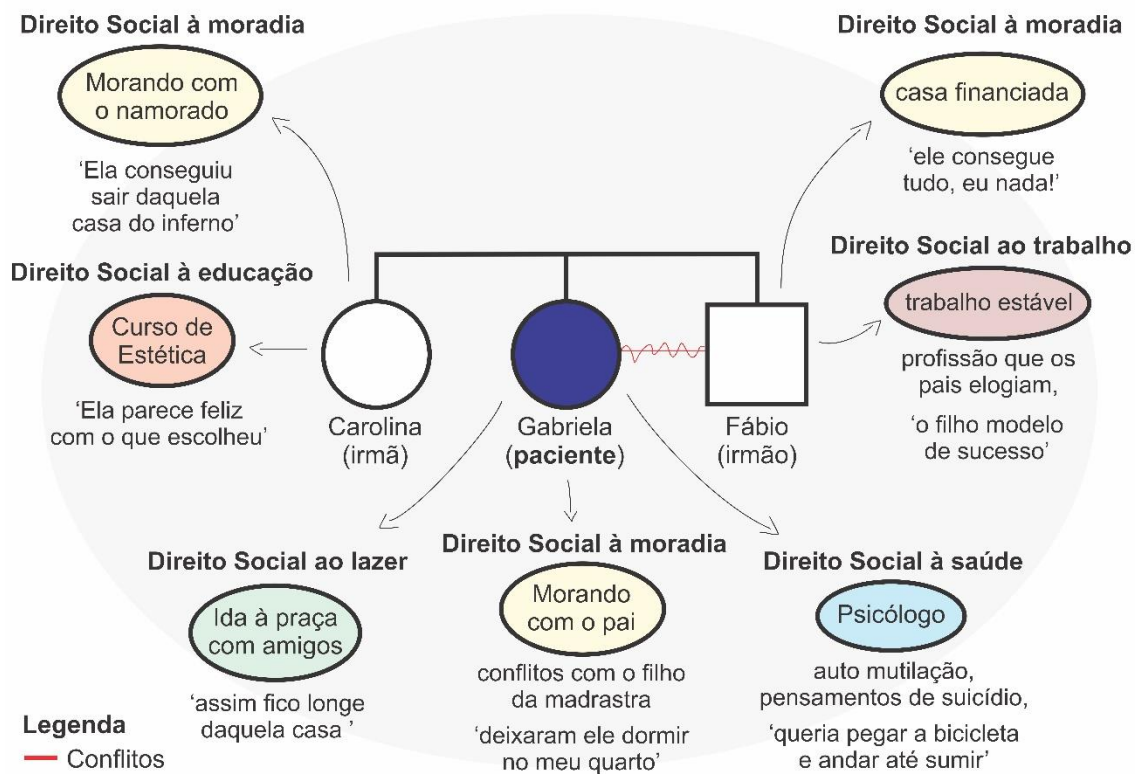
⁵⁸ Segundo Santos Junior (2019), existem três gerações de direitos que representam “patamares de consciência da evolução do conceito de direitos humanos” (s/p.) e ressaltam atributos vinculados como concepções básicas. Assim, a ideia de LIBERDADE estaria presente como concepção básica na primeira geração de direitos – Cíveis e Políticos; a ideia de IGUALDADE representaria a segunda geração de direitos – Econômicos, Sociais e Culturais; e, por fim, a ideia de SOLIDARIEDADE seria o valor da terceira geração de direitos – relacionado à convivência dos povos, o direito ao meio ambiente, direito sobre o patrimônio comum da humanidade, o direito à comunicação e, por fim, o direito à paz. Para o autor, as diferentes gerações de direitos relacionam-se ao conceito central de vida: vida livre, digna e solidária.

planos de intensidade⁵⁹ do que se nomearia de Direitos Humanos. Esse argumento se inspira na ideia de Ibanhes (2010), quando este afirma que os Direitos Humanos evidenciam uma pluralidade que é una, ou seja, é impossível que esses direitos sejam exercidos separadamente.

Na complexidade que envolve o exercício dos DS, no caso referido à **Narrativa 2**, por ser uma família que vive em uma região considerada de vulnerabilidade social, é necessário relacionar a multidimensionalidade dos direitos, também, aos condicionantes socio-históricos do Brasil – a criminalização do uso de drogas, as ações violentas por parte do Estado contra o tráfico, a extrema polarização da riqueza, iniquidades no acesso à direitos e os estigmas de uma sociedade construída desigualmente (Sousa Santos, 2001), que transversalizam a vida de Pedro e de seus familiares. Elementos semelhantes aparecem na **Figura 4**, que evidenciam discursos de quem vive no Brasil e está próximo ou imerso às práticas em saúde mental: (desejo de) + amor e respeito, arte e cultura, aceitação, mobilização social, diálogos, apoio familiar, visibilidade, resistência, Estado, autonomia, resiliência; (prudência com) mídia, denúncia, machismo, responsabilizar o agressor, corrupção, medicalização, internação compulsória, golpe de estado, fome, morte, exclusão social, agressão ao intelecto, rótulos, estigma e gênero.

Gráfico 3. Mapeamento do discurso de usuária em atendimento clínico evidencia a multidimensionalidade e a transversalização de Direitos Sociais na relação com fatores singulares e subjetivos de seu sofrimento.

⁵⁹ A ideia aqui proposta de 'Planos de Intensidade' no exercício dos Direitos Humanos contribui para pensar a amplitude com que uma pessoa exercita seus direitos, com mais ou menos acesso a diferentes unidades de direitos. O conjunto dos direitos exercidos, nesse caso, expressariam o Plano de Intensidade do sujeito sugerindo que, quanto mais direitos se exerce, mais plural e intensa pode se tornar sua possibilidade de existência.



Fonte: Gráfico do autor. Dados do Diário de Campo no Programa de Acompanhamento Terapêutico da UFSC/SAPSI.

A ideia de multidimensionalidade, relacionada à incidência dos Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos, também pode ser pensada por uma múltipla dimensão que opera, não apenas em um corpo isolado, mas, simultaneamente, afetando outros corpos através dos discursos que se articulam a ela. Esse é o caso clínico figurado no **Gráfico 3**, em que a adolescente Gabriela, com situações de automutilação e frequentes pensamentos sobre suicídio, relata seu sofrimento associado ao modo como sua família elogia seu irmão, por ele já ter casa própria (DS à moradia) e um emprego estável (DS ao trabalho) e ela ter adquirido “nada”. O discurso da família, desqualificando a adolescente, suas escolhas e futuros projetos de estudo (DS à educação) e de trabalho (DS ao trabalho), atuam como fatores relacionados ao seu adoecimento (DS à saúde) e aos conflitos que ocorrem na casa em que Gabriela mora (DS à moradia), evidenciando na jovem um repetido desejo em realizar atividades de lazer (DS ao lazer) como forma se manter “longe daquela casa (...) do inferno” (DS à moradia).

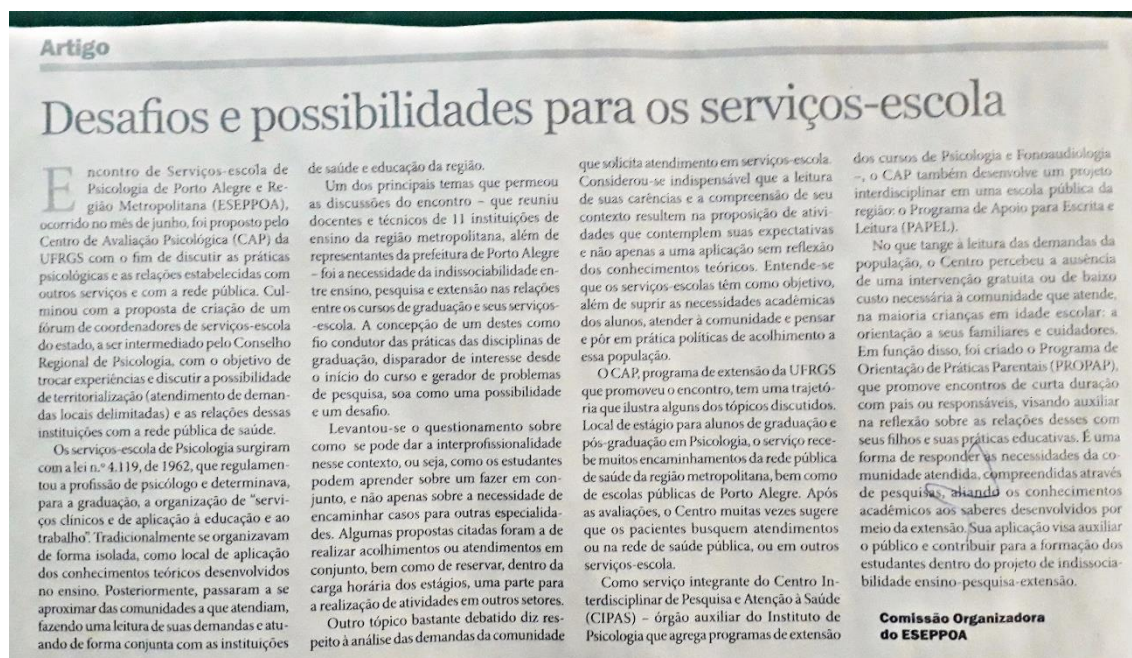
Destaca-se que o sofrimento relatado no processo terapêutico do **Gráfico 3** não ocorre como consequência do exercício de Direitos Sociais em si, mas, pelo modo como, no discurso da família, esses exercícios são hierarquizados de acordo com o que a mãe, o pai, alguns tios e tias, avaliam ser de maior ou menor valor. Assim, é através de discursos que moralizam e hierarquizam o exercício dos DS, incidindo na transversalização de diferentes sujeitos multidimensionais, que se produzem certos paradoxos. Ou seja, os DS emergem como possibilidades para escolhas na vida: aproximar-se de alguém de quem se gosta (irmã morando com o namorado); realizar aprendizagens que proporcionem alegria e satisfação (irmã e o Curso de Estética: “ela parece feliz com o que escolheu”); ou adquirir um espaço de proteção estável (casa financiada do irmão). Mas, ao mesmo tempo, também produzem efeitos de tensão e sofrimento: Gabriela não se identifica com as escolhas dos irmãos; expressa ações e pensamentos de auto-agressão; discorda dos planos dos pais; e deseja se afastar do contexto em que vive por sentir-se agredida pelo mesmo (“queria pegar a bicicleta e andar até sumir”).

Nesse sentido, analisar a complexidade da incidência dos Direitos Sociais em uma perspectiva da multidimensionalidade é considerar as várias dimensões de um mesmo sujeito e como essas podem extrapolar seu corpo singular pelos discursos que esse corpo sustenta, fabrica ou dissemina. A noção de discurso, na problemática da subjetividade, deve ser situada para além do enunciado oral, ou seja, inclui os gestos da família de Gabriela (abraçando o irmão com mais frequência), ações (elogiando as escolhas do irmão repetidamente), imagens (postando fotos com o irmão em redes sociais referindo-se a seus DS), formas de organização social (despendem mais tempo de mobilidade e presença visitando o irmão), dentre outros discursos, que forjam efeitos em Gabriela (**Gráfico 3**), interferem na sua saúde e em questões subjetivas: no modo como ela produz a si, como se percebe e se conduz (orienta suas escolhas).

6.2 A quase inexistência do discurso ‘Direitos Sociais’ no cotidiano incidência nas vidas, nas terapêuticas e através dos discursos institucionais

A identificação e análise da sessão anterior (6.1), sobre a complexidade dos Direitos Sociais na clínica em Psicologia, propôs demonstrar a presença de alguns dos DS – educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer – na vida, nos processos subjetivos e terapêuticos, em casos clínicos em curso. Entretanto, mesmo elencando fatores materiais, singulares e multidimensionais que constituem essa presença, a nomeação da expressão ‘Direitos Sociais’ partiu mais do próprio autor desta Tese, do que dos materiais de pesquisa em si. Assim, esta sessão (6.2) tem como objetivo discutir a quase inexistência do discurso dos Direitos Sociais, em língua escrita ou oral, *ipsis litteris*, como mais um dos fatores da complexidade que envolve a incidência dos Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos.

Figura 5. Reportagem publicada sobre serviços-escola de Psicologia demonstra a importância da promulgação de leis federais, que regulamentam através da oficialização de discursos na criação, ampliação, aperfeiçoamento e articulação de serviços públicos, incluindo os de exercício dos Direitos Sociais, que disponibilizam recursos e subsídios para a vida da população brasileira.



Fonte: Foto do autor. Reportagem de domínio público, disponível em mural da UFRGS.

Fragmento do texto da reportagem: Os serviços-escola de Psicologia surgiram com a lei n.º 4.119, de 1962, que regulamentou a profissão de psicólogo (DS ao trabalho) e determinava, para a graduação (DS à educação), a organização de “serviços clínicos e de aplicação à educação e ao trabalho” (DS à educação; DS ao trabalho) (...) Entende-se que os serviços-escolas têm como objetivo, além de suprir as necessidades acadêmicas dos alunos (DS à educação), atender à comunidade e pensar e pôr em prática políticas de acolhimento a essa população (parênteses nossos).

Historicamente, no Brasil, a inserção do termo Direitos Sociais nos discursos de representantes políticos e sua oficialização como língua escrita, em leis ou outras regulamentações nacionais, estaduais e municipais, foram imprescindíveis para o desenvolvimento do Estado nacional, possibilitando o exercício de direitos para uma parcela significativa da população (Ibanhes, 2010). A promulgação de políticas públicas e o desenvolvimento de serviços derivados desses discursos, leis e regulamentações, tornaram possível contemplar demandas da população, protegendo-a em diferentes graus e níveis de proteção social (legislação, saúde, previdência, educação, etc.) (Ibanhes, 2010), o que demanda situar a importância desses dispositivos discursivos na forma como as pessoas produzem e conduzem a si, no mundo, enquanto seres subjetivos e de direitos, por intermédio da linguagem jurídica.

Analisando os materiais de pesquisa, verifica-se como o discurso dos Direitos Sociais, nos mesmos termos, permanece quase inexistente, tanto na fala das(os) profissionais da rede pública intersetorial de serviços, quanto na de usuários(as) e nos documentos analisados. Do total 346 materiais coletados, conforme referido no capítulo sobre metodologia, apenas 3 (três) registram a presença do termo 'Direitos Sociais'⁶⁰ em seu conteúdo:

Documento 1. Fragmentos de documentos exemplificam três dos contextos discursivos em que estiveram presentes o termo 'Direitos Sociais', em língua escrita, *ipsis litteris*, nos materiais de pesquisa.

Com o objetivo de formar multiplicadores capazes de qualificar sua atuação pela democratização do Estado e pela garantia dos direitos sociais, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) realiza Oficinas de Formação para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS) (p.26)

Fonte: Revista Nacional de Saúde, edição 05, ano 2, set/out, 2017. Documento de domínio público.

15 de maio é o Dia do/a Assistente Social!
Uma data para destacar essa categoria profissional que trabalha cotidianamente em defesa dos direitos sociais e pela melhoria das condições de vida da população brasileira.

Fonte: Conselho Regional de Serviço Social- 9ª Região, CRESS-SP, 2019. Documento de domínio público.

⁶⁰ Nenhum material foi encontrado utilizando o termo 'Direito Social' no singular.

HOMENAGEM-MEMÓRIA DO PPGPSI À PROFESSORA TANIA MARA GALLI FONSECA

Tania reflete sobre os desafios que se impõem à psicologia social entre eventos como a tragédia de Mariana em MG e o retrocesso agudo dos direitos sociais no país.

Fonte: Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional, PPGPSI/UFRGS, 2019. Documento de domínio público.

Entretanto, apesar dessa quase inexistência do termo ‘Direitos Sociais’, é possível verificar, nos materiais de pesquisa, a presença de palavras como educação, trabalho e saúde (**Figura 5; Documento 2**) que, mesmo não referidas explicitamente a direitos que são sociais, remetem aos DS afirmados na Constituição de 1988 e se relacionam com descrições ou serviços que os materializam no cotidiano de vida:

Documento 2. Fragmento de Laudo de Perícia Médica (Psiquiátrica) para avaliação de pedido de concessão do auxílio doença, com a presença de discursos sobre trabalho, educação e saúde em documento que compõe, formula e conduz tratamento terapêutico em saúde mental.

Laudo de Perícia Médica (Psiquiátrica)

II. Identificação do examinado:

Márcia Silva⁶¹, feminina, brasileira, solteira, nunca trabalhou, sétima série ensino fundamental.

III. Síntese processual

10. Não terá mais condições de trabalho. Não poderá mais voltar às suas atividades. O prognóstico é ruim, pois o curso é crônico, sem recuperação. Não há possibilidades de tratamento com remissão do quadro. Esperam-se novos e intensos surtos psicóticos de apresentação imprevisível.

11. Não vemos possibilidade de atuação em qualquer atividade laboral.

V. Diagnóstico: Transtorno afetivo bipolar – CID10 F31; Retardo Mental moderado – CID10 F71.

k) Neste transtorno mental não é um órgão que está comprometido, mas uma série de funções nobres de natureza clínica, emocional e cognitiva.

Fonte: Dados do Diário de Campo do autor no Programa de Acompanhamento Terapêutico da UFRGS/CIPAS.

⁶¹ Nome e dados pessoais fictícios.

No **Documento 2**, é importante situar a própria formulação dessa perícia como algo que só foi possível devido à existência do Direito Social à saúde, previsto em Constituição e à estrutura de uma política pública universal e gratuita, o SUS, com seus dispositivos em saúde mental, que configuraram um contexto para que a usuária fosse avaliada por esse(a) psiquiatra e obtivesse o laudo. Desse modo, o **Documento 2** materializa a própria operacionalidade de um Direito Social (à saúde), incidindo nos processos subjetivos e terapêuticos para garantir um benefício (DS à assistência), por meio de algumas estratégias discursivas: afirma um diagnóstico (“transtorno”); supõe ações da usuária no futuro (“esperam-se novos e intensos surtos psicóticos de apresentação imprevisível”); e, também, interfere no posterior exercício de outros Direitos Sociais (“não terá mais condições de trabalho. Não poderá mais voltar às suas atividades”).

Desse modo, os dados de pesquisa mostram que a inexistência do discurso sobre os Direitos Sociais, em língua escrita ou oral, *ipsis litteris*, não anula a presença de discursos sobre trabalho, educação e saúde, incidindo na vida dos(as) usuários, em seus processos subjetivos e terapêuticos. Descrevendo uma cena sobre o exercício de se alimentar, como ação que operacionaliza um Direito Social previsto em Constituição (DS à alimentação), essa incidência também está presente na **Narrativa 3**:

Narrativa 3.

- O que vocês acharam do último encontro?
- Interessante, acho que o grupo conseguiu se expressar.
- Parece que está se criando um clima de grupo que fez com que as pessoas participem mais e se sintam à vontade.
- É, achei bem bacana. Lembram da minha ideia sobre os desenhos? Já comecei a fazer.
- Ah, que bacana!
- Mas sabe o que eu acho? Que o problema ainda é a família, tem que trabalhar a família. A família que ignora o que a gente diz, se a gente fala alguma coisa eles dizem ‘não dá bola que essa aí é doente. Louca’.
- Quem sabe tu incluis nos teus desenhos algo sobre isso?
- Pois é. E aquele ali, não fala?
- Talvez ele seja mais observador.
- Em compensação tu fala por ele né! Mas sobre o último encontro, o que vocês acharam?
- Tem gente que vem só para o lanchinho. O lanchinho é uma forma da barriga não ficar roncando enquanto a gente aprende.

Fonte: Dados do Diário de Campo do autor em participação na Pesquisa GAM.

Na **Narrativa 3**, a alimentação como um Direito Social, aparece no diálogo entre uma usuária do serviço de saúde mental (DS à saúde) e acadêmicos (DS à educação), em atividade na universidade em que era ofertada alimentação. Nesse diálogo, também não há uma identificação da alimentação como um direito ou um Direito Social, previsto em Constituição.

Assim, a **Narrativa 3** e o fragmento do **Documento 2** apontam elementos para uma análise que propõe pensar a inexistência da expressão Direito Social, ou apenas da noção de direito, como uma certa despolitização do discurso, sobrepondo ao exercício de Direitos Sociais fatores estritamente biológicos⁶² – “transtorno” que, mesmo não sendo de um “órgão”, comprometeria “uma série de funções nobres de natureza clínica, emocional e cognitiva” (**Documento 2**) – ou reduzindo-o a um interesse individual, passível de ser desqualificado em alguma instância por uma linguagem que se utiliza do diminutivo “tem gente que vem só para o lanchinho” (**Narrativa 3**). Os documentos de pesquisa também produzem indagações quanto aos modos de participação popular na vida pública (Ibanhes, 2010), que se produzem a partir dos discursos em que inexiste a ideia de DS em relação aos limiares de consciência das pessoas sobre o que é previsto como direito na Constituição Federal.

Figura 6. Publicação em rede social questiona sobre ter conhecimento da legislação brasileira e sua relação com determinados discursos da população.

⁶² Se o tópico k) do laudo fosse realizado em outra perspectiva, priorizando a análise pelo exercício de Direitos Sociais, que são precários na vida da paciente em avaliação, poder-se-ia pensar em um discurso semelhante a este: k) Neste transtorno ~~mental~~ biopsicossocial, não é um Direito Social que está comprometido, mas uma série de direitos, com funções nobres para subsídio da vida humana, em que suas inexistências afetaram e afetam aspectos de natureza clínica, emocional e cognitiva.

Se eu colar o artigo 3 da Constituição Federal nos murais das escolas, vão me acusar de comunista?

- **Art. 3º** Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:
- └ **I** - construir uma sociedade livre, justa e solidária;
 - └ **II** - garantir o desenvolvimento nacional;
 - └ **III** - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
 - └ **IV** - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Fonte: Twitter (2017). Autor desconhecido.

Se o exercício de direitos for compreendido como um exercício de cidadania, em que a amplitude de consciência da legislação incide nos moldes subjetivos com que se participa politicamente, a ideia de cidadania regulada⁶³, proposta por Santos (1979), também envolverá uma regulação que parte de uma estratificação identitária ou uma estratificação moral⁶⁴, estabelecida pelos discursos sociais que incidem sobre a população. Conforme mostra a **Figura 6**,

⁶³ Para Santos (1979), a proposta de cidadania regulada, ou seja, uma cidadania parcial e incompleta, é fundamentada pela ideia da garantia de direitos baseada “não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional” (p.74).

⁶⁴ Estratificação identitária por relacionar a característica de ter conhecimento sobre a legislação brasileira como marca que comporia uma identidade, uma natureza idêntica, afinidade e semelhança com pré-determinados grupos. Estratificação moral por essa compreensão relacionar, implicitamente, os pré-determinados grupos como parâmetros para se definir o que seriam os ‘bons costumes políticos’, como se o não conhecer sobre política estivesse relacionado a regras de conduta socialmente aceitas que estabelecem parâmetros do que é ‘correto’ ou ‘ético’. Pode-se complementar aqui uma espécie de estigmatização e criminalização dos(as) defensores(as) de direitos humanos que ocorre no discurso da **Figura 6**.

relacionando no discurso o conhecimento da legislação como algo de uma identidade “comunista”, que pode ser alvo de notificação, incriminação ou denúncia⁶⁵, pode-se pensar em uma cidadania regulada pelo estabelecimento de identidades estratificadas moralmente, em uma associação com o crime⁶⁶ ou demeritória, que deveria ser revelada à autoridade competente: um fato contrário à lei, à ordem pública, a algum regulamento e suscetível de punição. Destaca-se que essa produção discursiva não é algo fabricado pela existência da legislação sobre os direitos em si, mas, sim, através de como o ser humano produz afinidade com ela, nomeia identidades e as hierarquiza na relação com a linguagem jurídica.

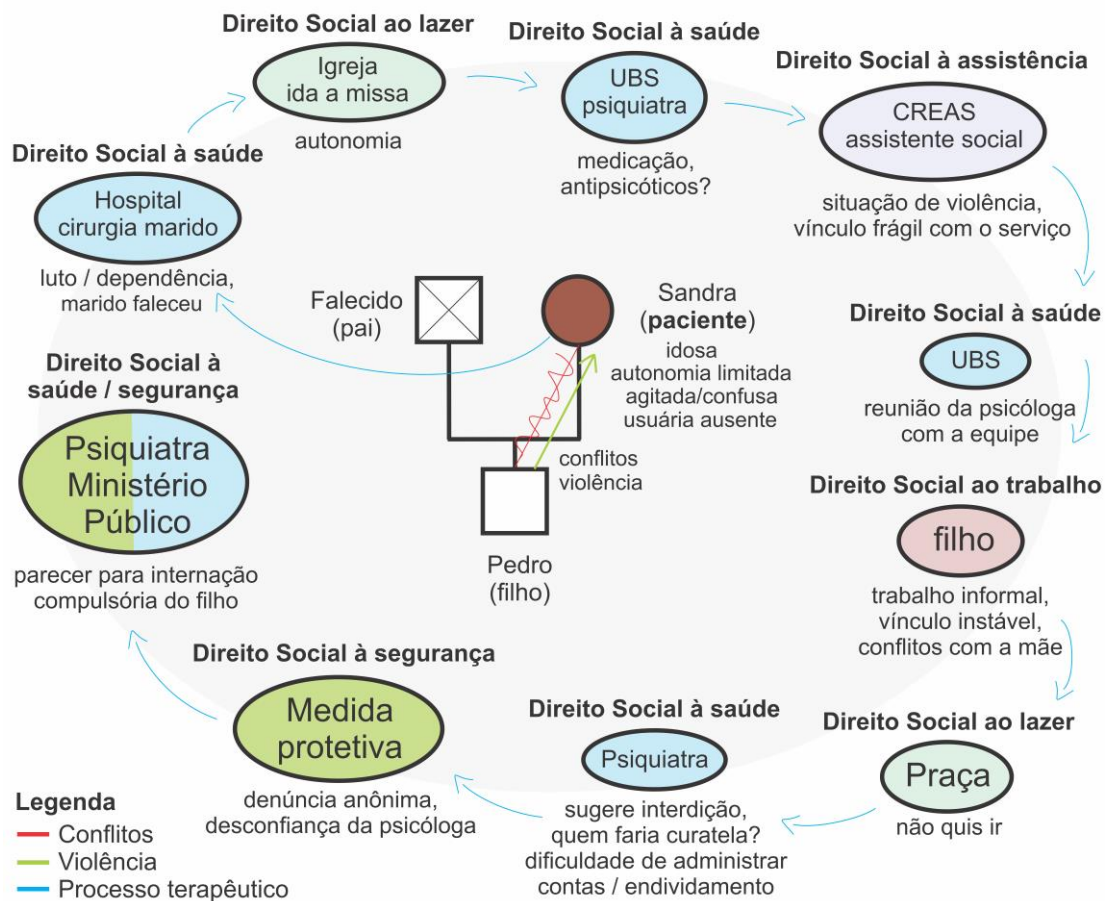
Nesse panorama discursivo, evidencia-se como a inexistência da expressão Direitos Sociais, em língua escrita ou oral, não impossibilita que outros discursos relacionados aos direitos, legislações ou linguagens jurídicas que materializam serviços de DS, incidam sobre a população e produzam efeitos nos processos de vida dos corpos que sofrem ou dos corpos que habitam a clínica em Psicologia: seja por marcas identitárias discursivamente fabricadas por uma moral hierarquizante (**Figura 6**), seja através de ações dos serviços pautadas pela noção de direito (**Gráfico 4**):

Gráfico 4. Mapeamento do percurso de usuária⁶⁷ no processo de Acompanhamento Terapêutico evidencia, no período de 6 (seis) meses, alguns dos Direitos Sociais que estiveram presentes na cena clínica, produzindo efeitos através de políticas, de ações dos profissionais e de discursos sobre os direitos.

⁶⁵ Significado da palavra “acusar” presente no dicionário (Terra, 2014).

⁶⁶ Esse pensamento remete a discussão de Merhy (2002) quando o autor discute o projeto político-social neoliberal que, por um ideário privatizante, “opera com a noção de que qualquer forma de Direito Social conquistado é privilégio que fere as regras do mercado” (p.70).

⁶⁷ Para maiores informações sobre a complexidade que envolve este caso clínico, consultar: Palombini; Pasini; Ecker; Castro; Silveira; Schreiner e Guerra (2019).



Fonte: Gráfico do autor. Dados disponíveis no caderno de registro das atas do Programa de Acompanhamento Terapêutico da UFRGS/CIPAS.

Analisando os materiais de pesquisa, do total 346 materiais coletados, 35 (trinta e cinco) registram a presença do termo ‘direito’ ou “direitos” em seu conteúdo. Quando o termo ‘direito’ emergiu, situou-se relacionado aos Direitos Humanos (**Figura 7**), como algo genérico destituído de especificidade jurídica (**Relato 1**), relacionado ao direito à resistência (**Documento 3**), à informação em saúde (**Relato 2**) ou à saúde, entretanto, sem nomeá-lo diretamente (**Figura 8**). Os materiais de pesquisas que referem o DS à saúde e suas políticas relacionadas, aparecem, em especial, nos discursos daqueles(as) profissionais e usuários(as) vinculados(as) a movimentos sociais na área da saúde mental e em documentos de caráter institucional: conselhos profissionais (**Documento 4**), movimentos sociais organizados (**Documento 3**) e partidos políticos.

Figura 7. Contracapa da Revista EntreLinhas, publicada pelo Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul – CRPRS, faz referência aos Direitos Humanos.



Completando 70 anos no dia 10 de dezembro, a Declaração Universal dos Direitos Humanos é referência inspiradora para o Código de Ética dos Psicólogos. Ela enumera os princípios fundamentais que devem ser observados na nossa profissão, contribuindo para o desenvolvimento de um trabalho mais humano e voltado ao bem-estar da sociedade.

#PsicologiaPelosDireitosHumanos



Fonte: CRPRS, 2018. Material de domínio público.

Relato 1. Discurso escrito em spray no muro do centro da cidade de Porto Alegre (RS) remete aos direitos de forma genérica, sem especificidade jurídica.

Querem tirar nossos direitos!

Fonte: Registro do autor, 2017.

Documento 3. Fragmento de texto produzido pelo Fórum Gaúcho de Saúde Mental “SOBRE LOUCURAS E FAÇANHAS: O FGSM e o 13º MENTALTCHÊ” (2018) cita o direito à resistência.

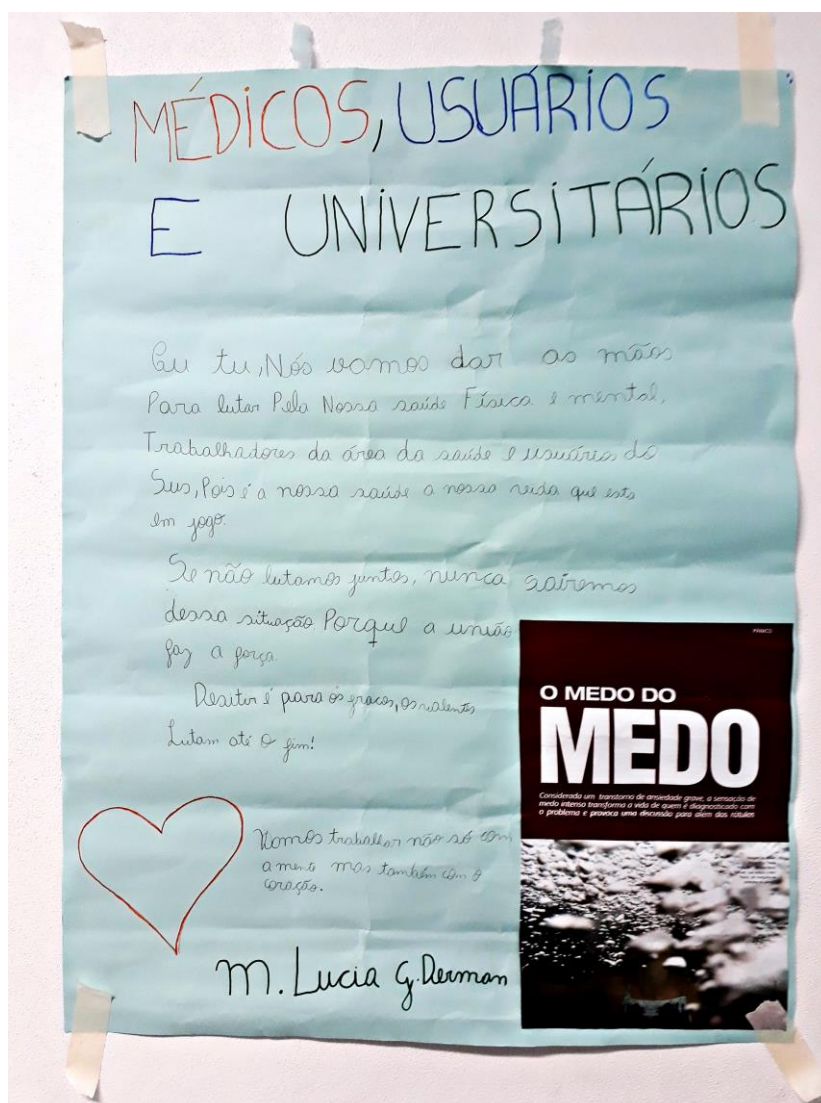
Se há *façanhas* que tenhamos a dar de *exemplo a toda terra* sabemos que elas não estão na violência de tentar apagar a história, nos autoritarismos de governos que, ao modo do Estado de exceção em que vive o Brasil, não reconheçam a legitimidade dos movimentos sociais e o direito à resistência sempre que quaisquer liberdades sejam cerceadas. Nossas verdadeiras *façanhas* estão, há mais de 30 anos, bem plantadas nesses pagos, junto àqueles que de fato aprenderam com Basaglia o quanto a liberdade é terapêutica!

Relato 2. Discurso de usuária do serviço de saúde mental, sobre tratamento em políticas do Direito Social à saúde, evidenciando dúvida sobre direito à informação em saúde.

Uma coisa que é dificultoso também é o acesso ao prontuário, né, no caso, o CID (...) Eu já tive cinco diagnósticos pelo CAPS, tem uns que nem sabem que tem direitos (...) né. Então querem saber, "ah, eu tenho direito olhar o meu prontuário", mas isso eu acho que o psiquiatra não pode fornecer, né?

Fonte: Materiais da Pesquisa GAM.

Figura 8. Cartaz formulado por usuária de serviço de saúde mental, por espontânea contribuição, é colado na parede da sala de aula do espaço universitário em que ocorreria a atividade da pesquisa sobre a Gestão Autônoma da Medicação. Nele, há menção à política do Sistema Único de Saúde sem, entretanto, nomeá-la como um direito.



Fonte: Foto do autor. **Autora do material:** Maria Lúcia Gonçalves Derman⁶⁸.

Texto do cartaz:

MÉDICOS, USUÁRIOS E UNIVERSITÁRIOS

Eu tu, Nós vamos dar as mãos Para lutar Pela Nossa saúde Física e mental. Trabalhadores da área da saúde e usuários do Sus, Pois é nossa saúde a nossa vida que esta em jogo. Se não lutamos juntos, nunca sairemos dessa situação Porque a união faz a força. Desistir é para os fracos, os valentes Lutam até o fim! Vamos trabalhar não só com a mente mas também com o coração.

Reportagem colada.

O MEDO DO MEDO

Considerada um transtorno de ansiedade grave, a sensação de medo intenso transforma a vida de quem é diagnosticado com o problema e provoca uma discussão para além dos rótulos.

Documento 4. Fragmento de notícia veiculada no site do Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul de título: “CRPRS manifesta-se junto a outras entidades sobre a situação das emergências de Saúde Mental em Porto Alegre” (07/11/2019) cita discurso sobre direitos e suas violações.

(...) A situação torna-se mais preocupante, ainda, em relação às crianças e adolescentes atendidas nos Plantões de Emergência em Saúde Mental dos Prontos Atendimentos Cruzeiro do Sul (PESM/PACS) e IAPI (PESM/IAPI), que são destinados à população adulta. Pois fere o direito ao respeito, que consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, referendado nos art. 12, 15, 17 e 18 do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) (...) A recente obra realizada no serviço (via ordem judicial) não é resolutiva para as violações de direitos, visto que o atendimento de crianças e adolescentes continua sendo no mesmo local que de adultos.

Fonte: CRPRS, 2019. Material de domínio público.

A inexistência da expressão ‘Direitos Sociais’ em dados da pesquisa, nos mesmos termos, é contrastada à presença da ideia de ‘direitos’, principalmente o DS à saúde, em diferentes contextos discursivos. Direta ou indiretamente, o uso da expressão ‘direitos’ incide na vida cotidiana, evidenciando relação com os seguintes efeitos: na interferência sobre as práticas profissionais em saúde, em como elas produzem e conduzem a si (**Figura 7**); na produção de denúncias, de um corpo que precisa expressar um posicionamento, por compreender que algo lhe está sendo destituído (**Relato 1**); no posicionamento de coletivos organizados, repreendidos em sua autonomia por órgãos de Estado, que utilizam o discurso do direito como

⁶⁸ Todos os materiais da Tese em que consta identificação de autoria foi por solicitação, com autorização, das próprias autoras(es).

estratégia para proteger sua integridade (**Documento 3**); como uma via de expressar um desconhecimento e obter maior consciência e autonomia sobre o próprio tratamento (**Relato 2**); como forma de expressão individual, de articulação para mobilização coletiva, solicitação de apoio e parcerias (**Figura 8**); no modo como as políticas públicas são operacionalizadas, violadas em suas diretrizes, demandando estratégias e tomadas de posição institucionais para proteção das regulamentações previstas em legislação brasileira (**Documento 4**).

Assim, os dados de pesquisa contribuem para pensar os múltiplos efeitos que se transversalizam, a partir do discurso sobre “direitos”, requerendo considerar a complexidade na análise sobre a incidência deles nos processos subjetivos e terapêuticos. Essa complexidade também envolve diferentes sujeitos sobre os quais os discursos incidem: usuárias(os) das políticas públicas, população em geral, profissionais, grupos organizados e instituições envolvidas com práticas nos serviços públicos, na saúde e em saúde mental (**Figura 7; Relato 1; Documento 3; Relato 2; Figura 8; Documento 4**). Conforme Ibanhes (2010), no que se refere ao Brasil, é preciso considerar que as políticas de garantia de direitos expressam contradições referentes às mazelas econômico-sociais e aos efeitos do estrangulamento político dos anos da ditadura. Destaca-se, através dos dados de pesquisa, que esses efeitos permanecem mesmo após trinta anos de término do período ditatorial (**Documento 4; Documento 5**).

Documento 5. Nota do CRPRS sobre “Pacote do Governo Estadual” do Rio Grande do Sul demonstra a relação entre ações de governo e a operacionalidade das políticas de Direitos Sociais.



CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL – 7ª Região

NOTA SOBRE O “PACOTE DO GOVERNO ESTADUAL”

PROTOCOLADO EM 22 DE NOVEMBRO DE 2016

O Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul **se posiciona publicamente em contrariedade às vinte e duas medidas protocoladas em 22 de novembro do corrente ano pelo Poder Executivo Estadual do Rio Grande do Sul junto à Assembleia Legislativa que compõem o chamado “Pacote do Governo Estadual”**. As propostas – sete Propostas de Emenda à Constituição Estadual (PECs), onze Projetos de Lei (PLs) e quatro Projetos de Lei Complementar (PLCs) – estão disponíveis em publicação de 23 de novembro de 2016 do Diário Oficial da Assembleia Legislativa e em divulgação da Agência de Notícias da Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, conforme consta

Fonte: Foto do autor. Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul – CRPRS (2016).

Fragmento de texto da nota: Se houver aprovação em votação junto à Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, o “Pacote do Governo Estadual” impactará a população gaúcha através do desmonte de políticas de Estado (...) O “Pacote do Governo Estadual” corrobora a imposição de um novo Estado, mais autoritário e voltado a interesses específicos com foco na lógica de mercado. Esta lógica precariza o setor público por meio do enxugamento da máquina pública e da redução de investimentos, tencionando a privatização e a terceirização como únicas alternativas possíveis. Somado a isso, potencializa a desqualificação e a criminalização dos servidores públicos.

Por meio da análise dos discursos dos ‘direitos’, nos materiais de pesquisa, pode-se pensar que os efeitos do estrangulamento político são verificados em situações como: ações por parte do Estado que violam direitos (**Documento 3; 4**); produção de políticas e intervenções inadequadas à manutenção da dignidade humana (**Documento 3; Relato 1; Figura 8**); desrespeito ao regime democrático (**Documento 3; 4; 5**); e violação das legislações brasileiras, atualmente vigentes, para proteção de parcelas específicas da população (**Relato 2; Documento 4; 5**). Esses dados podem ser relacionados ao argumento de Lo Vuolo (2016), quando este afirma que no Brasil haveria uma instabilidade econômica estrutural a refletir um sistema de proteção social incapaz de atuar como instrumento anticíclico das condições de vulnerabilidade. A lógica de intervenções neoliberais, que valorizam uma sociedade mercantil (Viana, Fonseca & Silva, 2017), e a ‘financeirização’ das

políticas sociais, como processos que deterioram as ofertas de serviços públicos, universais e gratuitos (Lavinias, 2016), também são possíveis articular aos dados do estudo (**Documento 4; 5**).

Por fim, infere-se, através dos materiais de pesquisa, que a nebulosidade discursiva em torno dos direitos, ao não estabelecer uma relação em língua escrita ou oral direta entre os serviços acessados, disponíveis ou não disponíveis, como contextos em que se situam o exercício dos Direitos Sociais em ato, individualiza as condições de vulnerabilidade social às quais muitos dos usuários e usuárias estão expostos, naturalizando a falta de acesso às políticas de garantia dos DS, que têm configurado, de maneira particular, a vida cotidiana de muitos brasileiros. Essas iniquidades tornam-se evidentes pelos paradoxos, contradições, instabilidades, incongruências, precariedades e/ou inexistências com que as políticas públicas incidem em questões subjetivas e terapêuticas. Expressando conjunturas de uma determinada época socio-histórica, resultam, então, na fragilização de dispositivos para o cuidado em Saúde Mental, na perspectiva da integralidade, que contemple diferentes fatores humanos – físicos, subjetivos e sociais –, nos processos diários da vida (Hullen, 2018), como juridicamente prevê os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.

6.3 Efeitos subjetivos e terapêuticos do exercício dos Direitos Sociais demandas clínicas, processos terapêuticos e o paradigma biomédico

A proposta de discussão dos dados de pesquisa, até aqui, teve como objetivo evidenciar a complexidade que envolve a análise do exercício dos Direitos Sociais na clínica em Psicologia, elencando a presença de fatores materiais, singulares e multidimensionais que se fazem presentes nos casos em saúde mental. Posteriormente, foi abordada a quase inexistência do discurso “Direitos Sociais” no cotidiano, em expressão nos mesmos termos, mas, a frequente incidência de ações em educação, lazer, saúde, trabalho, dentre outros DS, na vida, nas terapêuticas e nos discursos institucionais.

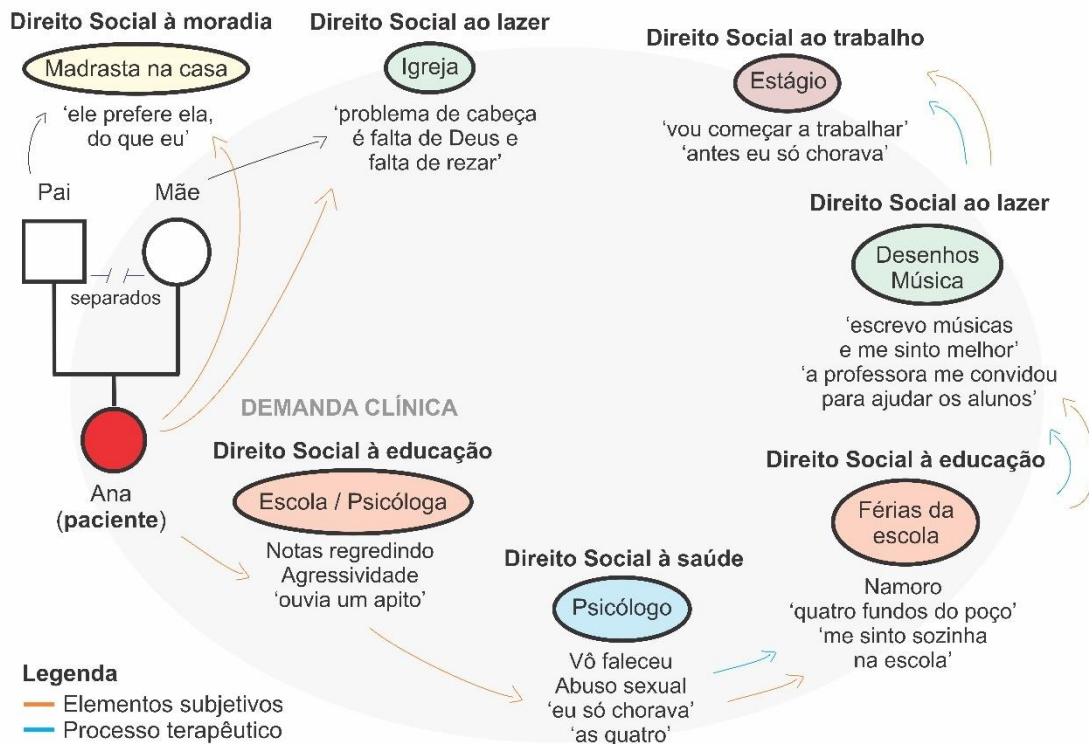
Nesta sessão, o objetivo será analisar os efeitos⁶⁹ terapêuticos e subjetivos do exercício dos Direitos Sociais considerando três pontos, articulados, de discussão: as demandas⁷⁰ clínicas, encaminhamentos e os processos terapêuticos; os elementos subjetivos nos discursos dos e sobre os usuários(as); e, por fim, a incidência de discursos relacionados ao paradigma biomédico⁷¹.

Gráfico 5. Mapeamento de atendimento psicológico, no período de 1 (um) ano, evidencia a presença de alguns dos Direitos Sociais, sua relação com a demanda clínica, com fatores subjetivos e o contexto do processo terapêutico.

⁶⁹ A ideia de efeito não é considerada como estabelecimento de causa e consequência, mas, sim, de relação. Relação como ligação, conexão, vinculação ou certa dependência que determinado fator ou elemento da cena clínica possa ter com o exercício dos Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos. Compreender os efeitos enquanto relação com algo é manter a afirmação da complexidade da incidência dos DS nos processos de vida, em que vários elementos se transversalizam, o que impossibilita estabelecer relações únicas, de causa e consequência direta entre eles.

⁷⁰ Demanda clínica, nesse caso, é compreendida como aquilo que serve de justificativa inicial para indicar tratamento terapêutico de determinada pessoa. Cabe destacar que a demanda inicial nem sempre coincide com a demanda singular que emergirá, enquanto problema, ao longo do processo terapêutico. Essa questão é importante na presente Tese, inclusive, por muitos dos encaminhamentos dos casos analisados terem sido efetuados por serviços públicos, pela família ou terceiros, não sendo, sempre, a pessoa alvo de tratamento, aquela que definiu a demanda.

⁷¹ A expressão 'paradigma biomédico' refere as perspectivas de atenção à saúde que priorizam compreender os sujeitos através de explicações, majoritariamente, biológicas – fisiológicas, orgânicas, cerebrais – fragmentando o corpo em 'órgãos' e centralizando as propostas de cuidado e de tratamento no uso de recursos da medicina, em especial, da medicação e dos diagnósticos psiquiátricos. Para maior compreensão do tema, consultar: Campos (2000); Guedes, Nogueira e Camargo Jr (2006); Sousa, Maciel e Medeiros (2018).



Fonte: Gráfico do autor. Dados do Diário de Campo no Programa de Acompanhamento Terapêutico da UFSC/SAPSI.

Ana, 14 anos (**Gráfico 5**), foi encaminhada pela psicóloga de uma escola pública (DS à educação) para atendimento psicológico (DS à saúde). Como demanda clínica, dentre as informações repassadas sobre a garota, estavam: sinais de agressividade e relato de que ela teria tido “crises na escola (DS à educação), a ponto de ter que sair da sala de aula”. Um dia, Ana comentou que “ouvia um apito”. A psicóloga da escola (DS à educação) informa que “chamou o pai e a mãe de Ana, pois as notas estavam baixando”. No início do processo terapêutico, no discurso de Ana, aparece o relato sobre o falecimento do vô, “ele era um pai para mim”. Contou, também, sobre o assédio moral e sexual que ocorreu na escola, por parte de um professor (DS à educação), há um ano. “Eu só chorava”, expressou.

Durante o processo terapêutico (DS à saúde) a adolescente relata haver “quatro meninas” que conversam com ela e se fazem presentes em situações específicas, inclusive na escola⁷² (DS à educação), cada uma com um

⁷² A psicóloga da escola (DS à educação) não encaminhou Ana ao CAPS (DS à saúde) do município por receio de que a menina fosse excessivamente medicalizada quando relatasse “ver pessoas” e ouvir vozes. Expressões subjetivas que, até então, não pareciam produzir prejuízos significativos na vida da adolescente.

comportamento diferente. Ana também afirma ter amigas que “veem pessoas, além das vozes”, situação que costuma ocorrer na casa (DS à moradia) dessas amigas. No percurso do acompanhamento, início das férias da escola (DS à educação), Ana diz estar feliz, pois “me sinto sozinha na escola” (DS à educação). Entretanto, a psicóloga da instituição havia relatado que a jovem “é bem relacionada”, “toca música e até ensina outros alunos” (DS à educação). No processo clínico, Ana identificou “quatro fundos do poço” que foram sendo focos de análise da terapia. A escola (DS à educação) e a família entravam com frequência na cena clínica pelo discurso de Ana. Em relação à família, eram frequentes os conflitos em casa (DS à moradia) justificados pelo motivo da madrasta estar morando com o pai, “ele prefere ela, do que eu”. Nos discursos sobre a família, por parte da mãe, Ana detalha as idas semanais à igreja evangélica (DS ao lazer) e os discursos que incidem sobre ela relacionados a essa instituição: “problema de cabeça é falta de Deus e falta de rezar”, disse a mãe de Ana, quando a menina comentou não estar bem.

No fragmento do caso de Ana (**Gráfico 5**), em relação à demanda clínica e encaminhamentos, é possível analisar, como em outros materiais da pesquisa, o modo com que determinadas formas de se exercer os Direitos Sociais operam enquanto parâmetros⁷³ de ‘saúde’, que justificam o encaminhamento para atendimento psicológico: as notas escolares de Ana, ao baixarem, são interpretadas como um dos possíveis ‘sinais’ de adoecimento psíquico. Essa delimitação de sinais ou sintomas, utilizando pré-determinados modos de se exercer os Direitos Sociais como parâmetros de saúde ou de

⁷³ Definir parâmetros de saúde e de adoecimento psíquico, através de pré-determinadas formas de se exercer os Direitos Sociais, emergem em outros casos clínicos nos materiais da pesquisa, como exemplificam os seguintes discursos: não se alimentar ou se alimentar com alimentos “não saudáveis” (DS à alimentação); estar com frequência em casa, sem sair do domicílio “para passear” ou ficar “trancado e isolado” (DS à moradia; DS ao lazer); manter a casa “suja” ou “desorganizada” (DS à moradia); não trabalhar, não conseguir se manter “estável” ou com “boas” relações no trabalho (DS ao trabalho); não “atender” as condicionalidades impostas por algum benefício assistencial (DS à assistência); não ter “organização pessoal ou psíquica” para circular por um território, ter reações “inesperadas” em meios de transporte, incluindo a expressão de desconforto com ônibus sobrecarregados de passageiros (DS ao transporte); frequentar ambientes públicos em horários noturnos ou locais que possam produzir alguma forma de “risco” à proteção integral de si – áreas de tráfego, festas, locais nos quais se fazem o uso de drogas (DS à segurança); “evasão” escolar, notas baixando ou “conflitos” na escola (DS à educação); não “seguir” orientações padronizadas sobre os cuidados em períodos gestacionais (DS de proteção à maternidade); não praticar as orientações padronizadas sobre os cuidados de bebês e crianças (DS de proteção à infância); fumar cigarro, beber álcool ou ter outros hábitos “ruins e autodestrutivos” que não condizem com as orientações padronizadas sobre os cuidados em saúde (DS à saúde), dentre outros.

adoecimento, atenta a presente análise para uma possível individualização do sofrimento dos sujeitos, utilizando o discurso dos DS como um dos argumentos fundadores de um reducionismo analítico: isola os corpos em ações específicas, distanciando o contexto cultural e político do adoecimento, e da vida das pessoas, não produzindo uma compreensão mais ampla, biopsicossocial.

Cabe destacar que a definição reducionista, que determina formas de se exercer os Direitos Sociais como parâmetros de 'saúde', não é resultado da existência nas políticas brasileiras dos DS em si. Em movimento quase contrário, a afirmação dos Direitos Sociais, na Constituição Federal de 1988, instituiu a pluralidade, e não reducionismos estereotipados, para a produção de um Estado em que habitem a diferença e a singularidade, democrático: "(...) destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, à liberdade, à segurança, ao bem-estar, ao desenvolvimento, à igualdade e à justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, s/p, grifo nosso).

Tabela 1 - Dados de pesquisa evidenciam algumas das diferentes políticas brasileiras, relacionadas aos Direitos Sociais que, por seus profissionais, incidem na construção e no encaminhamento de demandas clínicas em saúde mental.

Ano	Número de usuários(as) acolhidos em atendimento pelo ATnaRede	Serviços públicos que encaminharam*
2013	4	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio Matricial (SMS/PMPA); - Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); - Centro de Avaliação Psicológica da UFRGS (CAP); - Estratégia Saúde da Família (ESF); - Núcleo de Abrigos Residenciais (NAR); - Oficina de Geração de Renda (GeraPOA); - Ponto de Cultura (Ministério da Cultura); - Unidade Básica de Saúde (UBS); - Vara de Execução de Penas e Medidas Alternativas (VEPMA);
2014	3	
2015	7	
2016	4	
2017	2	
Total 2013 a 2017	20	

* Alguns serviços foram responsáveis por mais de um encaminhamento.

Fonte: Tabela do autor. Dados disponíveis no caderno de registro das atas do Programa de Acompanhamento Terapêutico da UFRGS/CIPAS.

A determinação de parâmetros de 'saúde', por específicos modos de exercer os DS, incide na construção e encaminhamento das demandas clínicas em saúde mental pela relação dessas práticas com o envolvimento de percepções subjetivas sobre 'saúde' das pessoas envolvidas no caso. Assim, profissionais que representam os serviços, familiares, cônjuges, terceiros ou os próprios usuários, incidem com sentidos sobre 'saúde' e 'adoecimento', na situação em análise, que ocasionam efeitos em como ela se produz e é conduzida. Se, para Severo e Dimenstein (2011), há duas concepções de cidadania predominantes nos Projetos Terapêuticos de reabilitação psicossocial no Brasil, através dos materiais de pesquisa se propõe pensar que essas duas concepções favorecem processos de normalização social ou a possibilidade de reconstruir modos variados de singularidade, dependendo de como os discursos dos atores sociais envolvidos incidirem com significados de saúde e de adoecimento psíquico na condução de cada caso.

Narrativa 4.

Ela se encontra acolhida em Residencial Terapêutico (DS à saúde), às custas do município, vive há seis anos em Residenciais privados (DS à moradia), onde sofreu maus tratos e violência sexual.

As graves violências sexuais desencadearam períodos de tratamento em ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial, internações hospitalares (DS à saúde), acompanhamento pelo Conselho Tutelar e, por último, acolhimento em Residencial Terapêutico.

Desde 2014 recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC) (DS à assistência) que 'mal dá' para despesas pessoais (higiene, beleza, cigarro, alimentos específicos) (DS à saúde; DS à alimentação) e que do mesmo valor que vinha pagando tratamento dentário e consultas psiquiátricas (DS à saúde) para renovação de receitas. "Queria viver na casa com minha mãe" (DS à moradia).

Fonte: Dados de Diário de Campo no Programa de Acompanhamento Terapêutico da UFRGS/CIPAS.

Nesse raciocínio, propõe-se pensar nas pessoas e instituições, envolvidas nas construções e encaminhamentos de demandas clínicas em saúde mental, como operadoras, do que se nomeia, na presente Tese, de

*Agentes de Normalização e Agentes de Singularização*⁷⁴. Nos dois casos, são pessoas e discursos que atuam, operam e exercem ações de condução, de agenciamento entre sentidos e significados, incidindo como intermediários dos discursos entre o corpo que habita o mundo, sua singularidade, a nomeação e descrição de seu adoecimento, construção da demanda clínica e fabricação do encaminhamento. No caso dos *Agentes de Normalização*, estes atuariam construindo e articulando discursos que fabricam identidades pré-moldadas, conduzem subjetividades a partir de modelos pré-estabelecidos, estigmatizam, patologizam e rotulam, compreendendo que *normalizar* é sinônimo de cuidado e tratamento. Em relação aos *Agentes de Singularização*, entende-se que estes não analisam ações isoladas, atuam afirmando e emancipando as diferenças, situam o corpo e seu sofrimento para além de sinais e sintomas únicos. Assim, inserem o adoecimento psíquico em contextos mais amplos, multidimensionais, transversalizados por aspectos biológicos, individuais, relacionais, familiares, culturais, políticos, sociais, dentre outros. Produzem ações e encaminhamentos coesos à noção de integralidade do SUS e às orientações⁷⁵ da política brasileira da Rede da Atenção Psicossocial - RAPS, por compreenderem que *singularizar* é sinônimo de cuidado e tratamento.

Figura 10. Material distribuído em evento sobre saúde mental apresenta texto de usuária o qual demonstra discursos sobre fatores subjetivos, seu sofrimento nomeado como demanda, e o exercício de alguns dos Direitos Sociais nessa relação (lazer, alimentação, saúde, moradia).

⁷⁴ A proposta dessas duas categorias não objetiva reduzir a multiplicidade de práticas possíveis, ou os paradoxos presentes em uma mesma prática, mas, sim, propor termos como estratégia didática de análise.

⁷⁵ Dentre as orientações e princípios da RAPS, como eixos centrais para construção dos Projetos Terapêuticos Singulares, estão: respeito aos direitos humanos, à autonomia, liberdade, equidade, combate a estigmas e preconceitos, cuidado integral, assistência multiprofissional, atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, diversificação das estratégias de cuidado, atividades no território, inclusão social, exercício da cidadania, estratégias de Redução de Danos, ênfase em serviços de base territorial e comunitária, participação e controle social dos usuários e de seus familiares, rede de atenção à saúde regionalizada e intersetorial (Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, Art. 2º).

DESABAFO

Jeorgina da Silva Dias

Sinto que não me resta muito tempo. Estou sufocada. Preciso sair para outra cidade. Preciso viver mais. Minha cabeça e meu corpo já não aguentam mais. Eu não aguento mais.

Estou tentando desesperadamente viver, mas está cada dia mais difícil.

Onde estou? Cadê minha vida que era tão maravilhosa? Cadê as festas? Cadê os happy hour? Cadê os jantares e encontros com amigos? Cadê minha risada gostosa? Onde está a alegria?

Esta não sou eu. Quero viver outra vez. O que aconteceu comigo? Meu Deus! No que eu virei. Um farrapo humano... E ninguém consegue saber o que estou passando. Uma batalha se trava em minha alma, na minha vida. De tudo que fui, nada mais eu sou. Nem médicos, nem família, nem amigos, ninguém pode me ajudar.

Que saudades de mim! De sair na noite, tomar uma dose de whisky ou uma cerveja com uma pizza, e não tomar água com pizza, ou sair e ficar olhando a alegria e gargalhadas dos outros. E eu? Onde estou? Por que não estou rindo?

Não tenho muito tempo... Fico com pena do esposo Luiz, dos filhos e netos, mas estou chegando ao fim e quero passar meus últimos momentos na praia. Mas como explicar para o Luiz que preciso disso? Ele não vai entender, mas eu preciso. Assim que der vou embora. Preciso respirar. Estou sufocando.

Minha vida se tornou um círculo: médico, remédio, casa, hospital e volta tudo de novo.

Preciso sair. Preciso respirar. Meu Deus me ajude! Estou sem forças.

Fonte: Foto do autor. Texto do material “Oficina literária mentes em ação”. CAPS II Prado Veppo, Santa Maria - RS (2018). Material de domínio público.

Através dos dados de pesquisa, analisar os efeitos da incidência do exercício dos Direitos Sociais nas demandas clínicas em Psicologia possibilita elencar, também, outros dois pontos de relação. O primeiro demonstra a ligação entre o exercício dos DS com discursos que envolvem violência, sofrimento, adoecimento ou conflitos: DS à educação e sua relação com o abuso sexual, como motivo de um dos “quatro fundos do poço” e relacionado ao sentimento de solidão (**Gráfico 5**); DS à moradia e os conflitos em casa, produzindo a percepção de não se sentir amada (**Gráfico 5**); DS ao lazer, com a ida da mãe à igreja e essa atividade reverberando discursos sobre religião, que soam como violência na percepção da paciente (**Gráfico 5**); o não exercício do DS à alimentação, expresso na frase “Cadê os jantares e

encontros com amigos?” relacionado à falta de alegria “Onde está a alegria?” (**Figura 10**); DS à saúde e à moradia, representados pela figura do médico, dos remédios, do hospital e da casa, associados à sensação de estar “sufocando” e de que a “vida se tornou um círculo (...) Meu Deus me ajude!” (**Figura 10**).

O segundo ponto evidencia a vinculação do exercício dos Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos com discursos sobre produção de saúde – desenvolvimento de habilidades, relações sociais, sensação de bem-estar, de resiliência, formulação de projetos, planos e concretização de desejos: DS à educação e DS ao lazer na relação com a oportunidade de Ana em auxiliar outros alunos, no turno inverso as suas aulas, na disciplina de música. A música, nesse caso, foi citada durante o atendimento psicológico como um hábito de lazer que a “gratifica”⁷⁶: “escrevo músicas e me sinto melhor” (**Gráfico 5**); DS ao trabalho e sua relação com a formulação de projetos futuros, vinculada à percepção de estar mais resistente aos acontecimentos da vida: “antes eu só chorava, agora me sinto mais forte (...) acho que vou começar a trabalhar” (**Gráfico 5**); DS à alimentação – “cerveja com uma pizza” – seguido da relação com sensações de “alegria e gargalhadas” (**Figura 10**); DS ao lazer – “quero passar meus últimos momentos na praia” – associado à percepção de estar respirando (**Figura 10**).

Figura 11. Escrita produzida, espontaneamente, por usuário de serviço de saúde mental (DS à saúde), entregue em atividade de pesquisa na universidade (DS à educação), demonstra a relação entre o exercício dos DS (saúde, alimentação, educação, trabalho) e o processo de tratamento terapêutico como possibilidade de “saída para melhorar sua vida”.

⁷⁶ Gratificação: satisfação; prazer pessoal; satisfação interior; adicional ou prêmio que se recebe pelo exercício de determinado cargo ou pelos resultados do trabalho; reconhecimento; auxílio recebido; recompensa; alegria; gratificar a alma; agradecer (Terra, 2014, p.499).

PARA VOCÊ COM GRATIDÃO

EXISTE UMA SOLUÇÃO
PARA CURAR A AFLIÇÃO
SIGA A ORIENTAÇÃO
DO MÉDICO DE PLANTÃO
E NÃO ESQUEÇA SUA MEDICAÇÃO
EXISTE UMA SAÍDA
PARA MELHORAR SUA VIDA
PRESTE MUITA ATENÇÃO
NA TUA ALIMENTAÇÃO
APRENDA UMA CANÇÃO
INVISTA EM EDUCAÇÃO
DESCUBRINDO TUA VOCAÇÃO
TENHA A SUA PROFISSÃO
TRABALHANDO COM DEDICAÇÃO
HAJA COM MUITA COMPAIXÃO
PERDOANDO TEU IRMÃO
RELAXE, FAÇA MEDITAÇÃO
CONCENTRE-SE NA RESPIRAÇÃO
PRATIQUE SUA RELIGIÃO
COM FÉ E DEVOÇÃO
FAÇA SEMPRE TUA ORAÇÃO
DE TODO O CORAÇÃO
PEDINDO PROTEÇÃO
AO PAI DE TODA CRIAÇÃO.

MARCOS TADEU MOSS.

Fonte: Foto do autor. **Autor do texto:** Marcos Tadeu Moss (sublinhado nosso).

No último ponto de análise, os materiais de pesquisa contribuem para pensar a incidência, nos processos subjetivos e terapêuticos em curso, de discursos relacionados ao paradigma biomédico⁷⁷ e a relação com o exercício dos Direitos Sociais. Inicialmente, cabe destacar que a medicina e o uso de

⁷⁷ Apesar de não representar a multiplicidade de abordagens da medicina, o paradigma biomédico, historicamente, foi criticado porque instituiu como imperativo a compreensão da demanda em saúde mental como expressão de algo 'natural', supostamente originado por distúrbios biológicos, compreendendo as pessoas por fatores fundamentalmente orgânicos (Bezerra Júnior, 1990).

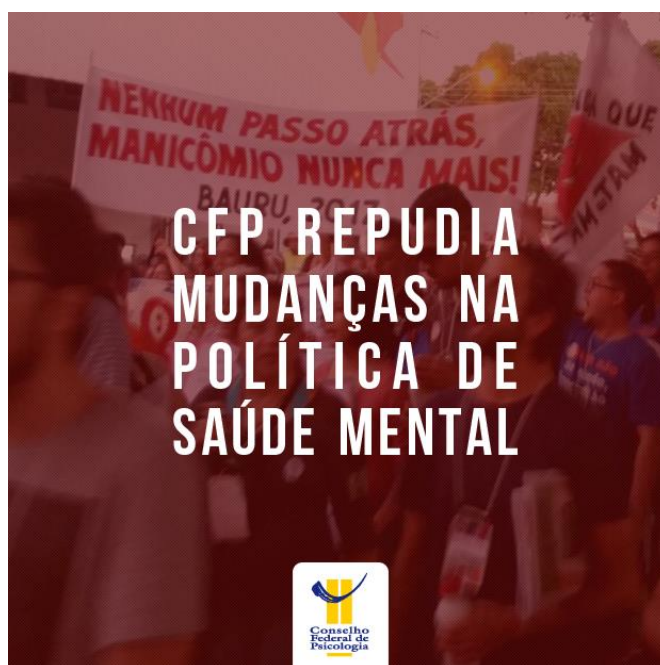
medicamentos, como dispositivos de cuidado e de tratamento, representam campos de conhecimento regulamentados em diferentes políticas do Sistema Único de Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011; Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017). Dentre as regulamentações, inclui a presença nos discursos jurídicos que embasam os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002; Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017). Assim, médicos(as) e prescrição de medicamentos compõem dois dos diversos elementos que materializam e fazem operar, no Brasil, o exercício de um dos DS: o Direito Social à saúde⁷⁸.

Nos materiais de pesquisa, no relato da **Figura 11**, é possível demonstrar a proximidade entre o discurso sobre o “médico” e a “medicação” associados à palavra ‘seguir’ e à orientação de “não” esquecer: “siga a orientação do médico de plantão e não esqueça sua medicação”. Na continuidade no texto, a citação sobre outros Direitos Sociais, como “alimentação”, “educação” e “profissão”, parecem não remeter à mesma obrigatoriedade de obediência. Assim, apesar de serem relacionados a estratégias para “melhorar sua vida”, vinculam-se a uma expressão que soa não ter o mesmo impacto assertivo sobre a produção e condução de si: “preste muita atenção”. Pelos fragmentos desse relato (**Figura 11**), questiona-se em qual medida quem faz uso dos serviços de saúde mental compreende os adoecimentos psíquicos como algo também socialmente forjado como aponta Bezerra Júnior (1990). Para o autor, as situações de sofrimento envolveriam, dentre outros elementos, as condições de miséria e exploração impostas à maioria da população, como a falta de políticas adequadas (Bezerra Júnior, 1990), nas quais se incluem as de garantia dos Direitos Sociais. Entretanto, no

⁷⁸ Considerando o princípio da integralidade, presente em muitas das políticas de saúde no Brasil, talvez seja possível pensar que o reducionismo, ainda presente em algumas práticas em saúde, operam, também, como reflexo da fragmentação dos Direitos Sociais em diferentes Ministérios, políticas, ações e serviços governamentais. Nesse raciocínio, construir políticas que produzam saúde em uma perspectiva da integralidade, biopsicossocial, requereria integrar um número ‘x’ de Ministérios, compreendendo que eles, conjuntamente, representam a noção de saúde integral prevista nas diretrizes e orientações das políticas do SUS. Por esse argumento, políticas de educação, lazer, moradia, alimentação, assistência, dentre outras, seriam entendidas, todas, como políticas de saúde, já que contemplam algum setor da vida humana. Essa reflexão, entretanto, é apenas um exercício do pensamento e não tem o objetivo de propor a redução dos Ministérios no Brasil, mas, sim, afirmar a importância da articulação entre as políticas de cada um deles, cuja inseparabilidade mostra-se inerentes à produção de uma saúde integral da população.

relato do usuário (**Figura 11**), a responsabilidade por “proteção” emerge no discurso, não relacionado à figura do Estado, dos governantes ou pela garantia de direitos, mas, sim, à prática da “religião”, com citação da figura do “pai de toda criação” e da “fé”⁷⁹.

Figura 12. Imagem expressa posicionamento do Conselho Federal de Psicologia (CFP) contrário à proposta do Ministério da Saúde sobre as mudanças na política de saúde mental. Dentre as modificações propostas pelo Ministério estariam racionalidades de cuidado e tratamento que remetem ao paradigma biomédico e a uma perspectiva da saúde como mercadoria e não como direito: manutenção de leitos em hospitais psiquiátricos, ampliação de recursos para comunidades terapêuticas e limitação na oferta de serviços extra-hospitalares. Segundo o CFP, as propostas do governo desfiguram a política de saúde mental brasileira e afrontam as diretrizes de desinstitucionalização psiquiátrica previstas na Lei 10.216 de 2001.



Fonte: Conselho Federal de Psicologia (12 de dezembro de 2017). Documento de domínio público.

Seguindo a análise dos materiais de pesquisa, na **Figura 12** demonstra-se como a gestão das políticas de exercício do DS à saúde, no atual contexto

⁷⁹ Essa reflexão foi formulada como uma estratégia de pensamento. Com ela, não se tem a pretensão de despolitizar o usuário, reduzindo sua ampla existência a um relato pontual, muito menos utilizar sua escrita localizada para generalizar afirmações sobre os(as) usuários(as) de saúde mental do país. A proposta do argumento é articular elementos que gerem discussão, considerando que o Brasil é um país majoritariamente cristão (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012). Nele, a palavra de Deus está presente, inclusive, no início da Constituição Federal do Brasil de 1988 (CF, 1988), o que possibilita pensar na religião como um dos elementos que incidem e se relacionam com o exercício dos Direitos Sociais no país, assim como, com a subjetividade dos pacientes e seus processos terapêuticos conforme **Figura 11**.

socio-histórico do Brasil, apresenta disputas nas concepções de cuidado e de tratamento, vinte e cinco anos pós Reforma Psiquiátrica. Evidenciando o paradigma biomédico como uma das racionalidades presentes nessa disputa, o material com posicionamento do Conselho Federal de Psicologia detalha a relação desse paradigma com a produção de instabilidades na política de saúde mental, que desfiguram diretrizes do Direito Social à saúde, instituídas há dezenove anos. Nesse contexto conturbado da atenção psicossocial (DS à saúde), aliam-se elementos de desigualdade material que são expressos no **Relato 3**. Nele, o psicólogo e pesquisador na área da saúde mental descreve percepções pessoais sobre aspectos que emergem na relação entre profissional médico e usuário:

Relato 3.

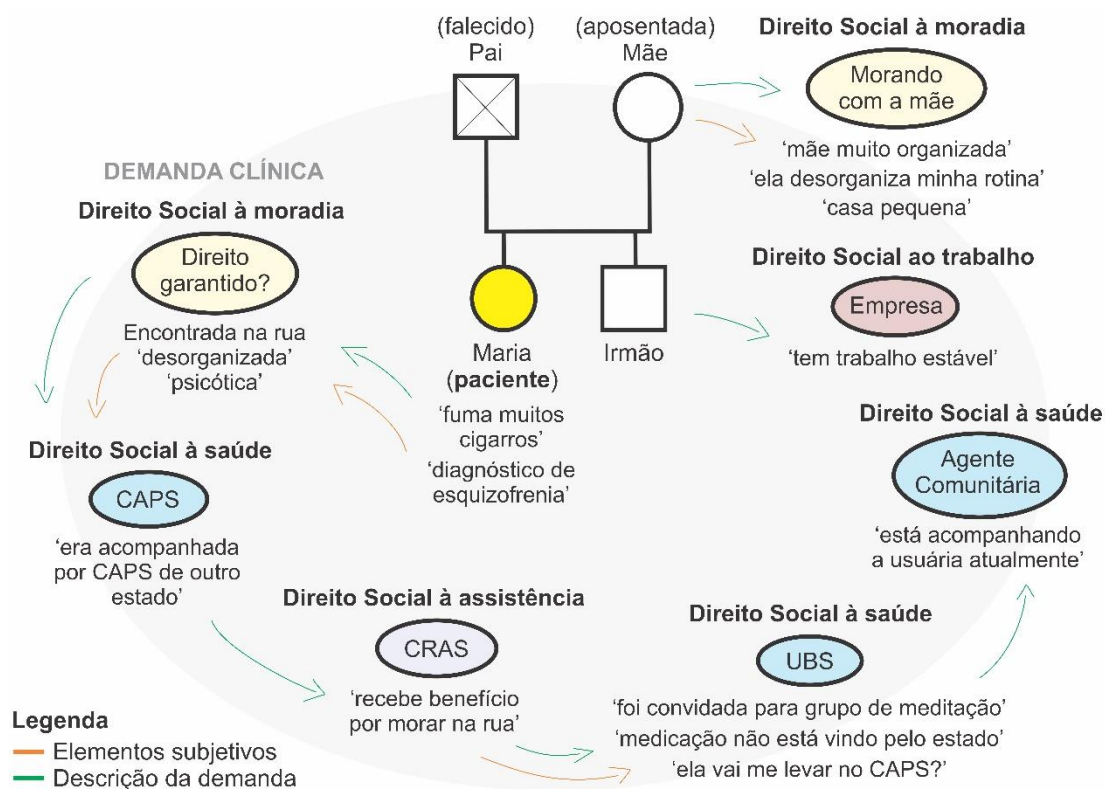
(...) por ser um equilíbrio muito desproporcional, tu pega uma pessoa com uma autoestima totalmente aniquilada por uma questão social do que é valorizado socialmente, por que se tu vai nessas comunidades, o que tu vai ouvir muito é aquela coisa assim “ah, eu quero ser doutor, eu quero ser advogado”, como se isso fosse um topo de uma hierarquia de valor (...) as pessoas que não têm a mesma autoestima que o psiquiatra (...) têm medo de chegarem e falar (...) o médico já tem uma estética (...). O que eu quero dizer com uma estética (...) Ele cuidou os dentes desde pequeno, ele teve uma nutrição muito boa, ele vem de outra classe social, então, as palavras que ele usa, ele teve uma educação muito diferente da tua, então, usa uma linguagem muito rebuscada e isso intimida, tinha um usuário que me dizia: “ai, tu fala tão bonito, eu não entendo, mas eu acho bonito”. E daí é isso, tu tem alguns artifícios (...) teu processo de vida, teu semblante físico, teu acesso à direitos (...) foram diferentes daquele usuário que passou fome, não teve acesso à dentista, que não teve direitos básicos (...) para nós parece que “ah, não é nada”, mas é: o usuário sem dentes e sem estudo tem dificuldade de conseguir emprego, ele acaba tendo dificuldade para muitas coisas na vida.

Fonte: Materiais da Pesquisa GAM.

O relato, fragmento de debate sobre a autonomia dos usuários frente ao médico e ao seu tratamento medicamentoso, evidencia aspectos da desigualdade estrutural de direitos, expressa como ‘marcas’ nos corpos das pessoas que habitam as políticas de DS à saúde, no Brasil. Essas marcas hierarquizam, de modo sutil ou mais evidente – pela linguagem, aspectos visuais ou comportamentais -, os detalhes que moldam a relação entre médico e paciente no cotidiano dos serviços: seja pelas palavras “rebuscadas” utilizada

pelos profissionais, sua escrita ininteligível, uma “estética” com “dentes”⁸⁰, seu corpo nutrido; seja por sua subjetividade produzida, também, pela ascensão social em uma profissão desejada por muitos. Como o relato da experiência do psicólogo exemplifica, falas em comunidades consideradas vulneráveis socioeconomicamente afirmam: “ah, eu quero ser doutor, eu quero ser advogado”. Assim, discursos que permeiam o exercício dos Direitos Sociais, imersos em sentidos hierarquizantes e com juízos de valor, incidem nas subjetividades dos envolvidos, fabricando efeitos que produzem diferentes sujeitos: “as pessoas que não têm a mesma autoestima que o psiquiatra” (Relato 3).

Gráfico 6. Mapeamento da descrição de demanda clínica demonstra a presença de alguns dos Direitos Sociais, com incidência de diferentes dispositivos de saúde (DS à saúde), na relação com fatores subjetivos e discursos do paradigma biomédico.



⁸⁰ “- É, infelizmente o dente ainda é uma forma de aceitação social” comentou a dentista da Unidade Básica de Saúde para o usuário, durante atendimento. O comentário da profissional foi uma resposta ao posicionamento do usuário que se mostrava desconfortável, estressado e triste, por ficar sem o dente na frente da boca em um momento de vida em que estava em busca de emprego. “E esse buraco que vai ficar na minha boca dotora? Preciso de emprego” expressou ele, levemente chorando, quando a dentista disse que o Sistema Único de Saúde não oferecia implante gratuito e ele teria um gasto de, no mínimo, 2mil reais em um serviço privado se quisesse não ter aquele espaço (“buraco”) na boca sobrando.

Fonte: Gráfico do autor. Dados disponíveis no caderno de registro das atas do Programa de Acompanhamento Terapêutico da UFRGS/CIPAS.

Complementando a análise dos materiais de pesquisa, o paradigma biomédico, conforme **Gráfico 6**, incide nos processos subjetivos e terapêuticos também através dos discursos específicos que institui. Palavras como “desorganizada”, “psicótica”, “diagnóstico de esquizofrenia” e o uso da “medicação” psicotrópica, como recurso de tratamento compõem um conjunto discursivo, biomedicalizante, que intervém e perpassa os processos terapêuticos dos usuários e usuárias, tendo efeitos em como eles produzem e conduzem a si, no mundo (**Relato 4**):

Relato 4.

(...) o doutor (...) uma vez quase me matou, foi aumentando, aumentando, o remédio... eu fiquei tão sedada, tão sedada, que eu não conseguia descascar uma laranja, não conseguia tomar banho sozinha, aí o meu marido me levou no consultório e ele falou assim “leva lá no hospital e larga lá, essa ali não tem mais jeito”. Eu tava dopada, mas tava ouvindo muito bem! Aí quando eu cheguei lá no médico e ele veio logo, quando eu cheguei no Hospital tava o doutor Cláudio⁸¹ lá, daí disse “essa guria tá muito intoxicada”, daí pegou e fez um processo de desintoxicação, até mandou uma carta (para a Unidade Básica de Saúde) pedindo que eu não podia tomar remédio forte, aí eu (...) preferi continuar com ele, que já me conhece e eu tenho confiança nele.

Fonte: Materiais da Pesquisa GAM.

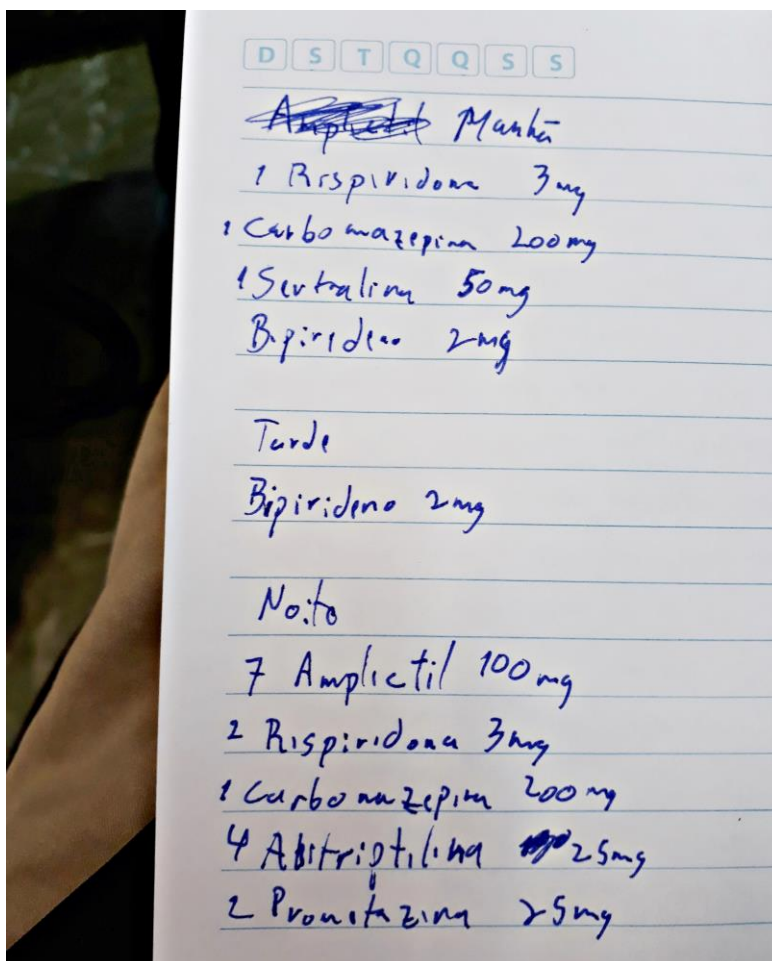
A medicação, como elemento central nos tratamentos de saúde mental baseados no paradigma biomédico, não representa a noção de saúde mental adotada no SUS (Ministério da Saúde, 2014), que ultrapassa ações restritas a uma específica área profissional como a da medicina, por exemplo, avançando da prevenção de agravos, doenças e intervenções curativas para ações que estimulem uma saúde de concepção ampliada⁸². Entretanto, mesmo com respeito aos tratamentos atuais em saúde mental, orientados pelas diretrizes

⁸¹ Nomes fictícios.

⁸² Na concepção ampliada, entende-se que saúde integral é composta e promovida por inúmeros elementos, destacando-se o acesso à educação, ao lazer, ao esporte, à habitação, à cultura, etc. Esses fatores são estruturantes e condicionantes para a abordagem de novos projetos de vida das pessoas, inclusive daquelas que demandam cuidados específicos em saúde. Os conceitos de autonomia, estabelecimento de vínculos, estímulo às relações interpessoais e fortalecimento de redes de apoio tornam-se fundamentais para a produção de saúde da população (Ministério da Saúde, 2014).

do SUS, a princípio não restritos à prescrição medicamentosa e à realização de exames, os dados de pesquisa evidenciam uma significativa incidência do uso de medicação psiquiátrica. Dos 28⁸³ (vinte e oito) casos clínicos aqui reportados, todos os usuários e usuárias fazem uso de um ou mais medicamentos, conforme exemplo da **Figura 13**:

Figura 13. Lista de medicamentos ingeridos, diariamente, por usuário atendido no Programa de Acompanhamento Terapêutico - ATnaRede - da UFRGS.



Texto do registro:

Manhã: 1 (uma) Risperidona 3mg, 1 (uma) Carbamazepina 200mg, 1 (uma) Sertralina 50mg, Biperideno 2mg. Tarde: Biperideno 2mg. Noite: 7 (sete) Amplictil 100mg, 2 (duas) Risperidona 3mg, 1 (uma) Carbamazepina 200mg, 4 (quatro) Amitriptilina 25mg, 2 Prometazina 25mg.

Fonte: Foto do autor. Dados de Diário de Campo no Programa de Acompanhamento Terapêutico da UFRGS/CIPAS.

6.4 O exercício de Direitos Sociais e o Acompanhamento Terapêutico

⁸³ Esse número refere-se, estritamente, aos casos clínicos atendidos pelo Programa de Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública - ATnaRede (UFRGS/CIPAS).

DS à saúde em ato, território existencial e a radicalidade do sujeito biopsicossocial

Os materiais de pesquisa apresentados até aqui, forneceram elementos de discussão sobre a incidência dos Direitos Sociais na clínica em Psicologia – por meio de discursos, políticas, serviços e através da inexistência do exercício de direitos – perpassando os processos terapêuticos dos usuários e usuárias com efeitos no modo como eles produzem e conduzem a si, no mundo, enquanto seres subjetivos. O Acompanhamento Terapêutico, como materialidade que serviu à análise de situações clínicas, forneceu pontos importantes para as reflexões propostas.

Nesta sessão, o objetivo será discutir a clínica do AT e sua relação com o exercício dos DS, através de três linhas de pensamentos integrados: o Acompanhamento Terapêutico como via, em ato, de exercício do Direito Social à saúde⁸⁴; a relação entre território, processos terapêuticos e os DS; e, por fim, a radicalidade da clínica do sujeito de Direitos Sociais, biopsicossocial, que a prática do Acompanhamento Terapêutico explicita.

Narrativa 5.

Edgar, usuário em atendimento, dorme com a mãe no mesmo quarto. Foi sugerido que a Acompanhante Terapêutica retomasse a conversa com eles sobre as mudanças na casa, inclusive com a irmã. A AT sente que não há espaço na casa para Edgar.

Um comentário recorrente sobre o usuário é: “ele não expressa desejo e motivação para nada, está sempre em casa, no sofá, com a TV ligada”. Sobre ver TV, Edgar fala: “mas depois não lembro de nada, não sei de nada” disse para a AT.

Em um dos encontros do Acompanhamento Terapêutico a irmã gritava acusações contra a mãe: “ela só quer ficar deitada! (...) não quer nem levantar!”. A AT interpreta que isso ocorre, também, porque “a irmã parece não enxergar os fatores do envelhecimento (...) não está aceitando a situação”. A Acompanhante pontua: “existe uma probabilidade do falecimento da mãe de Edgar (...) ela já tem mais de 80 anos e é possível ver que ela é bem idosa, debilitada (...) isso pode estar sendo um problema que a família não consegue enfrentar sozinha”.

⁸⁴ Saúde em uma perspectiva da integralidade e da promoção de saúde, conforme diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011; Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014).

Edgar não costuma expor o que pensa para a AT. Quando a Acompanhante questiona “tem algum motivo que faz você ficar em silêncio?” ele se posiciona: “quando eu falo, faço isso sozinho”.

Contando sobre os encontros, a Acompanhante compartilha que a irmã, Nara, ocupa a cena do AT, “começa a reclamar sobre a mãe, sobre Edgar e não deixa espaço para ele falar”.

Em um encontro posterior, quatro meses após vários atendimentos, Edgar estava em casa, sozinho. Sua irmã havia ido para a praia por alguns dias. A situação parecia uma novidade no AT. Pela primeira vez, sua irmã o deixava sozinho em casa. “Ele parecia tranquilo, no sofá, assistindo TV, como de costume” (...) sua irmã deixou comida pronta na geladeira e ele estava se virando muito bem sozinho” comenta a AT.

Uma semana se passa, a irmã de Edgar volta. No encontro com a Acompanhante, em meio a diálogos, a AT pergunta para Edgar sobre seus sonhos:

- Tu tens algum sonho Edgar?
- Eu gostaria de trabalhar.

Fonte: Dados de Diário de Campo do autor no Programa de Acompanhamento Terapêutico da UFRGS/CIPAS.

O usuário da **Narrativa 5** foi encaminhado para AT pela Unidade Básica de Saúde (UBS), que avaliou a necessidade de que o mesmo tivesse um acompanhamento em saúde mental mais sistemático, presencial. O usuário, apesar de não apresentar sinais físicos que produzissem dificuldade na locomoção, expressava algo de singular e subjetivo: permanecia em casa, com frequência na mesma posição, no sofá, em silêncio, com a televisão ligada, “às vezes falando sozinho”. Esse hábito de reduzida locomoção e pouca comunicação com as pessoas da sua volta dificultava sua ida até a UBS para atendimento e limitava sua vinculação com as atividades do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do território (DS à saúde). Usuário de tratamento psicofarmacológico (DS à saúde) tinha sua família recorrentemente anunciando que “queria interdita-lo”. Na frente de Edgar diziam que ele “era um peso”. O Programa de AT, nesse contexto, foi contatado como possibilidade de intervir no caso.

Figura 14. Capa de livro sobre Reforma Psiquiátrica e saúde mental, na atenção psicossocial, o qual aborda diferentes discussões em torno da garantia do Direito Social à saúde. Dentre elas, está o relato sobre as práticas renovadas do Acompanhamento Terapêutico no contexto de construção da rede de serviços substitutivos ao manicômio, 25 anos atrás, demonstrando os processos socio-históricos que envolvem o exercício de um Direito Social (Palombini, 2018).



Fonte: Biblioteca LUME/UFRGS. Material de domínio público.

Situando o AT como um recurso de cuidado e de assistência que se insere no território, na cidade, em um dado município, estado e país, os materiais de pesquisa permitem pensar o Acompanhamento Terapêutico como via, em ato, do exercício do Direito⁸⁵ Social à saúde, em uma perspectiva da integralidade e da promoção de saúde, como orienta a política do SUS. Trata-se de integralidade e promoção de saúde, na medida em que o exercício do direito ao cuidado e à assistência, via AT, caracteriza-se por uma proximidade na relação entre Acompanhante e usuário, ao mesmo tempo em que situa essa relação no território, em meio às relações familiares e de vizinhança, às políticas de direitos, e à rede de serviços intersetoriais. Assim, o estabelecimento de um vínculo com o usuário permite ao AT construir, em conjunto, um amparo terapêutico integral,⁸⁶ uma vez que o AT opera como

⁸⁵ A noção de direito, nessa reflexão, se refere à possibilidade de ter acesso a algum recurso, serviço ou política, de atenção psicossocial, que atenda a demanda do(a) usuário(a).

⁸⁶ Compreender e produzir, não apenas, a saúde como algo integral, mas, também, uma atenção integral à saúde, com cobertura das demandas nos seus diferentes níveis de complexidade (Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011).

amplificador da voz do seu acompanhado, articulando outros serviços e dispositivos para seu cuidado e assistência. No contexto da atenção psicossocial, a presença próxima do AT permite, também, ser testemunha da eficácia e dos efeitos colaterais (físicos, psíquicos e sociais) dos tratamentos psicofarmacológicos (uso de medicação), assim como das demais propostas de intervenção do seu Projeto Terapêutico Singular.

Figura 15. Desenho de usuário entregue para a Acompanhante Terapêutica Fabiana: “fiz para você levar pra casa (DS à moradia)” diz ele. Este paciente, em atendimento há mais de dois anos no AT (DS à saúde), permanece dentro do quarto (DS à moradia) quase todo o tempo de seu dia. O desenho tem, na parte inferior, uma frase escrita: “Rua para Fabiana⁸⁷”. Os ATs com esse usuário ocorreram, quase todos, dentro do quarto dele, na casa da família.



Fonte: Dados de Diário de Campo no Programa de Acompanhamento Terapêutico da UFRGS/CIPAS.


A presença do AT (**Narrativa 5**), enquanto um dos operadores da garantia do DS à saúde, incide no funcionamento cotidiano da casa e das relações familiares, até então naturalizadas (como o fato de Edgar permanecer em silêncio na frente da TV; a irmã não lhe dar chance ele falar e repetidamente dizer, na sua frente, que o irmão “é um peso”). Por sua presença, o AT possibilita questionar comportamentos usuais (“tem algum motivo que faz você ficar em silêncio?”), intervindo no modo como o usuário e seus familiares se produzem e conduzem a si nas relações da vida e em casa.

⁸⁷ Nome fictício da AT. O título do desenho, abaixo, foi cortado por identificar o nome verdadeiro da AT.

Assim, seguindo a lógica de um cuidado integral, o AT, como um operador do DS à saúde, pode estimular ações preventivas e curativas que atuem de forma individual (no usuário) ou coletiva (na sua família e comunidade), compreendendo a inseparabilidade dessas instâncias: os níveis de atenção em saúde necessários para cada caso (isolamento de Edgar; velhice da mãe) (**Narrativa 5**), os espaços de participação e controle social (Conselho Local de Saúde) (**Figura 16**), assim como as ações de referência e contrareferência (encaminhamento da UBS) (**Narrativa 5**), executadas pelas demais políticas públicas e serviços intersetoriais, que fortalecem e constroem a rede de suporte à saúde do usuário, seu exercício de cidadania e de direitos.

Figura 16. Acompanhante Terapêutico realiza visita com usuário à Unidade Básica de Saúde (DS à saúde). A ida se justifica pelo usuário dizer que gostaria de companhia, pois “se eu for sozinho, tenho vergonha, não sei o que falar”. Durante o aguardo de atendimento, sentados na recepção, usuário questiona ao AT “o que são esses papezinhos ali pendurados?” levanta e pega um para si.

PARTICIPE DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE



Reuniões abertas a toda COMUNIDADE:
 Data: Abril dia 9/4/18
 Horário: 16 horas - 18 horas
 Local: Auditório C.S. Modelo
 Maio (14/5) Junho (11/6)
 Julho (9/7) Agosto (13/8) Se-
 tembro (10/9) Outubro (8/10)
 Novembro (12/11) Dezembro (10/12)


O QUE É O CONSELHO LOCAL DE SAÚDE?
 É um espaço participativo da comunidade na área de abrangência de cada Serviço de Saúde. O Conselho Local de Saúde (CLS) foi criado pelo Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA), de acordo com o seu Regimento Interno e a Lei Federal 8.142/90, que regulamenta o controle social do Sistema Único de Saúde (SUS).

PARA QUE SERVE?
 O controle social é exercido por cidadãos e cidadãs que se envolvem nas questões de sua realidade, discutindo e propondo coletivamente ações para melhorar a qualidade de vida, a igualdade e garantir direitos. No Conselho Local de Saúde se identifica e se propõe soluções para os problemas; se acompanha e avalia o que está sendo feito e proposto para o Serviço de Saúde. Se defende o interesse público (de todos). Se partilha o poder decisório.

COMO FUNCIONA?
 Todos os meses o Conselho Local de Saúde reúne a comunidade, os trabalhadores e os coordenadores (representantes da gestão) do Serviço de Saúde num grande Plenário. É assim chamado por estar “pleno de poder”: porque nesta reunião são tomadas todas as decisões coletivamente. O Plenário é a instância máxima de deliberação do CLS. O Plenário também elege, dentre seus membros, uma Coordenação Local que organiza, convoca as reuniões deste Plenário, bem como executa e encaminha suas deliberações.

O CLS TRABALHA SOZINHO?
 Não. O Conselho Local de Saúde indica representantes para o Conselho Distrital de Saúde que, por sua vez, tem representação no CMS/POA. Para questões mais complexas existem, ainda, os Conselhos Estadual e Nacional.

COMO POSSO PARTICIPAR?
 É um trabalho voluntário e considerado de relevância pública. Basta comparecer às reuniões do Plenário. Como membro do Conselho Local de Saúde, você terá direito à voz e voto. **PARTICIPE!**



Fonte: Imagem do autor. Material de domínio público.

O território⁸⁸ ou territorialidade⁸⁹, como componente que orienta ações do Direito Social à saúde⁹⁰ no Brasil (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), é

⁸⁸ A noção de território organiza algumas das políticas públicas de garantia dos Direitos Sociais como, por exemplo, o Sistema Único de Saúde e o Sistema Único de Assistência Social, os

descrito na literatura do Acompanhamento Terapêutico como campo de intervenção: as ruas do bairro, a casa, o cotidiano das relações familiares e de vizinhança (Palombini, 2017), expressam os espaços habitados pelas pessoas a quem se dirige a clínica do AT, evidenciando *territórios existenciais* (Palombini, 2018).

Por proporcionar proximidade com a vida, o adoecimento, e o sujeito que demanda atenção em saúde, no cotidiano, a inserção do AT no território ultrapassa o esquadramento e controle⁹¹ da população em uma perspectiva espacial ou geográfica. Assim, o AT imerge em elementos subjetivos que envolvem o território, conforme explicitam Hillesheim e Bernardes (2014)⁹² quando vinculam à noção de *território existencial subjetivo* a: modos de circulação, de habitar, de ser, significados, sentidos, sensações de pertença, identificação, isolamento, assim como, a complexa dinâmica territorial (uso dos recursos locais, imigrações, emigrações, demografia, desigualdades, interesses, saberes, formalidades, informalidades, legalidades, ilegalidades, sujeitos, relações e conflitos).

Figura 17. Acompanhante Terapêutica e usuário, que, durante o AT, costumam circular por diferentes territórios da cidade de Porto Alegre, combinaram de participar da mobilização do dia 18 de maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial. O cartaz, fazendo alusão ao Hospital Psiquiátrico São Pedro (DS à saúde violado)⁹³ e ao Teatro

quais planejam e executam suas ofertas de serviços e abrangência das intervenções por recortes geográficos.

⁸⁹ A territorialidade é um dos 9 (nove) princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde e “diz respeito à atuação que considera as singularidades e especificidades dos diferentes territórios no planejamento e desenvolvimento de ações intra e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde neles inseridos, de forma equânime” (Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, Art. 4º, IX).

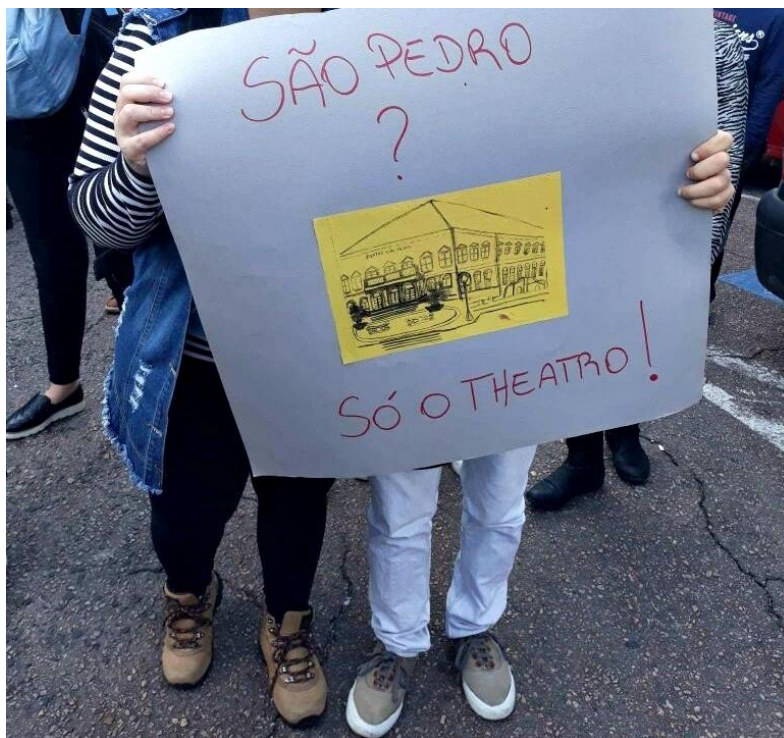
⁹⁰ Estes são alguns dos regramentos do Direito Social à saúde, pelo SUS, que envolvem a noção de território: descentralização, regionalização das ações, organização dos serviços com vistas à expansão do acesso, cobertura da população que o compõe, uso racional de recursos, atenção às necessidades regionais e estímulo à participação popular local, nos espaços de controle social (Gadelha, Machado, Lima & Baptista, 2009).

⁹¹ Esquadramento e controle da população identificados por Hillesheim e Bernardes (2014) em cadastros, fichas de acompanhamento, visitas domiciliares, regiões de pertencimento, formas identitárias (gestantes, adolescentes, hipertensos, diabéticos, homens violentos...), mapas das famílias, etc.

⁹² A discussão das autoras refere as ações em saúde e não sobre o Acompanhamento Terapêutico, em específico. A articulação da ideia das autoras com a prática do AT é de responsabilidade do autor desta Tese.

⁹³ Hospício não é Direito Social à saúde, mas, sim, violação de direitos.

São Pedro (DS ao lazer), explicita posicionamento que recusa o manicômio como forma de tratamento (DS à saúde) e afirma o acesso à cultura e ao lazer como produtor de saúde.



Fonte: Imagem do autor. Dados de Diário de Campo do autor no Programa de Acompanhamento Terapêutico da UFRGS/CIPAS.

Integrando a noção de território aos materiais de pesquisa, é praticamente impossível definir, no campo da atenção psicossocial, uma noção de território em torno dos usuários(as) que seja concreta, física e geograficamente localizada, sem algo de subjetivo e singular. Na **Narrativa 5**, apesar de os atendimentos do AT (DS à saúde) ocorrerem dentro da casa (DS à moradia) da mãe de Edgar, seu *território existencial*⁹⁴ *subjetivo* (Hillesheim & Bernardes, 2014) parece ser em torno do sofá, da TV e do silêncio: é lá que ele ocupa seu tempo, encontra a AT, fala sozinho e compartilha seu sonho: “gostaria de trabalhar” (DS ao trabalho). Na **Figura 15**, tem-se um jovem que vive dentro no território do quarto, na casa de sua família (DS à moradia), expressando uma subjetividade que, pelo desenho, imagina a rua, mas, imagina outra pessoa na rua, não ele: “Rua para Fabiana”. Na **Figura 16**, é a partir do receio de ir

⁹⁴ A ideia de território existencial aparece estabelecida na política de saúde mental brasileira, como é o caso dos materiais do Ministério da Saúde (2010; 2013), assim como na discussão sobre clínica de Passos e Barros (2000).

“sozinho” e não saber “o que falar” que o usuário desloca-se em seu território de timidez ao atendimento na UBS (DS à saúde). No local, questiona sobre um elemento da cena “o que são esses papezinhos ali pendurados?”, levanta e interage com o território da UBS, pegando o papel no mural para tentar ler. Na **Narrativa 6**, é um deslocamento pelo território que permite ao usuário reconhecer, no comportamento de uma desconhecida, algo que parece remeter a sua existência “cada um se vira de um jeito né!”:

Narrativa 6.

Estávamos no centro, eu e meu acompanhado. Fernando⁹⁵, o usuário, foi abordado por uma mulher.

- Lembra de mim? ela perguntou, fazendo-se de sua conhecida.

Conversa vai e conversa vem, não quis me intrometer, mas estava desconfortável em ver aquela mulher enganando o Fernando.

Ela conseguiu. Ficou falando sobre assuntos vagos e acabou ganhando dinheiro para o “almoço”. Tirou dinheiro do Fernando.

Quando passávamos novamente por esse mesmo local, na volta, a mulher estava abordando outro cara, que a ignorava. O cara veio até nós e comentou:
- Olha essa larápia.

Observando a situação atentamente, para minha surpresa, parecia que o Fernando não era aquele “louco inocente que foi manipulado pela mulher vigarista devido a sua falta de autoconsciência”. Ele parecia saber, ou sentir, o que aquela mulher estava fazendo.

Olhando toda a cena, com tranquilidade, Fernando volta-se para mim, abre o sorriso de uma forma calma, leve, e exclama:
- Cada um se vira de um jeito né!

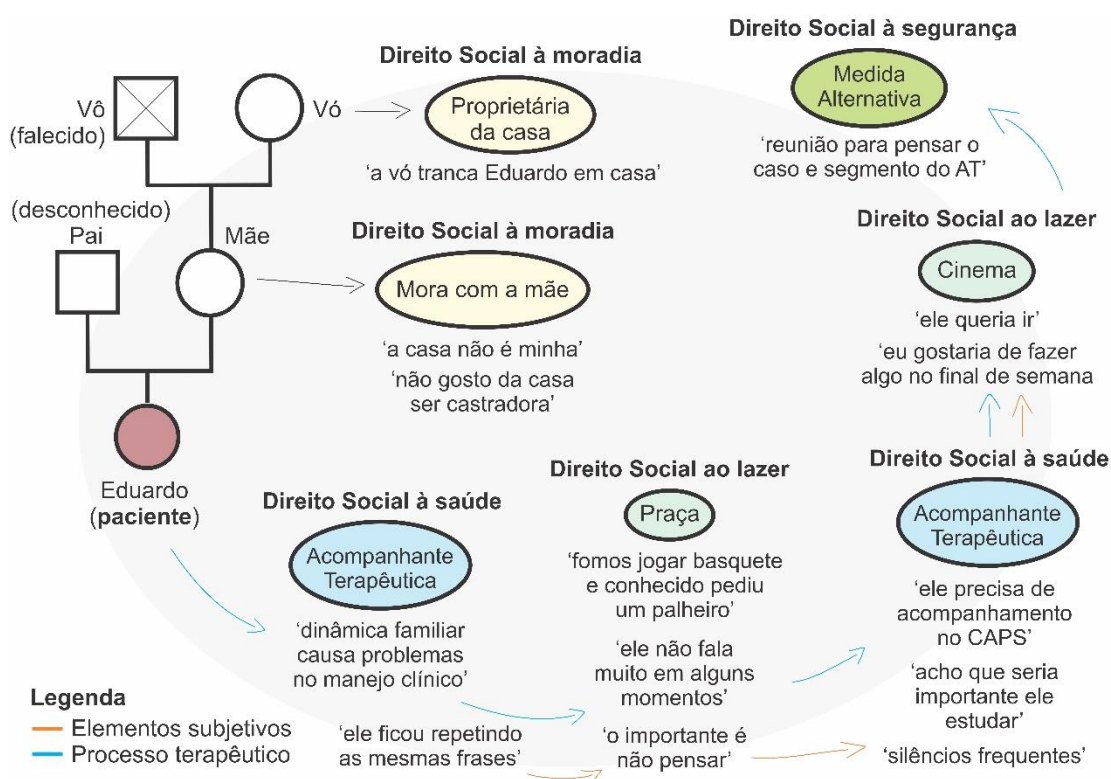
Fonte: Dados de Diário de Campo do autor no Programa de Acompanhamento Terapêutico da UFRGS/CIPAS.

Considerando os fragmentos das cenas clínicas apresentadas, sugere-se pensar a ideia de *território existencial subjetivo* nos processos terapêuticos por quatro pontos: 1) é constituído por algo de uma exterioridade (um local, um objeto, uma imagem, um desenho) e singular (uma frase, um movimento, um sonho, um sorriso); 2) não é algo necessariamente fixo (física e/ou subjetivamente), assim, pode estabelecer âncoras e/ou derivar; 3) não é algo

⁹⁵ Nome fictício.

necessariamente localizado em um bairro, uma comunidade, no espaço de uma casa ou em local delimitado, pode ser um espaço abstrato, interior ao sujeito, não compartilhável (um silêncio; uma imaginação; uma tranquilidade); 4) é algo que pode transmutar (física e/ou subjetivamente) à medida que a pessoa faz movimento (físico e/ou subjetivo) para isso (o silêncio vira o relato de um sonho; um quarto fechado se transpõe para a rua na imaginação; uma vergonha vira uma ação; uma conversa expressa uma revelação).

Gráfico 7. Mapeamento do processo terapêutico de usuário, no período de 6 meses, evidencia a relação entre Direitos Sociais e diferentes territórios, concretos e subjetivos, no exercício do DS à saúde pelo AT.



Fonte: Gráfico do autor. Dados disponíveis no caderno de registro das atas do Programa de Acompanhamento Terapêutico da UFRGS/CIPAS.

Por fim, o último ponto de análise, a partir dos materiais de pesquisa, propõe pensar a radicalidade da clínica do sujeito de Direitos Sociais, biopsicossocial, que a prática do Acompanhamento Terapêutico explicita. O AT é uma clínica inserida no território da vida de usuárias e usuários (Palombini, 2008) em que se acompanha os sujeitos nos seus processos de vida, na relação estabelecida com o território, a intersetorialidade e a oferta de um cuidado integral (Palombini, 2018). Os dados de pesquisa fornecem elementos

para pensar a inviabilidade de analisar os processos subjetivos e terapêuticos que se produzem em um corpo, um sujeito, sem articulá-los ao exercício de Direitos Sociais, cuja incidência ou inexistência, opera nesses processos de alguma forma.

Assim, no **Gráfico 7**, o usuário foi encaminhado ao Acompanhamento Terapêutico por demanda da Justiça, em articulação a uma Medida Alternativa (DS à segurança). Quase como uma imposição, o AT (DS à saúde) ocorre em meio a uma “dinâmica familiar” complexa. A casa (DS à moradia) é da avó, que tranca Eduardo, não lhe dando a chave. A mãe não gosta da casa por considerá-la “castradora” e justifica sua posição de observadora dos comportamentos de sua mãe (avó de Eduardo) utilizando a frase “a casa não é minha”. Eduardo, por sua vez, repete a expressão “o importante é não pensar”. Através da repetição desse pensamento, que diz para não pensar, ele silencia nas cenas do AT. A ida à praça (DS ao lazer), o desejo de ir ao cinema (DS ao lazer), não realizado, e as diferentes propostas de atividades e articulações intersetoriais, não executadas por falta de engajamento de Eduardo, explicitam, pelo Acompanhamento Terapêutico, marcas dos Direitos Sociais na vida do usuário – pelo discurso, operacionalidade ou não vinculação – que incidem, se relacionam, produzem e/ou conduzem sua vida.

Anterior a esse recorte de seis meses do caso clínico, se pode pensar a presença dos Direitos Sociais desde antes do nascimento de Eduardo: na gravidez da mãe, como foi o cuidado e assistência à saúde? Como ocorria o exercício da alimentação de Eduardo durante seu desenvolvimento? Quais políticas educacionais estiveram presentes no seu crescimento? Em que locais o usuário morou? Que condições e possibilidades tinham esses locais? A quais meios de locomoção Eduardo teve acesso? Como as diferentes políticas públicas, discursos, serviços ou ações envolvendo os Direitos Sociais incidiram, transversalizados, nos elementos subjetivos e singulares da existência de Eduardo? E das pessoas do seu entorno? Como esses setores determinaram⁹⁶ efeitos para que a vida dele tenha se produzido e se conduzido à atual condição?

⁹⁶ Na radicalidade da relação entre clínica, Direitos Sociais e subjetividade: existe vida sem o exercício de Direitos Sociais? Existe sujeito sem discursos que envolvam os Direitos Sociais? Existe subjetividade e singularidade sem incidência dos Direitos Sociais?

Figura 18. Portaria publicada pelo Ministério da Saúde, em 2018, evidencia a instabilidade do financiamento das políticas de DS à saúde, na atenção psicossocial, no Brasil. Essa instabilidade possibilita pensar as tensões e disputas que envolvem a palavra “social” do termo “biopsicossocial”.



Fonte: Imagem do autor. Documento de domínio público.

No questionamento sobre a incidência do exercício dos DS nos processos subjetivos e terapêuticos, a presente análise propõe pensar um cotidiano humano que dificilmente pode ser constituído, ou compreendido, se não for considerada a operacionalidade dos Direitos Sociais como suporte na fabricação, proteção, condução e tensionamento das existências. A presença, não necessariamente da noção de direito em si, mas, sim, dos discursos sobre educação, saúde, a necessidade de alimentação, os movimentos de locomoção, lazer, demandas de assistência, dentre outros, relacionados à vida humana, tornam impraticável fragmentar o sujeito em compartimentos biológicos, psicológicos ou sociais. É na radicalidade da explicitação do sujeito biopsicossocial, pela prática do Acompanhamento Terapêutico, que esta análise contribui para pensar a clínica em Psicologia⁹⁷. A clínica de um sujeito biopsico-político-social (**Figura 18**) que torna não apenas mais sensível a

⁹⁷ Contribui, também, para pensar a prática nas demais áreas profissionais que consideram o campo da clínica.

relação entre clínica e cidade⁹⁸, mas, também, destitui a separação entre corpo, subjetividade e Direitos Sociais.

Relato 5.

- O que o AT representa na sua vida?

Usuário 1:

- Eu gosto muito quando a AT vem aqui porque é a única oportunidade que eu tenho de sair de casa sozinho.

Usuária 2:

- Alívio.
- Alívio?
- É. Liberdade.

Usuário 3:

- Bá, o AT é tudo pra mim. Eu posso falar pro AT coisas que eu não posso falar pra mais ninguém, o AT significa tudo pra mim.

Fonte: Dados de Diário de Campo no Programa de Acompanhamento Terapêutico da UFRGS/CIPAS.

Nesse panorama, situando o AT como um dispositivo que produz DS à saúde, em ato, não na reclusão e confinamento, mas, na circulação e liberdade (Palombini, 1999), é que se propõe pensar um corpo permeado por Direitos Sociais em que o circular, o habitar e o ser são indissociáveis do exercício de direitos. Circular, habitar e ser como inerentes à noção de território, de saúde, educação, alimento, lazer, trabalho, moradia, transporte, assistência, velhice, gestação e infância. Como uma clínica de processos terapêuticos que se produzem pelo movimento, cambiantes e múltiplos, reinventando formas de produzir saúde através (e com) elementos do cotidiano (Palombini, 2008), o Acompanhamento Terapêutico oferta um aprendizado às demais modalidades da clínica e, em especial, da clínica psicológica, por evidenciar, na relação entre o terapêutico e o exercício dos Direitos Sociais, a vida e seus determinantes espaciais, políticos, sociais, territoriais, relacionais, subjetivos e singulares. Esse aprendizado mantém em permanente operacionalidade prerrogativas que redirecionaram o modelo de assistência às pessoas em adoecimento psíquico, a partir da Lei nº10.216, instituindo, consolidando, fortalecendo e remodelando, não apenas a forma como a cidade organiza suas

⁹⁸ A respeito da relação sensível entre clínica e cidade a partir do AT, ver Palombini (2018).

práticas de cuidado⁹⁹ para a população, mas, principalmente, pensando que é a própria cidade organizada, com serviços gratuitos, universais e equânimes, que produz cuidado.

6.5 Direitos Sociais e os processos terapêuticos de pessoas negras

efeitos históricos do racismo, diagnóstico como racismo e especificidades clínicas

Encaminhando a escrita da Tese para o fim, após percorrer discussões relacionando o exercício de Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos, esta sessão tem como objetivo analisar essa incidência nos processos terapêuticos de pessoas negras, transversalizando três pontos de análise: efeitos históricos do racismo na subjetividade atual; o estabelecimento de diagnósticos psiquiátricos para a população negra como racismo institucional; e outras especificidades clínicas relacionadas às pessoas de cor preta ou parda. A definição do tema considera a importância de pensar a clínica em Psicologia¹⁰⁰ na atenção à população negra por, historicamente, esse grupo ter sofrido grave violência estrutural e institucional (CFP, 2017)¹⁰¹ materializando, no presente, intensas desigualdades no cuidado e assistência à sua saúde.

Tabela 2 - Levantamento dos Acompanhamentos Terapêuticos realizados no Programa ATnaRede de 2015 a 2018 possibilitam evidenciar fatores como gênero, raça e deficiências. A produção de dados semelhantes a estes, além de evidenciarem

⁹⁹ Uma clínica que trabalhe o cuidado e a assistência, relacionando ao modo como o sujeito produz, compreende e conduz a si, no mundo, enquanto ser subjetivo de direitos. Um campo clínico que se compreenda como situado em um país, Estado e nação, Brasil, propondo intervenções e interpretações que considerem a vida do paciente, também, pela incidência ou inexistência de políticas públicas como via de fabricação de subjetividades, expressão e gestão das singularidades, direitos, desejos e possibilidades de vida.

¹⁰⁰ As especificidades subjetivas na temática das relações étnico-raciais têm sido objeto de estudo da Psicologia contribuindo na análise das questões raciais no campo da subjetividade. Para aprofundamento mais amplo no assunto, consultar: Leite (1966); Souza (1982); Carone e Bento (2002); Schucman (2014); Santos, Gomes, Munoz e Maia (2015); Ishikawa e Santos (2018).

¹⁰¹ O documento “Relações Raciais: Referências Técnicas para atuação de psicólogas/os” do Conselho Federal de Psicologia, mais do que uma referência, foi uma das respostas do Sistema Conselhos de Psicologia às demandas do movimento negro pela produção de teorias que contribuam para a superação do racismo, do preconceito e das diferentes formas de discriminação. Sua publicação contemplou, também, deliberações da categoria durante o 9º Congresso Nacional da Psicologia (CNP 2016) em que propostas indicaram a necessidade de promover o combate ao racismo enquanto ferramenta na prática profissional (CFP, 2017).

efeitos históricos do racismo na atualidade, podem subsidiar o planejamento de ações em saúde mental para populações específicas.

Ano	Homem	Mulher	Trans	Total de ATs	Def. Física	Negra	Negro
2015 (mês 11 a 12)*	8	7	1	16**	0	1	1
2016 (mês 1 a 12)	14	8	1	23**	0	1	2
2017 (mês 1 a 12)	12	8	0	20**	0	1	2
2018 (mês 1 a 3)	10	7	0	17**	0	1	1

* Dados de 2015 disponíveis em registro a partir de novembro.

** Todos do município de Porto Alegre, exceto um Acompanhado de Cachoeirinha

Fonte: Dados disponíveis no caderno de registro das atas do Programa de Acompanhamento Terapêutico da UFRGS/CIPAS.

Desigualdades, violências e restrições sociais que têm produzido efeitos em como a população negra se produz subjetivamente e exerce seus direitos, incluindo os Sociais, cabendo lembrar a afirmação de Ibanhes (2010) quando ressalta que a promulgação dos DS, na Constituição Federal de 1988, expressou diversas contradições. Dentre elas estavam, não apenas, as mazelas econômico-sociais da sociedade brasileira, mas, também, aquelas agravadas pelo estrangulamento político dos anos da ditadura e uma série de temas e impasses passados, presentes e futuros (Ibanhes, 2010), entre os quais se pode incluir os resquícios dos mais de 300 anos de escravidão no Brasil e seus efeitos na população e em sua subjetividade.

Relato 6. Enquanto aguarda atendimento, na sala de espera da Unidade Básica de Saúde, usuária com cor de pele branca¹⁰² repete o mesmo comentário, 3 (três) vezes, durante 10 (dez) minutos de espera. O comentário faz referência ao enfermeiro negro que costuma atendê-la. Nas três vezes em que fez a indagação, ela e a pessoa que lhe acompanhava riram após verbalizar:

- Cadê meu moreninho? Cadê meu moreninho? Em peço o pescoço dele se ele não vier!

Fonte: Dados de Diário de Campo do autor.

¹⁰² Declaração de cor nossa.

Na relação entre políticas públicas e Direitos Sociais¹⁰³, considerar os efeitos históricos do racismo nos corpos negros e brancos requer aproximar os dados¹⁰⁴ de governo com pesquisas sobre a população. Desse modo, tem-se a população negra como maior beneficiária de programas sociais no Brasil (Ministério da Cidadania, 2013); entretanto, verifica-se que essa proteção social ainda é ineficiente. De acordo com pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), demonstra-se que os indicadores socioeconômicos da população autodeclarada preta (7,6%), parda (43,1%) e indígena (0,4%) é bem mais desvantajoso em relação aos da população branca. Representando mais de metade da população brasileira (51,1%), a desvantagem inclui, por exemplo, desigualdades no acesso ao Direito Social à educação, nível superior, assim como no acesso ao Direito Social ao trabalho, explicitando que brancos, em média, têm maiores salários e sofrem menos com o desemprego (IBGE, 2018).

Narrativa 7.

Em visita domiciliar Manoel¹⁰⁵ relata que está com dor de cabeça e diz que vai no posto de saúde pegar a medicação para dor novamente.

- Eu fui semana passada e tomei injeção.
- Injeção para que?
- Para dor, você nunca viu? Eles dão no posto e passa mais rápido. Dormi depois.

Natural do estado da Bahia, mora no sul do país há 10 anos. Trabalhando como cozinheiro em um hotel no centro da cidade, no período da madrugada, percorre de bicicleta 4 quilômetros até o trabalho, ida e volta, quase todos os dias (com uma folga na semana).

¹⁰³ O fator da negritude e as consequências da escravidão, por exemplo, com o contexto de políticas públicas criadas e geridas, principalmente, por pessoas de pele branca (Ecker, 2019).

¹⁰⁴ Sobre dados que envolvem a incidência do que deveria ser a operacionalidade do exercício do Direito Social à segurança, relacionado à população negra, cabe considerar os números que evidenciam violências e assassinatos desse grupo. De acordo com o Atlas da Violência de 2019, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), 66% de todas as mulheres assassinadas no país são negras (Ipea & FBSP, 2019). Na 13ª edição do Anuário da Violência, que compila e analisa dados de registros policiais sobre criminalidade, sistema prisional e gastos com segurança pública, indicou-se que 75,4% das vítimas pelas polícias brasileiras eram negros. “É impossível negar o viés racial da violência no Brasil, a face mais evidente do racismo”, apontam os pesquisadores responsáveis pelo levantamento (FBSP, 2019, p.62).

¹⁰⁵ Nome fictício. Autodeclarado negro.

- Estou com os pés cortados (comenta ele, mostrando uma rachadura na sola do pé com resquícios de sangramento). Não sei por que, mas acho que é por ficar muito tempo de calçado e de pé no trabalho.

Na semana seguinte, no dia da sua folga do trabalho, Manoel visita o posto e solicita a medicação para dor, novamente. Em meio ao diálogo, pergunto:

- Como estava seu trabalho na noite anterior?

- Tudo bem. Estou sozinho, trabalho a noite toda, sozinho, há meses, não tenho nenhum ajudante para preparar as comidas. Olha, fiz uma tatuagem! (ele mostra o braço queimado no fogão do trabalho). Me queimei porque tinha que preparar muitas coisas ao mesmo tempo. E hoje! Hoje aquela mulher pediu para eu fazer 100 pastéis, faltando 20 minutos para eu ir embora!

- E como você reagiu?

- Disse que eu não ia fazer, mas, preparei algumas pizzas. Cinco pizzas. Fiquei até preocupado em ser demitido, estou lá há pouco tempo. O funcionário anterior foi transferido para o outro hotel, só não demitiram porque ele é antigo e sabe muito sobre a casa. Hoje é meu dia de folga, eu ia sair para passear, mas estou cansado, com dor de cabeça. Preciso mudar de emprego.

- Mudar de emprego? Não está satisfeito com ele?

- Você acha que minha dor de cabeça é por quê? (Pergunta ele, aumentando o tom de voz, irritado). Porque tu acha que não pára ninguém naquele serviço? Porque ninguém aguenta aquilo muito tempo, fica todo mundo doente ou desiste.

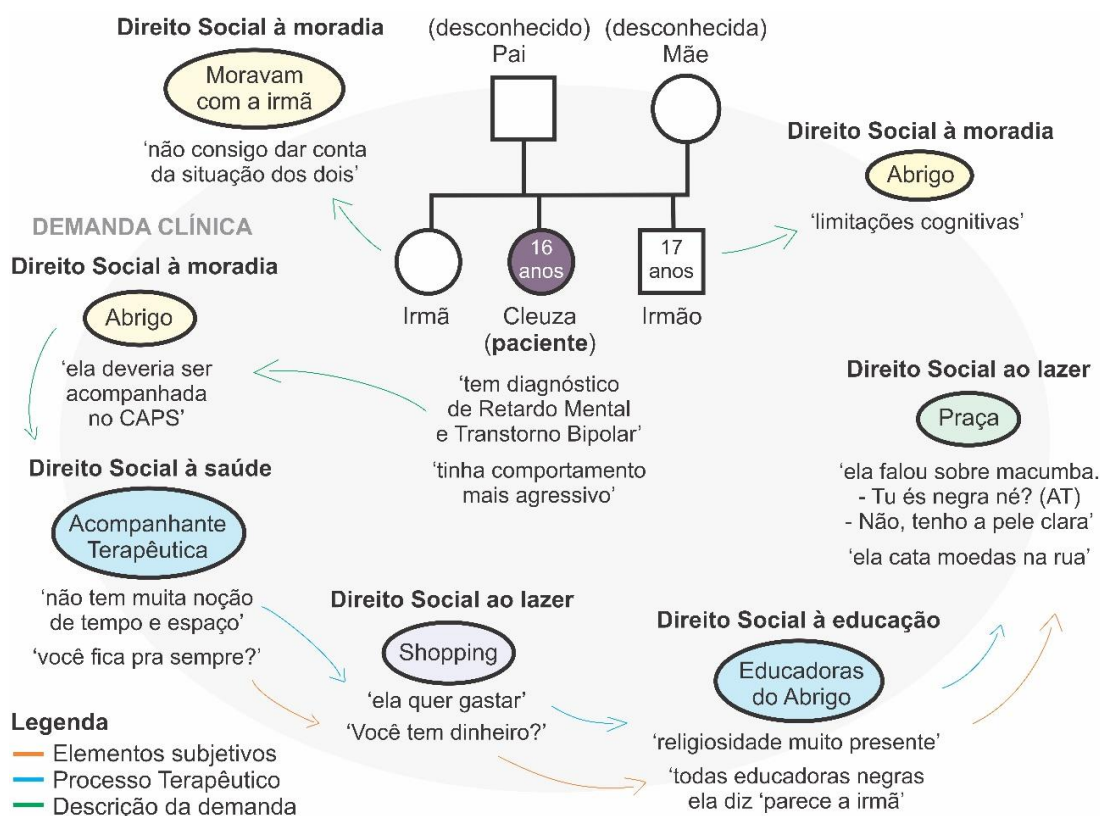
Fonte: Dados de Diário de Campo do autor.

Em contexto não equânime do exercício de Direitos Sociais no Brasil, na análise dos efeitos históricos do racismo na atualidade, a **Tabela 2** contribui por fornecer dados que podem inspirar o planejamento de ações em saúde mental para populações específicas por explicitar a desigualdade no acesso ao cuidado e assistência. O **Relato 6**, por sua vez, apresenta uma cena de discriminação nos serviços de saúde, conforme sugere a PNSIPN (Ministério da Saúde, 2017) que, expressando uma posição subjetiva da usuária branca em relação ao profissional negro, atua por discurso inadequado na maneira de tratar o profissional em serviço¹⁰⁶. Na **Narrativa 7**, tem-se uma possível

¹⁰⁶ Referente ao encontro clínico, pesquisas revelam que o uso de codinomes pejorativos nos serviços de saúde, não raro, são escamoteados por termos pretensamente carinhosos na vida das pessoas negras enquanto práticas racistas e discriminatórias: 'querido', 'querida', 'amor', 'bem', dentre outros. Assim, observar as cenas nos espaços de saúde permite inferir sobre barreiras étnico-culturais operando no cuidado de saúde (DS à saúde). Segundo o UNA-SUS, uma comunicação terapêutica culturalmente efetiva baseia-se no tratamento do(a) usuário(a) pelo nome e de modo respeitoso. Dentre outras percepções do racismo operando, pelas relações nos serviços de saúde, estão: conversa depreciativa sobre a paciente; rudeza, descortesia, destrato, humilhação no trato; paciente não é ouvida em sua queixa ou é ignorada; percebe que olham com desconfiança; paciente é atendido sem ser olhado; paciente vivencia dor ou desconforto por falta de atenção do serviço (Universidade Aberta do SUS, 2019).

evidenciação dos efeitos de um racismo histórico, no contexto de trabalho atual, incidindo na subjetividade negra e no modo de organização do trabalho para essa população (quantidade de funcionários insuficiente, sobrecarga de trabalho e uma série de agressões físicas como efeitos dessa precarização). No **Relato 6** e na **Narrativa 7** pode-se pensar a incidência do exercício de Direitos Sociais (DS à saúde; DS ao trabalho) em processos de saúde e adoecimento que, se não tratados, podem perpetuar um racismo institucional, segundo indica a PNSIPN, havendo o risco de agravo com manifestações de racismo aversivo e racismo simbólico¹⁰⁷ (Universidade Aberta do SUS, 2019).

Gráfico 8. Mapeamento do processo terapêutico de usuária¹⁰⁸, no período de 2 meses, evidencia a relação entre Direitos Sociais e discursos referentes a negritude no processo terapêutico.



¹⁰⁷ **Racismo Aversivo:** Indivíduos que se distinguem pela força com que adotam os valores do igualitarismo e tentam se auto apresentarem como pessoas igualitárias e sem preconceito racial; os que têm, ou melhor, discursam ter, aversão ao racismo. **Racismo Simbólico:** atitudes contra negros(as) que decorrem da percepção dos negros como uma ameaça simbólica, ameaça aos valores e à cultura do grupo dominante. Nesse modo de racismo, negros(as) são percebidos como violadores dos valores que mantêm o status quo das relações inter-raciais (Universidade Aberta do SUS, 2019, p.31).

¹⁰⁸ Nome fictício. Autodeclarada de "pele clara".

Fonte: Gráfico do autor. Dados disponíveis no caderno de registro das atas do Programa de Acompanhamento Terapêutico da UFRGS/CIPAS.

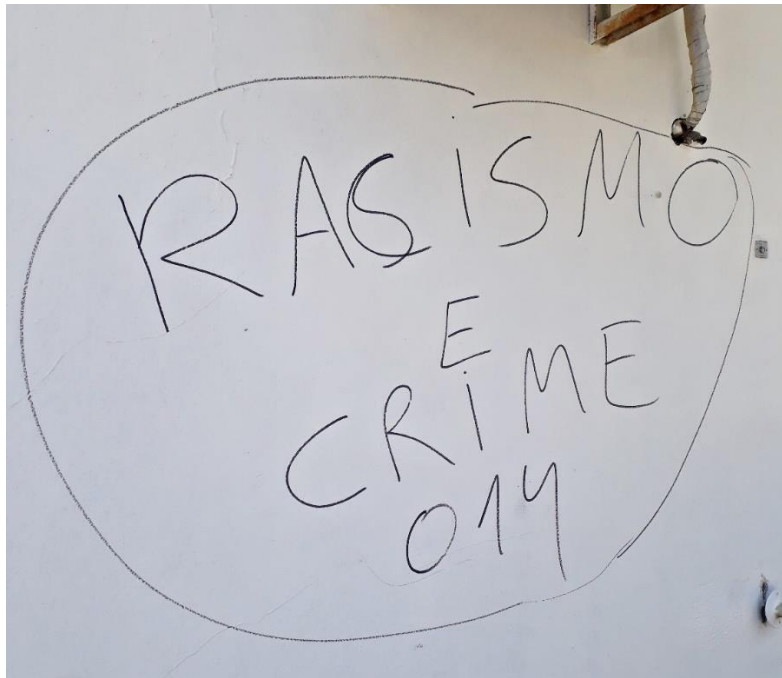
O segundo ponto de análise, a partir do **Gráfico 8**, propõe pensar o estabelecimento de diagnósticos psiquiátricos para a população negra como racismo institucional¹⁰⁹. A ideia de racismo institucional refere a situações de discriminação pela raça, ignorância, humilhação, preconceito, negligência ou falta de atenção, nos diferentes âmbitos de uma instituição (Santos, Gomes, Munoz, & Maia, 2015). Articulando esse conceito com o caso clínico do **Gráfico 8**, a concretização da discriminação estaria em diagnosticar, por meio dos serviços e instituições que operam o exercício do DS à saúde, discursos patologizantes sobre uma pessoa que advém de um contexto de extrema vulnerabilidade social, abandono e abrigo em uma fase importante do desenvolvimento humano (menoridade), utilizando discursos¹¹⁰ como “retardo mental e transtorno bipolar” ou “limitações cognitivas”.

Conforme apontam estudos na área, os efeitos psicossociais do racismo e do racismo institucional repercutem na vida social, no modo como a pessoa é vista e se reconhece, em como se estabelecem sistemas de valoração e as experiências de socialização (Santos, 2016; Ministério da Saúde, 2017). Essa definição possibilita pensar o diagnóstico psiquiátrico, quando operando um racismo institucional, como algo que, direta ou indiretamente, irá implicar em diferentes formas de ser, de existir, de pensar, sobrepostas aos sujeitos, seus processos de subjetivação, produção de saúde e adoecimento.

Figura 19. Discurso escrito com caneta esferográfica em muro da cidade de Porto Alegre (RS) “Racismo e crime 014”.

¹⁰⁹ A proposta dessa linha de pensamento não é utilizar elementos do **Gráfico 8** como corroboração da ideia, mas, sim, fazer uma reflexão sobre o argumento utilizando elementos dos materiais como suporte do pensamento. Não se pretende reduzir a cena clínica e a complexidade biopsicossocial da usuária em fatores sociais. Em relação ao diagnóstico psiquiátrico, fatores sociais, violências e acidentes, são definidos pela Classificação Internacional de Doenças (CID) como ‘causas externas’.

¹¹⁰ Cabe destacar que, compreender uma usuária advinda de um contexto socio-histórico desigual, com incidências atuais de extrema vulnerabilidade socioeconômica, recoloca expressões subjetivas como perguntar à Acompanhante Terapêutica “você tem dinheiro” ou catar “moedas na rua” que não remeteriam a um sentido meramente biopatológico que um possível racismo institucional tentaria sustentar.



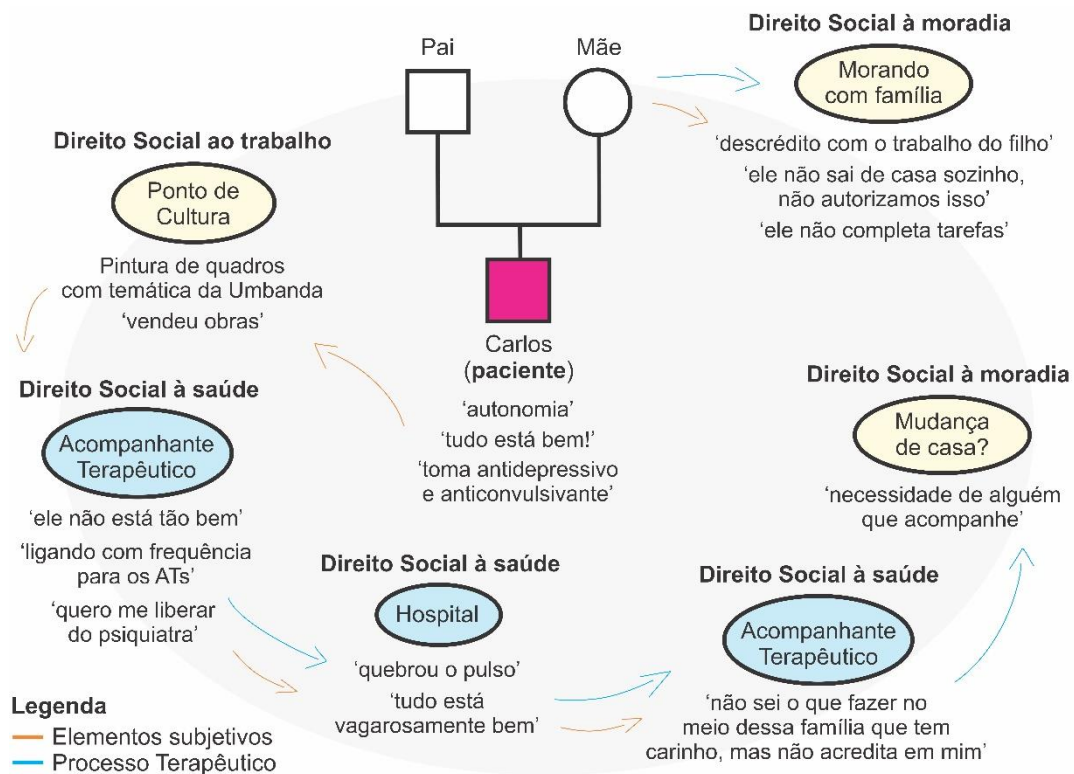
Fonte: Registro do autor, 2017.

Ao processo de racismo institucional, pela psiquiatrização de problemas sociais, alia-se o fato de muitos médicos(as) serem de pele branca, o que envolveria o estabelecimento do diagnóstico psiquiátrico relacionado à branquitude: profissionais que patologizam através de uma posição com “suposta neutralidade da identidade racial branca” tendo privilégios, mas não os percebendo (Schucman, 2014, p.92). Assim, pela ação de diagnosticar, reduzir-se-ia as estruturas de poder, que amparam as desigualdades raciais cotidianas, ao corpo individual do sujeito diagnosticado, quase que, culpabilizando individualmente a pessoa negra e parda por uma intensa estrutura de privilégios raciais, políticos e econômicos, que subsidiam a branquitude¹¹¹ e, conseqüentemente, o adoecimento da população preta.

Gráfico 9. Mapeamento do processo terapêutico de usuário¹¹², no período de 6 meses, evidencia a relação entre Direitos Sociais e discursos referentes a negritude no processo terapêutico.

¹¹¹ A lógica da branquitude se constitui subjetivamente a partir de atribuições à identidade racial branca como se essa tivesse um valor estético, moral e intelectual superior a outras identidades raciais (Schucman, 2014), o que possibilita pensar, na relação clínica estabelecida entre profissional e usuário, em sentimentos de superioridade ou inferioridade que atuam nos corpos durante os processos terapêuticos e nas relações entre profissionais e usuários.

¹¹² Nome fictício. Autodeclarado negro.



Fonte: Gráfico do autor. Dados disponíveis no caderno de registro das atas do Programa de Acompanhamento Terapêutico da UFRGS/CIPAS.

Por fim, o último ponto de análise propõe apresentar algumas outras especificidades clínicas que podem transversalizar a clínica em Psicologia no trabalho com a população negra. Uma delas se refere ao reconhecimento da religião, conforme consta no **Gráfico 8 e 9**, como um elemento que pode compor a subjetividade. Nesse sentido, destaca-se a importância da formação (**Figura 20**) de profissionais qualificados na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que tenham uma atuação culturalmente consistente e consciente, considerando, em suas práticas, memória, ancestralidade, religiosidade, oralidade, musicalidade, o cooperativismo, comunitarismo, corporeidade, ludicidade e circularidade, como expressões subjetivas da cultura de matriz afrodescendente (Universidade Aberta do SUS, 2019).

Figura 20. Notícia divulgada no site do Conselho Regional de Psicologia do RS aponta que “Racismo deve integrar currículo da Psicologia”. A Psicologia, enquanto prática profissional, tem ocupado diferentes políticas públicas de garantia dos Direitos Sociais, como as políticas de saúde, educação e assistência social.

Relações Raciais

04/04/2018

Racismo deve integrar currículo da Psicologia, recomenda colóquio

O Núcleo de Relações Raciais do CRPRS realizou na última segunda-feira (02/04) o primeiro debate do ciclo de estudos

"Relações Raciais: referências técnicas para a prática da/o psicóloga/o". Segundo o conselheiro Bruno Graebin de Farias, o colóquio recebeu um grande público para discutir o primeiro eixo do programa de estudos, sobre a dimensão histórica, conceitual e ideológico-política da temática racial.



Fonte: Imagem do autor. Notícia de domínio público (2018).

A segunda especificidade clínica remete à importância de estratégias terapêuticas de “cuidado culturalmente seguro e eficaz” (Universidade Aberta do SUS, 2019, p.10), que trabalhem com expressões de racismo emergindo no próprio discurso ou comportamento de usuárias e usuários, como é o exemplo no **Gráfico 8**, em que a Acompanhante Terapêutica indaga “Tu és negra, né?” e a usuária¹¹³ responde “não, eu tenho a pele clara”. Raciocínio semelhante pode ser aplicado aos elementos do **Gráfico 9**, em que a família do usuário tem “descrédito com o trabalho do filho” e o próprio reconhece que a família “tem carinho, mas não acredita em mim”. Essa descrença na pessoa negra e em suas potencialidades, se for relacionada aos efeitos da branquitude (Schucman, 2014) na subjetividade dos envolvidos, pode constar como atribuição de valor (estético, moral, intelectual, artístico) à identidade negra, como se em posição de inferioridade com respeito a outras identidades raciais.

Nesse raciocínio, no campo de análise das subjetividades, pode-se pensar no Brasil não apenas como um país historicamente constituído de modo desigual, mas, também, produtor de subjetividades historicamente desiguais. Produz-se, assim, um *sofrimento mental desnecessário*, pela atribuição de valor aos sujeitos e suas existências, na lógica da branquitude, fabricando discursos subjetivantes que operam como motores das desigualdades existenciais. Por essa constituição desigual, legitimam e engendram precárias

¹¹³ Declarada como negra pelo autor da presente Tese e pela Acompanhante Terapêutica.

condições subjetivas, que subsidiam os processos de existência do povo negro e pardo, incidindo no modo como eles produzem e conduzem a si, no mundo, como seres subjetivos que legitimam e reivindicam, ou não, seus direitos e desejos.

Relato 7. Relato de estagiária do Programa ATnaRede, intitulado “Escrevivências sobre a experiência de AT”, apresenta elementos para análise de ações em torno dos Direitos Sociais e o Acompanhamento Terapêutico, trazendo para discussão especificidades sobre raça, posições socioeconômicas e territoriais.

O AT tem uma perspectiva de circulação em diferentes territórios, mas no meu caso o território no qual atuo é bastante familiar, devido ao fato de eu ter crescido em uma comunidade semelhante, ou seja, ter vivenciado grande parte das minhas experiências em periferia.

(...) Os sentimentos que me toma enquanto percorro meu caminho até chegar aos acompanhados são diversos, porém, um tem presença mais constante que é o sentimento de devolução. A sensação de poder estar devolvendo algo é incrível (...) no entanto, junto com o sentimento de devolução vem a frustração de ver em um território tão grande, poucas pessoas atendidas e que dessas poucas pessoas nenhuma é negra. O que é muito contraditório, tendo em vista que, se trata de uma comunidade periférica onde a maioria da população é negra.

No mínimo é de se estranhar que com um número alto de usuários não existam pessoas negras com questões graves de saúde mental que precisem de um acompanhamento diferenciado. Entretanto, essa situação é um sintoma provocado pela falta de informações nas fichas dos usuários, como o quesito raça/cor. Apesar do quesito raça/cor ser obrigatório nos sistemas de saúde ainda nos deparamos com a incompletude desses dados nos serviços. Esse fato limita em grande medida a análise de alguns indicadores. Ou seja, a comparação de alguns indicadores de serviços sugere desigualdades no acesso à atenção em saúde, principalmente em saúde mental.

As pessoas negras infelizmente continuam não acessando os serviços e quando acessam não são assistidas da forma que deveriam ser. A meu ver, isso também se deve pela falta de pessoas negras nos serviços e na gestão dos mesmos, pois algumas pessoas não conseguem pensar estratégias quando as situações não lhes afetam diretamente.

Assim, uma pergunta fica “martelando” na minha cabeça, “Por que as pessoas atendidas pelo AT nesse território são brancas?” (...) Contudo, há uma quantidade considerável de pessoas negras institucionalizadas por questões de saúde mental. Isso leva ao seguinte questionamento: “Essas pessoas tiveram a oportunidade de outras formas de cuidado antes da internação?”. Eu não sei, mas analisando como as coisas acontecem, provavelmente não tenham tido tal oportunidade.

Situações como essa estão ligadas aos inúmeros estereótipos atribuídos aos corpos negros. A imagem que as pessoas têm sobre as pessoas negras. Assim, eu enquanto mulher negra e estudante de psicologia, também me pego a pensar que talvez não esteja sendo vista pelos acompanhados e pelas

pessoas que acabo encontrando nesse trabalho como uma psicóloga, à medida que, a figura de um(a) psicólogo(a) esteja distanciada da figura negra.

No local onde os acompanhados fazem consultas periódicas com a psiquiatra, a equipe é composta por profissionais brancos sem distinção de cargos. E esse é o perfil de profissionais com os quais eles estão acostumados a tratar. Algumas vezes um dos acompanhados se direcionou a mim de uma forma mais grosseira, invalidando a minha experiência de estudante de psicologia, como se não fosse digno de consideração os apontamentos que eu fazia e, inevitavelmente eu não pude deixar de pensar sobre a imagem que o acompanhado tinha de mim.

Embora existam coisas que me distanciam dos acompanhados, como; as vivências, raça/cor, saúde, trajetórias, entre outros, o AT faz com que a gente crie estratégias para que as experiências possam se harmonizar e nessa caminhada essa troca trazer benefícios para todos.

(...) Por fim, tendo consciência da importância do trabalho e dos esforços de quem trabalha com AT, encerro esse texto com um provérbio africano que diz: “Gente simples, fazendo coisas pequenas, em lugares pouco importantes, consegue mudanças extraordinária”.

Autora: Milene Amaral Pereira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. O exercício de Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos

CAPÍTULO II DOS DIREITOS SOCIAIS

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.

(Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Art. 6º).

Com o objetivo geral de investigar *como o exercício de Direitos Sociais incide nos processos subjetivos e terapêuticos em curso, na clínica em Psicologia, articulada às políticas públicas brasileiras*, desenvolveu-se o estudo que subsidiou a presente Tese de Doutorado. De abordagem qualitativa, com inspiração teórica-metodológica pós-estruturalista, os materiais de pesquisa – narrativas, casos clínicos, registros de experiências, Ecomapas, Genogramas, dentre outros – auxiliaram na explicitação de elementos que envolvem o

exercício dos Direitos Sociais e sua relação com os processos subjetivos e terapêuticos.

Evidenciando a complexidade dessa relação, enquanto produtora de efeitos, os dados de pesquisa subsidiaram a discussão que propôs pensar fatores materiais, singulares e multidimensionais que transversalizam os corpos que habitam a clínica em Psicologia. Composto com reflexões apresentadas na sessão 2., sobre o problema e pergunta de pesquisa, verificou-se que as múltiplas concepções de saúde e de projeto terapêutico expressas nas políticas públicas podem estar relacionadas, não apenas às múltiplas compreensões sobre políticas públicas e suas funções, mas também às pessoas e aos discursos que na sessão 6.3 foram identificados como *Agentes de Normalização* e *Agentes de Singularização*. Esses agentes produzem efeitos nos processos subjetivos e terapêuticos, ao incidirem no contexto do exercício de Direitos Sociais, agenciando sentidos e significados, como intermediários de discursos entre o corpo que demanda cuidado, sobre sua produção e condução no mundo.

As discussões a partir da pesquisa também possibilitaram pensar que o exercício de Direitos Sociais, no Brasil, ultrapassa o campo das políticas públicas, universais e gratuitas, para incidir sobre os corpos em um contexto híbrido: pela via do Estado; do mercado; e através das relações sociais e comunitárias, em que o(a) usuário(a) acessa direitos ao lhe ser concedidos alimentação, moradia, transporte, dentre outros, através de familiares e/ou terceiros (sessão 6.1). Nesse panorama, através do mapeamento dos casos clínicos, considerou-se a impossibilidade de analisar os corpos que demandam cuidado e assistência em saúde mental em separado do exercício de DS. A radicalidade do sujeito biopsicossocial, discutida na sessão 6.4 torna não apenas mais sensível a relação entre clínica e cidade, mas, também, destitui a separação entre corpo, subjetividade e Direitos Sociais, apontando a capacidade de ser pensada uma saúde e um sujeito biopsico-político-social.

Entretanto, mesmo que o sujeito seja produzido na relação inerente entre questões biológicas, psicológicas, políticas e sociais, a expressão 'Direitos Sociais', nos mesmos termos, não foi explicitada na maioria dos materiais de pesquisa, afastando seu reconhecimento na língua oral enquanto termo envolto na produção e condução de vida das pessoas. Assim, o

“discurso vago, confuso e homogêneo sobre os ‘direitos’”, apontado no delineamento do problema e pergunta de pesquisa (sessão 2.), situa o caso dos Direitos Sociais em uma posição mais extrema: “Direitos Sociais”, *ipsis litteris*, praticamente inexistente como referência nos discursos sobre os processos subjetivos e terapêuticos (sessão 6.2). Essa constatação possibilita pensar que ocorre certa despolitização do discurso em algumas esferas da clínica, na compreensão sobre saúde, adoecimento e terapêuticas, sobrepondo, aos corpos fatores biológicos, estratificações morais ou identitárias (sessão 6.2).

Assim, a metodologia de pesquisa tornou possível apresentar elementos de discussão, não apenas ao objetivo geral, mas, também, aos objetivos específicos. Com isso, demonstrou como a noção de Direitos Sociais (não) emergiu nos casos clínicos analisados, expressando incidência nas vidas e nas terapêuticas das pessoas através da presença de palavras como educação, trabalho e saúde (sessão 6.2). Quando se constatou a presença do termo, foi através de discursos institucionais. O levantamento dos serviços que encaminharam as demandas clínicas em saúde mental (sessão 6.3) visibilizou algumas das ações e instituições de garantia dos Direitos Sociais que se fazem presentes nos territórios dos usuários e usuárias.

Em relação à pergunta presente no delineamento do problema e pergunta de pesquisa, “políticas públicas, no Brasil, para pobres e vulneráveis?” (sessão 2.), os dados do estudo não forneceram uma contribuição significativa para analisar essa questão em específico. Entretanto, mostram a importância da existência de políticas públicas, materialmente estruturadas nos territórios, para o exercício dos Direitos Sociais e a produção de terapêuticas. Esse último ponto se expressa pela importância dos DS na formulação de projetos de vida e produção de saúde – desenvolvimento de habilidades, relações sociais, sensação de bem-estar, de resiliência, formulação de projetos, planos, gratificações e concretização de desejos (sessão 6.3).

Por esse raciocínio, é possível pensar que a presença e ausência de políticas públicas na vida de usuários e usuárias - um dos objetivos específicos da pesquisa - destaca a importância da garantia ou disponibilidade de serviços dos DS nos territórios, universais e gratuitos, considerando que eles produzem recursos para a vida – são suporte, fortalecem e constroem a rede de proteção dos usuários, seus exercícios de cidadania e de direitos (sessão 6.4).

Concomitantemente, os dados de pesquisa evidenciam a importância das políticas públicas como suporte para mitigar limitações e vulnerabilidades que a própria condição de ser um humano impõe: seja por fatores fisiológicos, psicológicos e socio-históricos ou pelo resultado complexo da articulação entre esses e outros elementos (sessão 6.1).

Por fim, as vulnerabilidades sociais e econômicas aparecem na relação com o exercício dos Direitos Sociais na vida daqueles usuários(as) que, sem suporte do Estado, não teriam capacidade econômica de arcar com os custos dos serviços sozinhas (sessão 6.1). Essa questão se relaciona com o objetivo específico da Tese, sobre o contexto socio-histórico dos Direitos Sociais no Brasil, a respeito dos quais se demonstrou, nos materiais de pesquisa, que contextos precários de DS podem ter efeitos restritivos à liberdade, dignidade, violência, abuso de poder e censuras (sessão 6.1). Esses afetam a qualidade de vida das pessoas atendidas, interferindo ou dificultando a construção de processos subjetivos emancipatórios, de autonomia, consciência de si, amor-próprio e condições – subjetivas – dignas de vida.

No contexto socio-histórico da Brasil, quanto às vulnerabilidades, também foi necessário considerar a relação dos Direitos Sociais com os processos terapêuticos de pessoas negras, discutindo os efeitos históricos do racismo institucional sobre o diagnóstico psiquiátrico e as especificidades clínicas que podem engendrar precárias condições subjetivas nos processos de existência do povo negro e pardo. Produzindo subjetividades historicamente desiguais, os efeitos históricos do racismo tornam-se capazes de desencadear um *sofrimento mental desnecessário*, pela atribuição de valor aos sujeitos e suas existências, na lógica da branquitude (6.5). Fabricando discursos subjetivantes que atuam como motores de desigualdades existenciais, incidiriam no modo como a população negra produz e conduz a si, no mundo, como ser subjetivo que legitima e reivindica, ou não, seus direitos e desejos.

7.1 *Direitos Sociais têm incidência necessária sobre os processos subjetivos e terapêuticos na clínica em Psicologia?*

Considerando a abordagem teórico-metodológica de inspiração pós-estruturalista, a pergunta de pesquisa que acompanhou o desenvolvimento do estudo, seu processo e desfecho, não tem como proposição colocar um

problema que seja solucionável através de uma resposta considerada verdadeira ou falsa. Assim, a partir da pergunta – *Direitos Sociais têm incidência necessária sobre os processos subjetivos e terapêuticos na clínica em Psicologia?* – pretendia-se relacionar, brevemente, ao fim estudo, algumas indagações sobre clínica e terapêutica que mantivessem a pergunta como permanente exercício de problematização.

Conforme desenvolvido na revisão teórica da Tese, o discurso sobre clínica e terapêutico no Brasil não é algo homogêneo e apresenta uma dissimetria de sentidos. Assim, qualquer debate que considere afirmar o exercício de Direitos Sociais como um *instrumento*, um *recurso clínico ou terapêutico* – recurso aqui compreendido através da própria língua portuguesa: recurso como um ato; como efeito de recorrer por algo; um meio que se empregaria para enfrentar uma situação difícil; uma forma ou estratégia para solucionar algo; recurso como uma aptidão natural ou adquirida; talento; posses riquezas, bens materiais (“a pessoa tem muitos recursos”)¹¹⁴ – pode ser julgado pelas diferentes linhas teórico-metodológicas da Psicologia como uma ideia passível de crítica, imprópria ou questionável, situada como sendo uma pergunta problemática.

Entretanto, conforme registros da pesquisa, o acesso a educação, trabalho, moradia, saúde, lazer, transporte, dentre outros, tem sido referido, na formulação dos Projetos Terapêuticos, de forma articulada à prática da Psicologia: seja pela inserção de usuárias(os) em cursos profissionalizantes (DS à educação), oficinas de geração de renda (DS ao trabalho¹¹⁵); Residenciais Terapêuticos, abrigos ou repúblicas (DS à moradia); grupos terapêuticos temáticos em Unidades Básicas de Saúde ou em Centros de Atenção Psicossocial (DS à saúde); acesso à atividades culturais (DS ao lazer) ou à meios de transporte (DS ao transporte), dentre outros.

Essas articulações, embora não impliquem reduzir as políticas públicas a um *instrumento* ou *recurso* da Psicologia ou do Projeto Terapêutico,

¹¹⁴ Terra (2014, p.).

¹¹⁵ Aqui entraria, inclusive, as questionáveis Comunidades Terapêuticas financiadas pelo Estado que, a partir da atividade laboral (DS ao trabalho) – por vezes em um contexto precário de trabalho, sem retorno de remuneração ou direitos trabalhistas e, em alguns casos, enviado por questões religiosas – compreendem o trabalho como algo terapêutico e utilizam desse argumento em suas práticas (CFP, 2017).

compreendem que relacionar os usuários e usuárias a esses setores públicos de direitos ultrapassa o exercício de um direito em si e envolve produções subjetivas e terapêuticas que se espera que sejam produzidas nas experiências nesses espaços – desenvolvimento de habilidades, talentos, gratificações, exercícios de autonomia, relações sociais, vínculos, construção e fortalecimento de *territórios existenciais*, exercícios de circulação, liberdade, gestão do tempo, do dinheiro, das tarefas cotidianas, da medicação, dos processos do próprio tratamento, exercícios de autoconhecimento, de como se relacionar socialmente, nomear o cotidiano, sentimentos e ações, encontrar a diferença e semelhança na proximidade com outras pessoas, dentre outras experiências. Pelo exercício de DS, essas produções incidiram no modo como o sujeito se produz e conduz a si, no mundo, como ser subjetivo.

Concomitantemente a essa problematização, relacionar as discussões dos resultados da pesquisa à pergunta sobre *a incidência necessária dos Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos* é situar, na análise, não apenas aqueles usuários e usuárias que acessam as políticas públicas, os serviços do Sistema Único de Saúde, a atenção psicossocial, abordagens terapêuticas grupais ou comunitárias, mas sim qualquer corpo que habite o contexto social atual e busca um profissional da clínica em Psicologia. Essa afirmativa parte dos dados de pesquisa em que se verificou a impossibilidade de pensar um corpo que não seja atravessado pelos Direitos Sociais, por fatores materiais, singulares ou multidimensionais, remetendo a um sujeito constituído pela transversalização de aspectos, biológicos, psicológicos (subjetivos e singulares), sociais e políticos.

Assim, as intervenções terapêuticas das clínicas em Psicologia que não consideram *a incidência necessária do exercício de Direitos Sociais* na demanda do sujeito e em sua produção subjetiva – saúde, sofrimento, adoecimento, conflitos, dificuldades, desejos, desafios, limitações, dentre outras – poderiam estar operando em um recorte reducionista do corpo em análise ou sob nuances de um superficialismo revestido de argumentos teóricos. Nesse raciocínio, questionar sobre *a incidência necessária do exercício de Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos na clínica em Psicologia* não é uma tentativa de formar uma nova abordagem teórico-metodológica, uma instrumentalização dos direitos ou uma conceitualização

fechada em si, um modelo¹¹⁶, mas sim uma tentativa de manter operando princípios e valores que subsidiaram a construção do Sistema Único de Saúde, a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Reforma Sanitária. Esses princípios e valores questionaram as práticas de cuidado e de assistência em saúde de abordagem individual e biomédica¹¹⁷, inclusive as de saúde mental, propondo, então, a produção de saúdes em uma lógica do sujeito integral, singular, por uma atenção integral à saúde.

Questionar sobre *a incidência necessária do exercício de Direitos Sociais nos processos subjetivos e terapêuticos na clínica em Psicologia* é colocar em análise, também, o posicionamento dos profissionais frente a um contexto brasileiro em que se vê muitos dos exercícios de direitos operando de modo precário, resultando em violências e violações de outros direitos; ou, no limite, o que se vê é a inexistência desse exercício. Essa inexistência se expressa na vida daqueles usuários e usuárias que não contam com suporte financeiro para arcar com o suprimento de algum serviço, que garanta um Direito Social, o qual não seja fornecido pelo Estado. Assim, teríamos, na esteira dessa análise, uma Psicologia que pode, em alguns casos, estar sendo cúmplice de situações de violência e tratando (ou não tratando) apenas os efeitos dessas situações.

Situar os Direitos Sociais como determinantes e condicionantes dos níveis de saúde, em que sua inexistência afeta à coletividade e às condições de bem-estar físico, mental e social da população, desloca os Direitos Sociais de uma posição prioritariamente jurídica e de exercício da cidadania para afirmá-los na esfera da produção de vida – subjetividades, saúdes, sofrimentos e adoecimentos. Esse deslocamento desindividualiza o sofrimento mental, retirando boa parte do peso histórico biomédico que é imposto aos sujeitos em sofrimento a partir de categorias psiquiátricas de “Transtornos”, ressituaando a implicação e responsabilidade do Estado no adoecimento da população – e no fornecimento de recursos e serviços para subsidiar seu cuidado e assistência.

¹¹⁶ O risco de todo modelo é a perda de sua função problematizadora, principalmente quando esses modelos são acoplados e subjugados a lógicas do mercado econômico.

¹¹⁷ E se os médicos e médicas dos diferentes serviços de saúde públicos, incluindo da Psiquiatria, ao realizarem avaliação dos pacientes utilizassem a **prescrição do exercício de Direitos Sociais como receita terapêutica**, que efeitos isso teria na subjetividade e vida da população brasileira?

Com isso, é questionando sobre o que se entende como uma *intervenção terapêutica (necessária) na clínica em Psicologia* que a presente problematização possibilita situar a Psicologia como um agente (inter/intra/trans)mediador dos processos¹¹⁸ que envolvem a produção e a condução da população, o exercício de direitos, a produção de saúde e subjetividades. Essa problematização permite apontar para a importância de uma mudança na forma com que a profissão interpreta, compreende, constrói e conduz suas estratégias clínicas – análise e definição de demandas, avaliações de riscos, encaminhamentos, diagnósticos, diagnósticos situacionais, projetos terapêuticos, linhas e fluxos de cuidado e assistência, intervenções terapêuticas, intervenções cogridas, articulações intersetoriais –, enfim, revendo teorias e técnicas, considerando o exercício de Direitos Sociais como produtor de vida e saúde, definindo ações conforme demanda a singularidade de cada caso, articuladas ao exercício dos DS.

Finalizo, portanto, a breve problematização proposta pela pergunta de pesquisa, como desfecho da presente Tese de Doutorado, afirmando a importância de pesquisas e discussões que sustentem a análise do exercício dos Direitos Sociais em relação com as clínicas¹¹⁹ em Psicologia, os processos subjetivos e terapêuticos em curso. Essa proposição se sugere não como uma forma de alienação social – reduzir o sujeito ou o campo dos direitos a uma instrumentalização subsumida à clínica, ao manejo ou técnica terapêutica –, mas, sim, pensando os Direitos Sociais como intercessores dos processos terapêuticos ou, mais amplamente, como incidentes na produção dos corpos dos sujeitos, suas vidas e demandas – subjetivas, de saúde, sofrimento e adoecimento.

¹¹⁸ Aqui se inclui a mediação em processos de mobilização social e da reivindicação de direitos que, por ações da categoria, possam colocar sujeitos em contato mútuo, produzindo acordos que transformem a si e ao entorno para uma sociedade mais justa, fraterna e equânime.

¹¹⁹ Que analisem e qualifiquem as práticas das psicólogas e psicólogos nas diferentes políticas públicas de Direitos Sociais – saúde, educação, trabalho, segurança, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados – e induzam pensar uma maior inserção desses profissionais em outras áreas dos DS, como nas políticas de Direito Social à alimentação, moradia, lazer, previdência social, transporte e lazer. Trata-se de colaborar com referenciais teóricos e técnicos em uma perspectiva da prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde, produção de qualidade de vida digna para a população, como sugerem as políticas brasileiras, incluindo pensar na produção de subjetividades que se afirmem dignas.

8. Referências

- Amorim, Ana Karenina de Melo Arraes, & Dimenstein, Magda. (2009). Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 195-204. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100025>
- Bahia, Ligia. (2018). Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(7), e00067218. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00067218>
- Barcellos, Ana Luiza Berg. (2016). Direitos sociais e políticas públicas: algumas aproximações. *Revista do Direito Público*, Londrina, v. 11, n. 2, p.109-138, ago. 2016. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/direitopub/article/view/20880>
- Berger, Eliane; Morettin, Adriana Victorio & Neto, Leonel Braga. (1991). *História In: Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-dia A Casa* (orgs.). A rua como espaço clínico, acompanhamento terapêutico. São Paulo: Escuta.
- Bezerra Júnior, Benilton. (1990). Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: Tundis, Silvério Almeida & Costa, Nilson do Rosário (Orgs.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 5.ed. Petrópolis: Vozes, (Coleção Saúde e Realidade), p.133-169.
- Birman, Joel. (2018). Genealogia da clínica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 21(3), 442-464. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n3p442.3>
- Bock, Ana Mercês Bahia; Furtado, Odair; Teixeira, Maria de Lourdes Trassi. (1999). *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia*. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 1999. 117 p.
- Campos, Gastão Wagner de Sousa. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>
- Campos, G. W. S. (2003). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec.
- Canguilhem, Georges. (1995). *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Carone, I. & Bento, M. A. S. (2002). *Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. Petrópolis: Vozes.

Cavalcanti, Maria Tavares. (1992) *O tear das cinzas*. Um estudo sobre as relações entre a psicose e instituições psiquiátricas. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Rio de Janeiro. 368 p.

Cavalcanti, Paula Arcoverde. (2007). *Sistematizando e comparando os enfoques de avaliação e de análise de políticas públicas: uma contribuição para a área educacional*. Tese (Pós-Graduação em Educação) Universidade Estadual de Campinas, São Paulo: Campinas. Recuperado em 10 dezembro, 2017, de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000422928&fd=y>

Cemim, Martha Regina; Ecker, Daniel Dall'Igna, & Luckmann, Felipe. (2011). Transexuais e Travestis: Gênero, Censura e Resistência. *Psicologia.com.pt*, v. 1, p. 1-15, 2011. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/ TL0267.pdf>

Chnaiderman, Miriam. (2008). *Construindo possibilidades de clínicas multifacetadas: caleidoscópios cotidianos*. In: Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento / Analice de Lima Palombini... [et al.]. – 2.ed. – Porto Alegre: Editora da UFRGS.

Conselho Federal de Psicologia - CFP. (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília, DF. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>

Conselho Federal de Psicologia - CFP. (2013). *Psicologia: uma profissão de muitas e diferentes mulheres*. Brasília: DF. Setembro/2013. 1ª Edição. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2014/01/Publica%C3%A7%C3%A3o_Mulher_FINAL_WEB.pdf

Conselho Federal de Psicologia et al. (2017). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017*. DF: CFP. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/pfdc/midiateca/nossas-publicacoes/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas-2017>

Conselho Federal de Psicologia (Brasil). (2019a). Comissão de Direitos Humanos. Brasília: CFP. Retirado de <https://site.cfp.org.br/cfp/comissao-de-direitos-humanos/>

Conselho Federal de Psicologia (Brasil). (2019b). CREPOP. Brasília: CFP. Retirado de <http://www.crprs.org.br/crepop.php>

Conselho Nacional de Saúde. (1986). *8ª Conferência Nacional de Saúde*. Ministério da Saúde, Brasília: DF. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). DF: Brasília. Recuperado em 10 dezembro, 2017, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Costa, D.; Lacaz, F. A. de C.; Jackson Filho, J. M., & Vilela. (2013). Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, 38 (127): 11-30, 2013. Recuperado em 10 dezembro, 2017, de http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/artigos/2014/Saude_do_Trabalhador_no_SUS_desafios_para_uma_politica_publica_10042014.pdf

Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão. (1793). A História dos Direitos Humanos no Mundo. Natal: DHnet Rede Direitos Humanos e Cultura. Recuperado em 10 dezembro, 2017, de: http://www.dhnet.org.br/direitos/na_this/dec1793.htm

Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. (2011). Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília: DF. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm

Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos - DIEESE. (2019). *Custo da cesta básica diminuiu em 13 capitais*. São Paulo: SP. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <https://www.dieese.org.br/analise/cestabasica/2019/201905cestabasica.pdf>

Doron, R.; Parot, F. (orgs.). (1998). *Psicologia Clínica*. Dicionário de Psicologia. Vol. I. São Paulo: Ática.

Dye, T. D. (1984). *Understanding Public Policy*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice - Hall.

Ecker, Daniel Dall'Igna. & Torres, Samantha. (2015). Política de cotas étnicas no ensino superior: análise de narrativas de sujeitos do meio universitário. *Emancipação (Online) (Ponta Grossa)*, v. 15, p. 115-129, 2016. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/7146/5165>

Ecker, Daniel Dall'Igna. (2016). *A educação e a Política Nacional da Assistência Social: uma análise sobre o direito à educação no Brasil*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Recuperado em 10 dezembro, 2017, de <http://hdl.handle.net/10183/140998>

Ecker, Daniel Dall'Igna. (2017). Crianças em situação de rua: malabares da exclusão. *CIENCIAS PSICOLOGICAS*, v. 11, p. 139-148, 2017. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <http://revistas.ucu.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/1483/1434>

Ecker, Daniel Dall'Igna. (2019). Marcas [brancas] do escravismo nas políticas públicas de educação no Brasil contemporâneo. *Reflexão e Ação*, Santa Cruz

do Sul, v. 27, n. 3, p. 160-174, set. 2019. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <https://doi.org/10.17058/rea.v27i3.13623>

Ecker, D. D; Guareschi, N. M. de F; Lara, L. de; Zambillo, M. (2019). A construção do Direito Social à educação no Brasil: jesuítas, soberanos, liberais, conservadores, políticos e intelectuais. *PERSPECTIVA (UFSC)* (ONLINE), v. 37, p. 865-889, 2019. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/2175-795X.2019.e52354/pdf>

Emerich, B. F.; Onocko Campos, R., & Passos E. (2014). Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface* (Botucatu), v. 18, n. 51, out/dez. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.1007>

Fagundes, S.M. (2006). *Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde*. Porto Alegre, UFRGS, Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

Falkembach, E. M. F. (1987). Diário de campo: um instrumento de reflexão. *Contexto e educação*, Ijuí, v. 2, n. 7, p. 19-24, jul.-set.

Ferla, A. A. (2007). *Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde*. Caxias do Sul: Educus.

Fernandes, José Henrique Paim. (2013). *Acesso à educação e combate à desigualdade: o papel da educação no âmbito do Plano Brasil Sem Miséria*. Parte II. DF: Brasília. Recuperado em 10 dezembro, 2015, de http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil_sem_miseria/livro_o_brasil_sem_miseria/artigo_20.pdf

Ferreira Neto, J.L. (2010). Uma genealogia da formação do psicólogo brasileiro. *Memorandum*, 18, 130-142. Recuperado em 10 dezembro, 2015, de <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6645/4219>

Ferreira Neto, João Leite, Kind, Luciana, Pereira, Alessandra Barbosa, Rezende, Maria Carolina Costa, & Fernandes, Marina Lanari. (2011). Usos da noção de subjetividade no campo da Saúde Coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(5), 831-842. Recuperado em 10 dezembro, 2015, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500002>

Fischer, R. M. B. (2001). Foucault e a análise do discurso em educação. *Cadernos de Pesquisa*, Fundação Carlos Chagas, Editora Autores Associados, n. 114, p. 197-223, nov.

Filizola, C. L. A., Ribeiro, M. C., & Pavarini S. C. I. (2003). A história da família de Rubi e seu filho Leão: trabalhando com famílias de usuários com transtorno mental grave através do modelo Calgary de avaliação e de intervenção na família. *Texto Contexto Enferm*. 2003 Abr-Jun; 12(2):182-90.

Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). *Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019*. Ano 13. Brasília: DF. http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf

Foucault, M. (2005). *O que é a crítica? [Crítica e Aufklärung]*. Relatório da sessão de 27 de maio de 1978. (In) F. L. Britto. *Crítica e modernidade em Foucault: uma tradução de "Qu'est-ce que la critique? [Critique et Aufklärung]*, de Michel Foucault (35-63). Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, RJ: Rio de Janeiro, Brasil.

Foucault, M. (2010). *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes.

Gadelha, C. A. G., Machado, C. V., Lima, L. D. de, & Baptista, T. W. de F. (2009). *Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial*. In A. L. A. V. Viana, N. Ibañez, & P. E. M. Elias (Orgs.), *Saúde, desenvolvimento e território* (pp. 97-123). São Paulo: Hucitec.

Gerhardt, T. E. & Silveira, D. T. (2009). *Métodos de pesquisa*. 1ª Ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS.

Guareschi, N. M. de F.; Lara, L. de, & Adegas, M. A. (2010). Políticas públicas entre o sujeito de direitos e o homo oeconomicus. *Psico*, v. 41, n. 3, pp. 332-339, jul./set. Recuperado em 10 dezembro, 2017, de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8163/5854>

Guareschi, N. M. de F.; Lara, L. de, & Ecker, D. D. (2016). A internação compulsória como estratégia de governamentalização de adolescentes usuários de drogas. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 21(1), 25-35, 2016. Recuperado em 10 dezembro, 2017, de <https://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20160004>

Guariento, C. de F; Torres, S; Ecker, D. D. (2019). Prevenção e Promoção de Saúde no CAPS AD através de oficinas de psicoeducação. *Revista Eletrônica Científica da UERGS*, v. 5, p. 191-197, 2019. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <https://doi.org/10.21674/2448-0479.52.191-197>

Guedes, Carla Ribeiro, Nogueira, Maria Inês, & Camargo Jr., Kenneth R. de. (2006). A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 1093-1103. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400030>

Guerra, A. M. C; Cunha, C. F; Edmundo, D. F; Moreira, J. O. (2015). Do universal ao singular ou da homogeneidade à diferença: construindo a prática da sociodução. In: Fórum Permanente do Sistema de Atendimento Socioeducativo de Belo Horizonte. (Org.). *Desafios da socioeducação: responsabilização e integração social de adolescentes autores de atos infracionais*. 1ed. Belo Horizonte: v. 1, p. 1-244.

Hillesheim, Betina & Guazzelli Bernardes, Anita. (2014). Território e nomadismo: a saúde em questão. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 47-58. Recuperado em 08 novembro, 2017, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29035339005>

Hullen, Angélica Cristina Nagel. (2018). Cidadania e direitos sociais no Brasil: um longo percurso para o acesso aos direitos fundamentais. *Rev. secr. Trib. perm. revis.* Año 6, Nº 11; Abril 2018; p. 213-227. Recuperado em 10 dezembro, 2017, de <http://dx.doi.org/10.16890/rstpr.a6.n11.p213>

Hüning, S. M., & Guareschi, N. M. F. (2009). *Efeito Foucault: desacomodar a psicologia*. (In) Guareschi, N. M. F., & Hüning, S. (Orgs.) Michel Foucault e a Psicologia (pp. 159-182). Porto Alegre: Edipucrs.

Hüning, S. M., & Scisleski, A. C. C. (2018). Ressonâncias de uma epistemologia foucaultiana em psicologia social. *Psicologia & Sociedade*, 30, e170632. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30170632>

Ibanhes, Lauro Cesar. (2010). A constitucionalização dos direitos sociais no Brasil: difusos e coletivos ou confusos e seletivos? *BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*, 12(3), 213-219. Recuperado em 14 de agosto de 2019, de http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000300002&lng=pt&tlng=pt

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2012). *Censo 2010: número de católicos cai e aumenta o de evangélicos, espíritas e sem religião*. Recuperado em 14 de agosto de 2019, de <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?id=3&idnoticia=2170&view=noticia>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2018). *IBGE mostra as cores da desigualdade*. Agência IBGE Notícias. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/21206-ibge-mostra-as-cores-da-desigualdade>

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) & Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). (2019). *Atlas da violência 2019*. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo. http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf

Ishikawa, T. Y. & Santos, A. O. (2018). Psicólogos orientais, estereótipos e relações étnico-raciais no Brasil. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 13(2), São João del Rei, maio-agosto de 2018. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revis ta_ppp/article/view/2973/1912

Lancetti, A. (2006). *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec.

Lara, L. & Ecker, D. D. (2012). Formação em Psicologia e Políticas Públicas: Estágio no PIM-PIA. *Polise Psique*, v. 2, p. 175-199, 2012. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/38169>

Laswell, H.D. (1936/1958). *Politics: Who Gets What, When, How*. Cleveland, Meridian Books.

Lavinias L. (2016). *How social developmentalism reframed social policy in Brazil*. Berlin: International Research Network on Interdependent Inequalities in Latin America. (Working Paper Series, 94).

Leal, E. M. (2001). *Clínica e Subjetividade: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica Brasileira*. In: Figueiredo, A. C. Cavalcanti, M. T. (Orgs.). *A Reforma Psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização*. Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental – Dezembro de 2001. Rio de Janeiro: Edições CUCA – IPUB/UFRJ, v. 1, p. 69-83.

Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962. (1962). Dispõe sobre os cursos de formação de psicólogo e regulamenta a profissão de psicólogo. Brasília: Planalto, 1962. Recuperado em 10 dezembro, 2015, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4119.htm

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Planalto, 1962. Recuperado em 10 dezembro, 2015, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (06 de abril de 2001). Ministério da Saúde. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, seção 1. Brasília: DF. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

Leite, D. M. (1966). Diferenças psicológicas entre raças. In: *Psicologia diferencial e estudos em educação* (p.95-102). São Paulo: Dominus; São Paulo Editora.

Lemke, Ruben Artur, & Silva, Rosane Azevedo Neves da. (2011). Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(3), 979-1004. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000300012>

Lo Vuolo RM. (2016). The limits of redistributive policies in Latin America: complementarities between economic and social protection systems. In: Fritz B, Lavinias L, editors. *A moment of equality for Latin America: Challenges for redistribution*. New York: Routledge.

Lobosque, Ana Marta. (2001). *Experiências da Loucura*. Rio de Janeiro: Ed. Garamond.

Macedo, João Paulo, & Dimenstein, Magda. (2009). Psicologia e a produção do cuidado no campo do bem-estar social. *Psicologia & Sociedade*, 21(3), 293-300. Recuperado em 14 de agosto de 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822009000300002>

Mazzuoli, V. de O. (2015). *Curso de Direitos Humanos*. 2ª. ed. rev. Rio de Janeiro: RJ. Forense; São Paulo: MÉTODO.

Mello, D. F., Viera, C. S., Simpionato, E., Biasoli-Alves, Z. M. M. & Nascimento, L. C. (2005). Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2005 Jan-Abr; 15(1):78-88. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v15n1/09.pdf>

Melo, Jorge José Maciel. (2015). *A política de narratividade entre a pesquisa e a clínica: relato de uma experiência com a Gestão Autônoma da Medicação*. Tese de Doutorado. Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Niterói: RJ.

Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. 10ª Ed. São Paulo: HUCITEC.

Ministério da Cidadania. (2013). *População negra é a maior beneficiária de programas sociais no Brasil*. Brasília: DF. Recuperado em 14 de agosto de 2019, de <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2013/dezembro/populacao-negra-e-a-maior-beneficiaria-de-programas-sociais-no-brasil>

Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações – MCTIC. (2018). Plano de Ação em Ciência, Tecnologia e Inovação para Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2018. http://www.mctic.gov.br/mctic/export/sites/institucional/ciencia/SEPED/Arquivos/PlanosDeAcao/PACTI_CHS_Web.pdf

Ministério da Saúde. (2008). Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: DF. (Série B. Textos Básicos de Saúde). http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf

Ministério da Saúde. (2010). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. 4. reimp. - Brasília: DF. Editora do Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Ministério da Saúde. (2013). *Cadernos de Atenção Básica, n. 34 - Saúde Mental*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: DF. Recuperado

em 14 de agosto de 2019, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

Ministério da Saúde. (2014). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: Tecendo redes para garantir direitos*. Brasília, DF. Recuperado em 14 de agosto de 2019, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf

Ministério da Saúde. (2015). *Caderno HumanizaSUS (v.5) Saúde Mental*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: DF. Recuperado em 14 de agosto de 2019, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf

Ministério da Saúde. (2017). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf

Ministério do Desenvolvimento Social. (2015). *Brasil sem miséria*. Superação da pobreza da população negra - junho/2011 a abril/2015. Brasília: DF. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil_sem_miseria/caderno_popnegra1.pdf

Ministério do Trabalho e Emprego. (2018). *Classificação Brasileira de Ocupações – CBO*. Brasília: MTE, on-line. <http://www.mteco.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf>

Miron, Alessandra Xavier, & Guareschi, Neuza Maria de Fátima. (2017). Compromisso Social da Psicologia e Sistema Único de Assistência Social: Possíveis Articulações. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 349-362. Recuperado em 14 de agosto de 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000952014>

Moreira, Jacqueline de Oliveira, Romagnoli, Roberta Carvalho, & Neves, Edwiges de Oliveira. (2007). O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(4), 608-621.

Motta, Alessandra Brunoro, & Enumo, Sônia Regina Fiorim. (2010). Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 445-454. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000300007>

Moura, Maria Martha Duque de, Guimarães, Maria Beatriz Lisboa, & Luz, Madel. (2013). Tocar: atenção ao vínculo no ambiente hospitalar. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(45), 393-404. Epub June 18, 2013. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000011>

Nascimento, Lucila Castanheira, Dantas, Isa Ribeiro de Oliveira, Andrade, Raquel Dully, & Mello, Débora Falleiros de. (2014). Genograma e ecomapa: contribuições da enfermagem brasileira. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(1), 211-220. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072014000100025>

Noto, C. de S. (2009). *A ontologia do sujeito em Michel Foucault*. Departamento de Filosofia. (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP: São Paulo.

Oliveira, Carlindo Rodrigues de, & Oliveira, Regina Coeli de. (2011). Direitos sociais na constituição cidadã: um balanço de 21 anos. *Serviço Social & Sociedade*, (105), 5-29. Recuperado em 10 dezembro, 2017, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282011000100002>

Onocko-Campos, Rosana Teresa, Palombini, Analice de Lima, Leal, Erotildes, Serpa Junior, Octavio Domont de, Baccari, Ivana Oliveira Preto, Ferrer, Ana Luiza, Diaz, Alberto Giovanello, & Xavier, Maria Angélica Zamora. (2013). Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2847-2857. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000009>

Palombini, Analice de Lima. (1999). O louco e a rua: a clínica em movimento mais além das fronteiras institucionais. *Educação Subjetividade Poder*, Porto Alegre, v. 6, n.6, p. 25-31, 1999.

Palombini, Analice de Lima *et al.* (2008). *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. 2.ed. – Porto Alegre: Editora da UFRGS.

Palombini, A. de L. (Abril de 2017). Entrevista. Acompanhamento Terapêutico. *jornal EntreLinhas*, nº75. Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul - CRPRS. Porto Alegre: RS. Recuperado em 08 novembro, de 2017, de <http://www.crprs.org.br/upload/others/file/edfc5c7ca099c9c65b1ea8ef28fc9955.pdf>

Palombini, Analice de Lima. (2018). 25 Anos Depois, Um Pouco da Estrada em Que Fiz Meu Chão: Acompanhamento Terapêutico e Reforma Psiquiátrica. In Paulon, Simone Mainieri; Oliveira, Carmen Silveira de; Fagundes, Sandra Maria Sales (Org.). *25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul.

Palombini, A. L.; Pasini, V. L.; Ecker, D. D.; Castro, I. D.; Silveira, J. S.; Schreiner, L.; Guerra, S. Z. (2019). Acompanhamento Terapêutico: uma clínica em rede. sustento da vida entre precariedades e riscos. In: Rosana Onocko Campos... [et al.]. (Org.). *SaúdeLoucura 10*. 1ed. São Paulo SP: Editora Hucitec.

Passos, Eduardo, & Barros, Regina Benevides de. (2000). A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), 71-79. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722000000100010>

Passos, E.; et al. (2013). Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação. *Aletheia* (ULBRA), v. 41, p. 24-38.

Pereira, Potyara A. P. (2011). *Política social: temas e questões*. 3ª ed., São Paulo: Cortez

Piana, M. C. (2009). *A construção do perfil do assistente social no cenário educacional* [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Recuperado em 10 dezembro, 2017, de <http://static.scielo.org/scielobooks/vwc8g/pdf/piana-9788579830389.pdf>

Pinto, Céli Regina Jardim. (1999). Foucault e as constituições brasileiras: quando a lepra e a peste se encontram com os nossos excluídos. *Educação & Realidade*, 24(2), jul./dez, p.33-57.

Piovesan, Flavia. (2004). Direitos sociais, econômicos e culturais e direitos civis e políticos. *Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos*, 1(1), 20-47. Recuperado em 10 dezembro, 2019, <https://dx.doi.org/10.1590/S1806-64452004000100003>

Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. (2002). Ministério da Saúde. Brasília: DF. Recuperado em 10 dezembro, 2019, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado em 10 dezembro, 2019, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. (2014). Ministério da Saúde (MS). Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: DF. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html

Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. (2017). Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Recuperado em 10 dezembro, 2019, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. (2017). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ministério da Saúde. Brasília: DF. Recuperado em 10 dezembro, 2019, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. (2017). Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Recuperado em 10 dezembro, 2019, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_2_12_2017.html

Prado Filho, Kleber, & Martins, Simone. (2007). A subjetividade como objeto da(s) psicologia(s). Recuperado em 10 dezembro, 2017, de *Psicologia & Sociedade*, 19(3), 14-19. Recuperado em 10 dezembro, 2019, https://dx.doi.org/10.1590/S0102-718220070003000_03

Resolução CFP n.º 014/00 de 20 de dezembro de 2000. (2000). Institui o título profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Brasília: Planalto. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2000_14.pdf

Resolução CFP nº 02/01. (2001). Altera e regulamenta a Resolução CFP nº 014/00 que institui o título profissional de especialista em psicologia e o respectivo registro nos Conselhos Regionais. Brasília: Planalto. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001_2.pdf

Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004. (2004). Política Nacional de Assistência Social – PNAS. Diário Oficial da União de 28 de outubro de 2004. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília.

Resolução CFP n.º 006/2007. (2007). Institui o Código de Processamento Disciplinar. (Alterada pela Resolução CFP nº 007/2016). Brasília, DF: CFP. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-006-07_timbrada-e-alterada.pdf

Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. (12 de dezembro de 2012). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: DF, Diário Oficial da União. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

Rocha, L. P. & Palombini, A. L. (2017). A clínica do Acompanhamento Terapêutico como pesquisa psicanalítica: uma escrita compartilhada entre vários. *ÁGORA* (PPGTP/UFRJ), v.20, p.732-742.

Rolnik, Suely. (1997). Clínica nômade. In: *EQUIPE DE AT DO HOSPITAL-DIA "A CASA"*. Crise e cidade: acompanhamento terapêutico. São Paulo: EDUC.

Sales, J. M. A. de & Pachú, C. O. (2015). *Direitos sociais e as políticas públicas como mecanismo de efetivação*. In: Pacheco, Clésia Oliveira (Organizadora). *Direitos sociais: o Artigo 6º da Constituição Federal e sua efetividade*. [Livro eletrônico]. Campina Grande: EDUEPB.

Santos, Adalberto Afonso Lima dos. (2001). A clínica no século XXI e suas implicações éticas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(4), 88-97. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932001000400010>

Santos, A. de O. dos. (2016). Atuação do psicólogo no tema das relações étnico/raciais. *YouTube*. Agência FAPESP, São Paulo: SP. <https://www.youtube.com/watch?v=7lwUA6J8sT0>

Santos, A. O.; Gomes, L. B.; Munoz, B. L. & Maia, R. L. A. (2015). Marcos regulatórios sobre relações raciais e racismo: instrumentos para atuação do(a) psicólogo(a). *Revista Brasileira de Psicologia*, v. 02, p. 16-27.

Santos, W. G. (1979). *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro; Campus: 1979. p.74.

Santos Junior, Belisário dos. (2019). *Direitos Humanos priorizados pela justiça*. Natal: DHnet Rede Direitos Humanos e Cultura. Recuperado em 10 dezembro, 2017, de: <http://www.dhnet.org.br/direitos/dhesc/belisar.html>

Scarpato, Helena Beatriz Kochenborger, & Guareschi, Neuza Maria de Fátima. (2007). Psicologia social comunitária profissional. *Psicologia & Sociedade*, 19(spe2), 100-108. Recuperado em 10 dezembro, 2017, de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822007000500025>

Scarpato, H. B.; Torres, S., & Ecker, D. D. (2014). Psicologia e ditadura civil-militar: Reflexões sobre práticas psicológicas frente às violências de Estado. *REVISTA EPOS*, v. 5, p. 1-1, 2014. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <http://revistaepos.org/?p=1196>

Schucman, L. V. (2014). Sim, nós somos racistas: estudo psicossocial da branquitude paulistana. *Psicologia & Sociedade*, 26, 83-94. <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/10.pdf>

Serrano-Miguel, M.; Silveira, M.; & Palombini, A. de L. (2016). La Guía de Gestión Autónoma de la Medicación: Una experiencia brasileña de participación social en salud mental. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, v. 36, p. 157-170.

Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas - SEBRAE. (2008). *Políticas Públicas: conceitos e práticas*. Belo Horizonte: MG. Recuperado em 08 janeiro, 2018, de <http://www.agenda-21comperj.com.br/sites/localhost/files/MAN%20UAL%20DE%20POLITICAS%20P%3%9ABLICAS.pdf>

Severo, Ana Kalliny, & Dimenstein, Magda. (2011). Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3), 640-655. Recuperado em 08 janeiro, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000300015>

Silva, C. C. da; Mello, V. R. C. de; Ecker, D. D. (2019). Análise da taxa de cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Porto Alegre de 2002 a 2015. *Revista Eletrônica Científica da UERGS*, v. 5, p. 113-127, 2019. Recuperado em 08 janeiro, 2020, de <http://revista.uergs.edu.br/index.php/revuergs/article/view/1980>

Silva, J. A. da. (1999). *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 16ª ed. São Paulo: SP. Malheiros Ed.

Soares, H. (2015). Não levando os custos dos direitos a sério: o direito prestacional à saúde pelo Supremo Tribunal Federal. *Revista De Direito Sanitário*, 16(2), 29-51. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v16i2p29-51>

Sousa, Patrícia Fonseca, Maciel, Silvana Carneiro, & Medeiros, Katruccy Tenório. (2018). Paradigma biomédico x psicossocial: onde são ancora das as representações sociais acerca do sofrimento psíquico?. *Temas em Psicologia*, 26(2), 883-895. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2018.2-13Pt>

Sousa Santos B. (2001). "Democracia convive com fascismo social" [Entrevista]. Folha de S. Paulo. 21 de maio. 2001. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc2105200102.htm>

Souza, N. S. (1982). *Tornar-se negro*. Rio de Janeiro: Graal.

Terra, Ernani. (2014). *Dicionário da Língua portuguesa Ernani Terra*. 2ª Edição. São Paulo: Rideel.

Torres, Samantha & Ecker, Daniel Dall'Igna. (2016). Relato de Experiência da Aproximação do CREPOP-RS ao Meio Acadêmico: Formação em Psicologia e Políticas Públicas. *SUBJETIVIDADES*, v. 16, p. 121-132, 2016. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <http://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/5844>

Torres, Samantha & Ecker, Daniel Dall'Igna. (2017). Capacitação de profissionais sob a perspectiva da redução de danos: drogas, vamos pensar! *Revista Eletrônica Científica da UERGS*, v.3, p.39-62, 2017. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <http://revista.uergs.edu.br/index.php/revuergs/article/view/494>

Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS. (2019). *Saúde Integral da População negra. Módulo I, II e III*. Ministério da Saúde. Brasília: DF. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de <https://www.unasus.gov.br/>

Vasconcelos, E. M. (2000). Reinvenção da cidadania, Empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: Amarante, P., org. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Loucura & Civilização collection, p. 169-194. Recuperado em 06 de março de 2018, de <http://books.scielo.org>

Veloza, R. S., & Serpa Júnior, O. D. de. (2006). O Acompanhante Terapêutico "em ação" no campo público da assistência em saúde mental. *Revista*

Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 9(2), 318-338, 2006. Recuperado em 06 de março de 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/1415-47142006002010>

Venturini, Ernesto, Galassi, Alba, Roda, Annalisa, & Sergio, Ennio. (2003). Habilitar-se em saúde mental: observações críticas ao conceito de reabilitação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 55(1), 56-63. Recuperado em 13 de setembro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672003000100007&lng=pt&tlng=pt

Viana, Ana Luiza d'Avila, Fonseca, Ana Maria Medeiros da, & Silva, Hudson Pacifico da. (2017). Proteção social na América Latina e Caribe: mudanças, contradições e limites. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(Supl. 2), e00216516. Epub July 27, 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00216516>

Wolff, M. P. (2015). *Direitos Sociais: fundamentos e política de implementação*. 1ª ed. São Paulo: SP. Estúdio Editores.com.(Coleção para entender direito / Organizadores: Marcelo Semer, Márcio Sotello Felipe).

Yamamoto, O. H. & Oliveira, I. F. (2010). Política social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (número especial), 9-24. Recuperado em 08 janeiro, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000500002>

Zambillo, Marciana; Palombini, Analice de Lima. & Ecker, Daniel Dall'igna. (no prelo). Paradoxos nos 'benefícios' aos incapacitados: biopolítica e saúde mental. *Estudos de Psicologia* (Natal. online), publicação prevista para 2020.

Zambillo, M. (2015). *Autonomias errantes: entre modos de ser autoimpostos e possibilidades de invenção de si*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: RS. Recuperado em 10 dezembro, 2017, de <http://hdl.handle.net/10183/134693>

Zambillo, M., & Palombini, A. de L. (2017). Autonomias errantes: Processos de autonomização em saúde mental. *Estudos de Psicologia*, 22(1), janeiro a março de 2017, 78-88. Recuperado em 10 dezembro, 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-294X2017000100009

Zinga, Dawn; Phillips, Shauna Dae, & Born, Leslie. (2005). Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27 (Suppl.2), s56-s64. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-4446200500600005>