PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia

Edwiges de Oliveira Neves

AS (IM)POSSIBILIDADES DE FAZER CLÍNICA NO PAEFI:

poderia o analista operar para a superação da violência?

Belo Horizonte
2019

Edwiges de Oliveira Neves

AS (IM)POSSIBILIDADES DE FAZER CLÍNICA NO PAEFI:

poderia o analista operar para a superação da violência?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Processos de Subjetivação

Belo Horizonte
2019

FICHA CATALOGRÁFICA
Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Neves, Edwiges de Oliveira
N518i As (im)possibilidades de fazer clínica no PAEFI: poderia o analista operar para a superação da violência? / Edwiges de Oliveira Neves. Belo Horizonte, 2019.
119 f. : il.

Orientadora: Cristina Moreira Marcos
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia

1. Assistência social - Psicologia. 2. Medida socioeducativa. 3. Atuação (Psicologia). 4. Violência - Aspectos psicológicos. 5. Psicologia clínica. 6. Psicanálise. I. Marcos, Cristina Moreira. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

SIB PUC MINAS

CDU: 159.964.2
Ficha catalográfica elaborada por Fernanda Paim Brito - CRB 6/2999

Edwiges de Oliveira Neves

AS (IM)POSSIBILIDADES DE FAZER CLÍNICA NO PAEFI:

poderia o analista operar para a superação da violência?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Processos de Subjetivação

Profª Drª Cristina Moreira Marcos (Orientadora)

Profª Drª Miriam Debieux Rosa – USP (Banca Examinadora)

Profª Drª Roberta Carvalho Romagnoli – PUC Minas (Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 15 de fevereiro de 2019.

Aos trabalhadores e usuários da Assistência Social de Betim, que muito me ensinaram e que me fazem amar a profissão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu esposo, João Paulo, pelo incentivo, apoio e paciência.

Agradeço aos meus pais e aos meus sogros pela retaguarda emocional e material, tão necessárias durante minha jornada.

Agradeço aos amigos que fiz na Assistência Social por me inspirarem, ensinarem e contribuírem com minha formação acadêmica e pessoal.

Agradeço aos colegas de percurso, sobretudo à Adriana Condessa, Astarute Mendes, Laila Parreiras e Ricardo Pimenta, pelas trocas acadêmicas e de afeto.

Agradeço aos mestres Jacques Akerman e Paula de Paula pelas preciosas contribuições em minha trajetória profissional.

Agradeço a professora Roberta Romagnoli por acolher a mim e ao meu projeto, provocando-me a sustentar meu desejo pela psicanálise.

Agradeço a professora Miriam Debieux Rosa por aceitar meu convite para a banca e pelas valorosas intervenções feitas no exame de qualificação.

Agradeço à minha orientadora, professora Cristina Marcos, por aceitar o desafio do tema, por me receber “no meio do caminho”, por me amparar nos momentos de angústia e por me acompanhar pacientemente durante toda a construção.

"A psicanálise nos oferece um outro recurso além do Pai da religião, além do pai edípico, além dos nomes-do-pai que permite suportar o vazio, o caos, o estado de exceção, o inconsciente, a mulher, enfim, o saber da morte". (Gilda Vaz Rodrigues)

RESUMO

A pesquisa a seguir tem como tema a inserção dos psicólogos no Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Famílias e Indivíduos - PAEFI, enfocando suas atuações clínicas e seus efeitos no cotidiano do serviço e como objetivo geral investigar e conhecer a atuação clínica do psicólogo no PAEFI, considerando as práticas discursivas nesse domínio, a partir da leitura de Lacan. Para tanto, o presente estudo começa por conhecer o campo do PAEFI e sua inserção na política de Assistência Social, através do levantamento de documentos produzidos pelo Governo Federal e pelo Sistema Conselhos de Psicologia, objetivando contextualizar a atuação do psicólogo no PAEFI, bem como apontar ao leitor as bases que provocaram a questão de nossa pesquisa. A seguir, fizemos um levantamento e estudo bibliográfico acerca da clínica psicológica/psicanalítica, a fim de conceituá-las, e articular com o trabalho que deve ser realizado PAEFI, segundo as orientações da Política, bem como tratamos da teoria dos discursos/laço social em Lacan. Realizamos o estudo de um caso crônico do PAEFI, de um dos CREAS do município de Betim, a fim de investigar como as(os) psicólogas(os) têm orientado suas intervenções junto aos usuários da Assistência Social e se estas alcançam os objetivos preconizados pela política. Finalmente, identificamos, a partir do estudo de caso e da escuta do profissional, qual (is) dos quatro discursos lacanianos opera(m) no acompanhamento psicossocial ofertado pelo PAEFI pesquisado, a fim de analisar os fenômenos que se apresentaram durante a pesquisa.

Palavras-chave: Assistência Social; clínica; psicanálise; violência.

ABSTRACT

The following research has as theme the insertion of psychologists in the Families and Individuals Protection and Assistance Service – (PAEFI), focusing their clinical practices and their daily effects on the Service and, as general aim, to investigate and cognize the clinical practice of the psychologist in the PAEFI, considering the discursive practices in this domain, based on Lacan's work. For such, the present study starts from cognizing the PAEFI field and its insertion in the Social Assistance Policy, through the collection of documents elaborated by the Federal Government and the Psychology Council System, aiming to contextualize the psychologist's practice in the PAEFI, as well as to show the reader the foundations that arouse our research question. Next, a bibliographic study collection was made on the psychological/psychoanalytical clinic, so as to conceptualize them and articulate with the work to be accomplished by the PAEFI, according to the Policy orientations. Also, we address the discourse/social bond concepts in Lacan. We developed the study of a chronicle case of the PAEFI, of one of the CREAS (Social Assistance Specialized Reference Center) in Betim city, so as to investigate how the psychologist(s) have been orienting their interventions with the Social Assistance users and if such interventions reach the objectives recommended by the Policy. Finally, we identified, based on the case study and the professional listening, which of the four discourses in Lacan operate in the psychosocial attendance offered by the researched PAEFI, aiming to analyze the phenomenon that emerged during the research.

Keywords: Social Assistance; Clinic; Psychoanalysis; Violence.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO ____ **17**
2 QUESTÕES PRELIMINARES: sobre o campo e sobre o fazer ____ **23**
2.1 A Assistência Social no Brasil, hoje ____ **23**
2.2 A entrada da Psicologia na Assistência Social ____ **35**
2.3 O fazer *psi* no SUAS ____ **40**
3 CLÍNICA E DISCURSO ____ **51**
3.1 Clínica, Psicoterapia e Psicanálise ____ **51**
3.2 O Analista na Instituição ____ **60**
3.3 A Constituição do Laço Social ____ **66**
3.3.1 Os Quatro Discursos Radicais ____ *73*
3.3.2 Uma Exceção aos Discursos Radicais: o Discurso do Capitalista ____ *79*
4 O DISCURSO DO ANALISTA E SUAS (IM)POSSIBILIDADES NO PAEFI: o estudo de um caso crônico ____ **84**
4.1 O Caso Social ____ **85**
4.2 A Construção do Caso Clínico ____ **92**
4.2.1 A Clínica da Psicose ____ *99*
4.2.2 A Psicose no Laço Social ____ *102*
4.3 Uma Clínica Feita por Muitos ____ **106**
5 CONCLUSÃO ____ **109**
REFERÊNCIAS ____ **112**

1 INTRODUÇÃO

Se, em seu surgimento a Psicologia estava restrita aos consultórios privados e às elites, desde as últimas décadas, o que percebemos é um grande crescimento das áreas de atuação das (os) psicólogas (os). O processo de redemocratização brasileiro, os questionamentos da categoria profissional a respeito de suas contribuições para a transformação social e o esvaziamento dos consultórios devido à crise econômica vivenciada no fim da ditadura militar, tiveram como resultado a entrada da Psicologia nas políticas públicas, dentre elas a de Assistência Social.

Para além da questão corporativista, isto é, para além dos diversos meios de se inserir no mercado de trabalho, a discussão tem avançado para a questão do compromisso ético-político da Psicologia, tendo esta se deparado com a insuficiência do modelo clínico tradicional diante das demandas que se apresentam na contemporaneidade.

Dentre vários outros avanços, e em consonância com os movimentos de redemocratização do país, a Constituição de 1988 eleva a Assistência Social ao *status* de direito do cidadão e dever do Estado, fazendo parte do tripé da Seguridade Social, ao lado das políticas de Saúde e Previdência Social, o que foi ratificado pela LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social – em 1993. Entretanto, tal legislação não foi suficiente para romper com o ranço de caridade e de favor destinado às classes mais pobres como forma de elevação moral e/ou religiosa daqueles economicamente favorecidos. Na tentativa de mudar tal paradigma e construir outro modo de fazer assistência no país, em 2005, se institui o Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

Sob a égide desta nova orientação – o SUAS – serviços, programas, projetos e benefícios passaram a ser organizados sob a ótica das hierarquias de complexidade, passando a estar divididos em duas Proteções Sociais: Básica e Especial.

A Proteção Social Básica tem como objetivo o enfrentamento das vulnerabilidades sociais, o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, atuando na prevenção de situações de risco pessoal e social. A Proteção Social Especial tem como foco o tratamento das situações de risco pessoal e social, minimizando seus efeitos e evitando as reincidências.

Logo, percebe-se que a política de Assistência Social sofreu modificações desde a promulgação da Constituição Cidadã, ampliando seu escopo de atuação, entendendo que seu

objeto de intervenção ultrapassava a questão da pobreza material, envolvendo o cuidado com os vínculos familiares e comunitários, bem como o enfrentamento de situações de violência, primando pela profissionalização do campo, bem como pela interdisciplinaridade.

Na última década, a presença das (os) psicólogas (os) tornou-se obrigatória na Assistência Social e sua atuação tem sido amplamente discutida, carecendo, ainda, de estudos, por estar em construção.

De um lado, trata-se de um campo eminentemente do Serviço Social, com forte influência marxista, que teme a psicologização dos fenômenos sociais, insistindo na premissa de que "o psicólogo não pode fazer clínica na Assistência Social". De outro, não há um consenso entre as (os) psicólogas (os) sobre os modos de fazer Psicologia na Assistência, reforçando as dicotomias sujeito/sociedade, clínica/social, clínica/política, individual/coletivo, entre outras.

Parece-nos que, diante da impossibilidade de transpor o modelo do consultório para o campo da Assistência Social, muitas (os) psicólogas (os) sentem que ali fazem outra coisa que não é a Psicologia. Em várias situações, tais como encontros de capacitação, eventos, reuniões com instituições parceiras, entre outras, é dito pelos profissionais que atuam nos diversos equipamentos que executam a política de Assistência Social, inclusive, por psicólogas (os), que "o psicólogo não pode fazer clínica na Assistência Social".

Na Secretaria Municipal de Assistência Social de Betim, por volta de 2004-2005, alguns profissionais da Psicologia e do Serviço Social começaram a se questionar a respeito das contribuições das (os) psicólogas (os) neste campo. Tal questionamento foi levado em um espaço de discussão e estudo que tinham em comum nesta Secretaria, já extinto há alguns anos, denominado "Clínica do Social" – título que faz referência ao trabalho de mesmo nome, escrito por Célio Garcia, em 2000. Entretanto, nos parece que os rumos tomados pela discussão desconsideraram a lógica da interdisciplinaridade e se enveredaram pela lógica da disputa de mercado de trabalho, culminando na divisão de atribuições ditas exclusivas de cada profissão. Com a alta rotatividade do corpo técnico, devido aos precários vínculos empregatícios diante da ausência de concurso público, esta discussão retorna sempre que há contratação de novo quadro de recursos humanos, que acaba solicitando uma atuação multidisciplinar e não interdisciplinar, conforme preconizado pela Política.

Pode-se observar que, em se tratando de especificar as funções das (os) psicólogas (os), as normativas, de modo geral, se preocupam mais em dizer o que elas (es) não devem

fazer, que aquilo que podem fazer. Ainda, nos documentos produzidos pelo Governo Federal, são tratados como se fossem sinônimas as categorias caráter terapêutico, psicoterapia e práticas clínicas, aproximando-as de uma psicologia a-crítica, adaptacionista e patologizante. Fazer clínica seria algo pejorativo na Assistência Social?

Tanto nas publicações do MDS – Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome – quanto e, principalmente, naquelas do sistema Conselhos de Psicologia, as seguintes questões nos preocupam: priorizar o atendimento em grupo garante a mudança de paradigma? Atender o sujeito individualmente significa culpabilizá-lo e desconsiderar seu contexto?

Sabemos que a clínica psicológica é herdeira da clínica médica e que isto não é sem consequências. Ou seja, também os psicólogos adotaram um modelo de intervenção no qual se observa o que é patológico a fim de definir e indicar um tratamento, o que acarretou em práticas de controle, higienização e de manutenção do *status quo*.

Parece-nos que a resistência à clínica psicológica na Assistência Social possa estar relacionada com este histórico. Entretanto, é preciso avançar. Não estamos desconsiderando seu passado disciplinar, porém, também não podemos negar que, na atualidade, grandes esforços têm sido empreendidos a fim de romper com este tipo de prática.

Diante da amplitude da Política de Assistência Social, nosso recorte será junto à Proteção Social Especial de Média Complexidade, no Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI, cujo público-alvo é composto por famílias e indivíduos que vivenciam violações de direitos por ocorrência de: violência física, psicológica, sexual, negligência/abandono, afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medidas judiciais, tráfico de pessoas, situação de rua e mendicância, vivência de trabalho infantil, discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia, entre outros.

Como trabalhadora da Política Pública de Assistência Social venho, já há algum tempo, me questionando não só sobre as contribuições da Psicologia, mas, também, da Psicanálise neste campo, visto que é esta a teoria que orienta minha prática e, que, portanto, orienta esta pesquisa.

Diante da afirmação de que "o psicólogo não pode fazer clínica na Assistência Social", questionamos: Como as (os) psicólogas (os) do PAEFI têm se posicionado diante disto? Em que posição os usuários atendidos chegam ao serviço? Como os técnicos se

posicionam diante deles? Quais enlaçamentos são possíveis e quais se aproximam mais do objetivo do serviço, que é a superação da violação de direitos?

O que temos observado, na prática, é que a despeito de inúmeros encaminhamentos e de anos de acompanhamento, muitas famílias não superam a situação de vulnerabilidade e, ainda, sofrem com agravamento das situações de violência intrafamiliar. Estes casos são considerados casos crônicos. De maneira alguma, pretendemos afirmar que a Assistência Social produza/provoque a violência. O nosso impasse é: por que a despeito de todos os encaminhamentos, de toda tentativa de atender às demandas do usuário, de todo o esforço para a promoção de direitos, a violência permanece?

Inferimos que os casos crônicos são casos que não foram "escutados": há o acesso ao universal do direito, mas não se sabe nada do sujeito em questão. Enquanto não se oportuniza o espaço para sua crônica, o sujeito se apresenta como um caso crônico.

Nossa concepção é a de que atuar clinicamente exige tanto a inclusão do sujeito no processo, quanto aprender com ele os caminhos para a intervenção que, portanto, será particularizada a cada caso. Portanto, não estamos falando de prescrever o tratamento adequado a cada sintomatologia, mas, sim, de oferecer ao sujeito os instrumentos necessários para que ele se reposicione diante de seu sofrimento, saindo do lugar de queixa. O analista não negará aos usuários o acesso aos direitos, mas, irá questionar a relação que se estabelece aí, particularizando a escuta do caso. Compreendemos que tal proposta é convergente com as diretrizes do Serviço.

Fazer clínica, portanto, trata-se de exercer uma escuta sensível, que não espera o óbvio. É este instrumento que permitirá que o profissional detecte qual a posição do sujeito diante de seu sintoma e quais as potencialidades de que ele dispõe para reposicionar-se.

É importante destacar que a clientela do PAEFI vem encaminhada, na maioria das vezes, por instâncias jurídicas – das quais podemos citar os Conselhos Tutelares, a Promotoria da Infância e Juventude, a Promotoria do Idoso e da Pessoa com Deficiência, o Juizado Especial/Vara da Infância, a Delegacia de Atenção à Mulher – que, por sua vez, são acionadas pelo Outro, que detecta uma violência. Não se trata, portanto, de um local que atende à demanda espontânea, mas, que recebe casos encaminhados a partir da intervenção de uma lei que obriga vítima e, em alguns casos, também os agentes violadores, a serem atendidos. Assim, apostamos que uma escuta qualificada tentará identificar o que é impossível de ser

suportado pelo sujeito encaminhado para que o acompanhamento tenha outro lugar que não o de obrigatoriedade.

Acreditamos que a compreensão do lugar do analista na instituição deve partir da verificação dos diferentes lugares que o sujeito pode ocupar no laço social. Por este motivo, interessa-nos saber quais são os laços sociais estabelecidos entre técnicos e usuários no PAEFI: Quais discursos circulam em uma instituição onde não se pode fazer clínica? Quais as consequências disto para os usuários e trabalhadores do serviço, sobretudo para as (os) psicólogas (os)? Podemos afirmar que fazer clínica é tratar o outro como sujeito? Poderia o técnico do PAEFI agenciar o discurso do analista?

Certos de que o modelo tradicional de clínica não é eficaz diante dos casos que são alvo desta política pública e de que a maior contribuição da Psicologia é a escuta clínica, entendida aqui como um posicionamento ético que inclui o sujeito, em sua singularidade, esse estudo tem como tema a inserção das (os) psicólogas (os) no PAEFI, enfocando suas atuações clínicas e seus efeitos no cotidiano do serviço.

Além de pesquisa documental e teórica, foi realizada pesquisa de campo em um dos dois CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social – do município de Betim/MG, onde fizemos o estudo de um caso crônico, escolhido pela equipe de trabalhadores.

No primeiro capítulo, versamos sobre a Política Pública de Assistência Social, objetivando contextualizar a atuação das (os) psicólogas (os) no PAEFI, bem como apontar ao leitor as bases que provocaram a questão de nossa pesquisa.

No capítulo seguinte, abordamos as questões concernentes às concepções de clínica psicológica e clínica psicanalítica, dialogando com os objetivos do trabalho social com famílias no PAEFI, bem como tratamos da teoria dos discursos/laço social em Lacan.

No último capítulo, realizamos o estudo de um caso crônico, com o objetivo de identificar quais os discursos que circulam no acompanhamento psicossocial em questão e quais as consequências disto para o cumprimento dos objetivos preconizados pela Política.

Nossa aposta passa pela inserção da Psicologia em seu viés clínico, pois acreditamos que a escuta e o acolhimento das questões subjetivas no âmbito da Assistência Social, podem deslocar os usuários e os técnicos do assistencialismo para a promoção social.

Entendemos que a discussão em torno da clínica psicológica no PAEFI e das possíveis contribuições da psicanálise podem colaborar para o avanço da Política de Assistência Social

no enfrentamento das violações de direitos e na transformação da realidade social, bem como para o diálogo entre a psicanálise e outros campos de conhecimento.

Assim, esperamos que este estudo promova uma ressignificação da prática clínica na política pública em questão, podendo auxiliar tanto na formação das (os) futuras (os) psicólogas (os), quanto para o trabalho das (os) colegas que já atuam na área e têm suas inquietações.

2 QUESTÕES PRELIMINARES: sobre o campo e sobre o fazer

2.1 A Assistência Social no Brasil, hoje

Dentre vários outros avanços e em consonância com os movimentos de redemocratização do país, a Constituição de 1988 eleva a Assistência Social ao *status* de direito do cidadão e dever do Estado, incluindo-a no tripé da Seguridade Social, ao lado das políticas de Saúde e Previdência Social, o que foi ratificado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS – em 1993. Isto é, existiam ações ditas de assistência social, porém, não existia uma política pública de Assistência Social:

> Até 1988, a assistência social no Brasil não era considerada política pública de garantia de direitos do cidadão e dever do Estado. Apesar de existir desde o Brasil Colônia, por meio de ações de amparo e da filantropia aos abandonados, a sua ação era pautada por "valores e interesses que se confundiam com dever moral, vocação religiosa ou sentimento de comiseração". (PEREIRA, 2007). No início da república, a assistência social era compreendida a partir da higiene pública e foi criado um complexo tripé médico-jurídico-assistencial de intervenção na vida familiar, que propunha controle e segregação daquelas famílias que não se adaptavam ao projeto civilizatório moralista que se desenhava no país (RIZZINI, 1997). Nos períodos seguintes, assistiu-se na área a hegemonia de ações e políticas compensatórias que pudessem apenas minimizar as carências da população, a partir de concepções populistas e clientelistas que visavam ganhos eleitorais. Na década de 70, com a ditadura militar, o modelo de atendimento na assistência social seguia a ideologia da Doutrina de Segurança Nacional, uma estratégia de aproximação de lideranças comunitárias e políticas a partir de sua "obra social', incentivando em larga escala, ações ofertadas através de convênios com organizações não governamentais, sem preocupação com a qualidade do atendimento, mas com o controle das comunidades (ROSEMBERG, 1997). (CFP/CREPOP, 2013, p.29)

Entretanto, tal legislação não foi suficiente para romper com o ranço de caridade e de favor destinado às classes mais pobres como forma de elevação moral e/ou religiosa daqueles economicamente favorecidos, que precisam garantir seu lugar nos céus. A este respeito, nos lembram Miranda e Cunha (2008):

> A política de Assistência Social, dentre as políticas sociais brasileiras, é uma das quais mais se tem desenvolvido, em termos de estruturação legal, conceitual e operacional após a promulgação da Constituição Federal de 1988. O objetivo dos avanços é transformar os direitos que foram constitucionalizados em garantias reais, concretas, presentes no cotidiano de crianças e adolescentes, idosos, pessoas com deficiência, mulheres, migrantes, população com trajetória de vida na rua. Pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade social e/ou pessoal e que, por isso, necessitam de forma continuada ou temporária de promoção ou proteção de seus direitos. (MIRANDA & CUNHA, 2008, p.294).

Contudo, observamos que este desenvolvimento não foi linear: durante os anos 1990 e início dos anos 2000, a Assistência Social brasileira, nas palavras de Macedo et. al (2011):

> [...] foi marcada em todo este período por um conjunto de ações fragmentadas, desarticuladas e sobrepostas, devido à pulverização de seus segmentos em vários setores ministeriais, e devido à sua fragilidade institucional, retomou o caráter imediatista, sem muito impacto ou efetividade quanto às questões sociais. (MACEDO et. al, 2011, p.481)

Para Yamamoto e Oliveira (2010), este período de adormecimento no campo da Assistência Social e de não consolidação do que a Carta Magna previa, se deveu ao fato de que, "nesse período, o Brasil ainda encontrava-se num momento de redefinição dos seus rumos políticos e preparava-se para a sua primeira eleição direta após 21 anos de ditadura militar" (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010, p. 17), sendo necessária a ocorrência do pleito para que o governo pautasse a questão.

No entanto, a pauta da Assistência Social em um governo neoliberal não fora tomada de maneira a concretizar o previsto na LOAS:

> Ao final do governo FHC, o Brasil havia estruturado uma rede de proteção social ampla, fragmentada e com programas que se sobrepunham e concorriam uns com os outros por financiamento. As políticas eram focalizadas, não universais, e os recursos, insuficientes para retirar os beneficiários dos níveis de pobreza em que se encontravam. (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010, p. 17)

Se, por um lado, a legislação é insuficiente para uma transformação cultural acerca da concepção de assistência, por outro, ela é estritamente necessária. Assim, na tentativa de materializar a mudança do paradigma do favor, para o do direito e de construir outro modo de fazer assistência no país, nova legislação é criada.

Através da publicação da Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004, que versa sobre a Política Nacional de Assistência Social – PNAS, se implanta o SUAS – Sistema Único de Assistência Social (quinze anos após o SUS – Sistema Único de Saúde), cuja institucionalidade foi definitivamente assegurada seis anos depois, através da Lei nº 12.435 de 06 de julho de 2011. Ressalta-se que a PNAS é fruto de uma discussão coletiva, com ampla participação de diversos setores da sociedade, cujo objetivo principal é dar

materialidade às diretrizes já preconizadas na LOAS, cujo texto legal foi adequado ao SUAS em 2011.

O texto de apresentação/introdução da PNAS/SUAS reforça a necessidade de distinguir o novo modelo daquelas ações assistenciais praticadas em um passado não muito remoto:

> Muitos, às vezes e ainda, confundem a assistência social com clientelismo, assistencialismo, caridade ou ações pontuais, que nada têm a ver com políticas públicas e com o compromisso do Estado com a sociedade. (BRASIL, 2004, p.11)

Neste sentido, a implantação da nova política tem como bandeira uma certa "profissionalização" da Assistência, aumentando sua eficiência, eficácia e efetividade. Consequentemente, passam ser três as funções da Assistência Social: a proteção social, a vigilância socioassistencial e a defesa dos direitos, como nos aponta a LOAS (1993):

> Art. 2º A assistência social tem por objetivos:
> I - a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente:
> a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
> b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;
> c) a promoção da integração ao mercado de trabalho;
> d) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; e
> e) a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família
> II - a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos;
> III - a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais.
> Parágrafo único. Para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais. (BRASIL, 1993)

Sob a égide desta nova orientação – o SUAS – serviços, programas, projetos e benefícios passaram a ser organizados sob a ótica das hierarquias de complexidade, passando a estar divididos em duas Proteções Sociais: Básica e Especial. Também as entidades não governamentais que prestam serviços assistenciais, passam a fazer parte do Sistema, devendo seguir seus preceitos, sob pena de não obterem autorização de funcionamento e/ou financiamento estatal. O SUAS é composto, ainda, pelos Conselhos

Nacional, Estaduais e Municipais de Assistência Social (CNAS, CEAS e CMAS, respectivamente), cuja principal função é o controle social.

Torna-se fundamental compreender o conceito de Proteção Social, visto que o Sistema de Seguridade Social – Assistência Social, Saúde e Previdência Social – constitui-se como um Sistema de Proteção Social. Considerando o objeto deste estudo, não trataremos aqui da vigilância socioassistencial ou da defesa de direitos, pormenorizadamente.

Segundo Di Giovanni, citado por Brasil (2004), entende-se por Proteção Social as formas:

> [...] institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros. Tais sistemas decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio, as privações. (...) Neste conceito, também, tanto as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais (como a comida e o dinheiro), quanto os bens culturais (como os saberes), que permitirão a sobrevivência e a integração, sob várias formas na vida social. Ainda, os princípios reguladores e as normas que, com intuito de proteção, fazem parte da vida das coletividades. (BRASIL, 2004, p.25).

Assim, um Sistema de Proteção Social tem como propósito proporcionar àqueles que, por diversos motivos, sofrem privações em algum momento de sua vivência, condições de acessar os mínimos necessários à manutenção da vida, da saúde e da renda, através da prestação de serviços e/ou concessão de benefícios.

De acordo com as prerrogativas legais, "a proteção social deve garantir as seguintes seguranças: segurança de sobrevivência (de rendimento e de autonomia); de acolhida; de convívio ou vivência familiar". (BRASIL, 2004, p. 31)

Cabe destacarmos que, na tentativa de se romper com práticas cujos interesses são meramente eleitoreiros e/ou de manutenção do *status quo*, bem como com práticas moralistas e higienistas, a provisão destas seguranças está intrinsecamente relacionada (ou mesmo traduz) aquilo que está descrito nos princípios e nas diretrizes do SUAS, previstos na LOAS[1], como veremos a seguir.

---

[1] Art. 4º A assistência social rege-se pelos seguintes princípios:

I - supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;

II - universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;

III - respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;

A segurança de sobrevivência (rendimento e autonomia) objetiva suprir as necessidades daqueles que, por desemprego, ciclo de vida, deficiência incapacitante ou outras adversidades, não consigam arcar temporária ou definitivamente com sua alimentação e não tenham familiares que possam fazê-lo, devendo, contudo, primar pelo desenvolvimento da autonomia dos usuários de modo que eles possam ter outros meios de obtenção de renda e de acesso aos demais direitos relacionados à sobrevivência.

A segurança de acolhida pode ser entendida tanto na perspectiva do direito de ser recebido enquanto cidadão – e não objeto de caridade – nas unidades que desenvolvem os serviços de Assistência Social, as quais devem estar bem estruturadas e contar com profissionais éticos e bem qualificados, quanto na capacidade da política de ofertar serviços de proteção integral àqueles que não têm condições de prover um teto ou que precisam ser afastados do convívio familiar por aplicação de Medidas de Proteção ou Socioeducativas.

Por fim, a segurança de vivência familiar ou de convívio, parte do pressuposto que a pobreza, por si só, não é motivo de afastamento dos membros de uma família, como já o fora. Compreende-se que, *a priori*, a família é o *lócus* privilegiado de socialização e de subjetivação, sendo objeto de intervenção do Estado as situações em que a convivência viola mais direitos que o afastamento do convívio. Ainda assim, a política trabalhará para tentar reverter tal situação, promovendo o retorno familiar sempre que possível.

A vigilância socioassistencial tem como principal tarefa a produção e a análise de dados que permitam avaliar o alcance da política, qualificando a prestação de serviços. A defesa de direitos está relacionada ao preceito de que a Assistência Social, em si mesma, não é capaz de promover a cidadania, devendo promover ao usuário o acesso a outros direitos sociais, de responsabilidade de outras políticas públicas setoriais.

IV - igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;

V - divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão.

Art. 5º A organização da assistência social tem como base as seguintes diretrizes:

I - descentralização político-administrativa para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e comando único das ações em cada esfera de governo;

II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;

III - primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo.

Passaremos, então, aos conceitos de situação de vulnerabilidade social e situação de risco pessoal e/ou social e sua relação com a organização das proteções sociais no SUAS, pois, como Romagnoli (2015) sinaliza: "[...] os conceitos de "vulnerabilidade social" e "risco" se colocam como conceitos estruturantes dessa política, com assiduidade em seus documentos e em seu cotidiano de trabalho". (ROMAGNOLI, 2015, p. 450-451)

Segundo Brasil (2004), configuram-se como situações de vulnerabilidade social, aquelas que possam desencadear processos de exclusão social, tais como a "pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso a serviços públicos) e/ou fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiência, dentre outras)". (BRASIL, 2004, p.33)

Nessa perspectiva, as contribuições de Bronzo (2009) são esclarecedoras. A primeira questão levantada pela autora está relacionada com a necessidade de diferenciar a vulnerabilidade da pobreza: "Nem todos os que se encontram em situação de vulnerabilidade são pobres – situados abaixo de alguma linha monetária de pobreza –, nem todos os pobres são vulneráveis da mesma forma". (BRONZO, 2009, p. 172)

Trata-se de conceber que determinadas condições podem ampliar ou reduzir a capacidade de indivíduos e famílias de lidar com situações adversas. Por esse ângulo, a pobreza, embora não seja sinônimo de vulnerabilidade, pode afetar as possibilidades de enfrentamento de uma determinada circunstância. Nas palavras de Romagnoli (2015):

> [...] a vulnerabilidade se associa à pobreza, mas não se reduz a ela, consistindo, de fato, em uma soma de vulnerabilidades diversas. Nessa associação, a baixa renda, a ausência ou a precariedade de trabalho, o acesso precário a serviços básicos e a condições básicas de vida são aspectos produtores de vulnerabilidade. Essas situações podem se referir também ao ciclo vital em situações que podem debilitar, tais como: a vulnerabilidade de crianças e adolescentes, idosos e pessoas com deficiência. Assim, esse conceito se refere a condições "desfavoráveis" dadas, remetendo às dimensões objetivas de exclusão social. (ROMAGNOLI, 2015, p. 451)

Por conseguinte, entende-se que "as situações de vulnerabilidades sociais podem culminar em riscos pessoais e sociais, devido às dificuldades de reunir condições para preveni-los ou enfrentá-los". (BRASIL, 2011, p. 14)

Portanto, os conceitos de vulnerabilidade e risco se articulam: "quanto mais vulnerável for uma família, mais ela pode se expor a riscos" (ROMAGNOLI, 2015, p. 451).

Em Bronzo (2009) vamos encontrar o seguinte esclarecimento:

> Por riscos entende-se uma variedade de situações que englobam os riscos naturais (como terremotos e demais cataclismos), os riscos de saúde (doenças, acidentes, epidemias, deficiências), os riscos ligados ao ciclo de vida (nascimento, maternidade, velhice, morte, ruptura familiar), os riscos sociais (crime, violência doméstica, terrorismo, gangues, exclusão social), os riscos econômicos (choques de mercado, riscos financeiros), os riscos ambientais (poluição,desmatamento, desastre nuclear), os riscos políticos (discriminação, golpes de estado, revoltas), tal como sistematizados pela unidade de proteção social do Banco Mundial. Os indivíduos e as famílias posicionam-se diferentemente quanto à capacidade de resposta aos riscos e às mudanças do entorno. (BRONZO, 2009, p. 173)

Já, Brasil (2004) define como situação de risco as "diferentes formas de violência advindas do núcleo familiar" (BRASIL, 2004, p.27), as quais serão citadas em momento oportuno.

Nesta seara, Romagnoli (2015) entende que se o conceito de vulnerabilidade nos reporta às condições objetivas, o conceito de risco aponta para uma dimensão subjetiva: "[...], ou seja, diante de uma mesma situação objetiva de vulnerabilidade, os indivíduos correm maior ou menor risco, de acordo com suas capacidades subjetivas de agir e reagir a esses eventos" (ROMAGNOLI, 2015, p. 451).

Corroborando com esta ideia, Bronzo (2009) afirma que:

> Vulnerabilidade relaciona-se, por um lado, com a exposição ao risco e, por outro, com a capacidade de resposta, material e simbólica que, indivíduos, famílias e comunidades conseguem dar para fazer frente ao risco ou ao choque (que significa a materialização do risco). As políticas e os programas inserem-se nesse campo como elementos que podem fortalecer a capacidade de resposta das famílias e de seus membros e reduzir-lhes a vulnerabilidade. (BRONZO, 2009, p.173)

A resposta do indivíduo/família ao risco será diferente se abordado antes ou depois de sua ocorrência, podendo, então, ser prevenido, reduzido, mitigado ou superado (BRONZO, 2009), o que nos auxilia a apreender a lógica de atendimento/acompanhamento no SUAS.

> Assim, as vulnerabilidades sociais e riscos sociais e pessoais, por violação de direitos se expressam e têm significados variados, de acordo com as características de cada território. Estes conceitos – território, vulnerabilidades sociais, riscos sociais e pessoais, por violação de direitos - são fundamentais na definição dos usuários, das competências e ações no âmbito da prevenção e da atenção especializada no SUAS. (BRASIL, 2011, p.15)

Ao falar das diferentes expressões e significados das vulnerabilidades e dos riscos, estamos levando em conta que ambos devem ser compreendidos em um contexto de

profundas desigualdades sociais, construídas e produzidas social e historicamente, em nosso país. Sobre este assunto, Romagnoli (2015) nos adverte que se não considerarmos que a desigualdade social é produzida pelo sistema capitalista, os conceitos de vulnerabilidade e risco podem acabar sendo utilizados "em prol de uma naturalização da miséria para uma parcela da população" (ROMAGNOLI, 2015, p. 452)

Nesta trilha, Bronzo (2009) nos recorda que as diferentes concepções de pobreza levam as políticas públicas a pensarem diferentes formas de intervenção, isto é, se a questão for abordada pelo aspecto monetário ou pela falta material, a resposta sempre será pela via da concessão de benefícios. Em suas palavras:

> Sem se estender muito, é suficiente afirmar que os enfoques mais tradicionais, como o enfoque monetário da pobreza e a perspectiva das necessidades básicas insatisfeitas, concentram-se nos **resultados**, enquanto a abordagem afinada com a concepção de vulnerabilidade orienta-se para os **processos**, examinando as estratégias que as famílias utilizam para lidar com os riscos e a queda de bem estar. (BRONZO, 2009, p. 172)

Enfim, a Assistência Social possui, hoje, outro objeto e outro método. Somente a partir destas premissas podemos compreender os motivos pelos quais o SUAS aposta no acompanhamento familiar como metodologia de intervenção: estamos considerando que o enfrentamento da pobreza e das situações de vulnerabilidade passa pelo reconhecimento das estratégias que cada um tem de enfrentar as adversidades, ou seja, há que se considerar para além da realidade dada, as subjetividades, o que, por sua vez, nos permite justificar a presença da Psicologia neste campo. Por isso, a Assistência Social passou a intervir nas relações, traduzidas como vínculos familiares e comunitários, tendo a centralidade na família como eixo norteador das ações do SUAS:

> A centralidade das ações na família visa compreender, em um determinado contexto, como se constroem e se expressam as relações familiares entre seus membros. Essa perspectiva não visa responsabilizar a família e seus componentes no tocante às vicissitudes que vivenciam no seu cotidiano, mas contextualizar a situação vivida e recolocar o papel do Estado como provedor de direitos por meio das políticas sociais, fornecendo instrumentos de apoio e sustentação necessários para a proteção social das famílias. (BRASIL, 2011, p.33)

Dito isto, os dois níveis de Proteção Social previstos no SUAS possuem competências e objetivos diferentes, os quais estão diretamente relacionados às situações de vulnerabilidade e risco sociais: as situações de vulnerabilidade são referenciadas na

Proteção Social Básica – PSB – que, por sua vez, trabalha na perspectiva de prevenir as situações de risco. Já, as situações de risco, são referenciadas na Proteção Social Especial – PSE, que se divide em dois outros níveis de complexidade: Média e Alta.

A unidade estatal de referência da PSB é o CRAS – Centro de Referência de Assistência Social – que para cumprir seu objetivo, atuará no "desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários". (BRASIL, 2004, p.27).

Logo, a Proteção Social Especial - PSE, segundo Brasil (2004):

> [...] é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócio-educativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, dentre outras. (BRASIL, 2004, p.31).

No que se refere à divisão entre PSE de Média Complexidade e PSE de Alta Complexidade, a mesma está posta pela situação dos vínculos familiares e/ou comunitários: se não estão totalmente rompidos, serão alvo da Média Complexidade. Se já o foram, da Alta Complexidade. Nas palavras do órgão gestor:

> São considerados serviços de média complexidade aqueles que oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos. [...] Os serviços de proteção social especial de alta complexidade são aqueles que garantem proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e, ou, em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e, ou, comunitário. (BRASIL, 2004, p.38)

Os serviços da Proteção Social Especial de Média Complexidade são executados no CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social – e no Centro POP – Centro de Referência Especializado para a População de Rua.

São serviços da Proteção Social Especial de Alta Complexidade: Serviço de Acolhimento Institucional (abrigo institucional, casas-lares, casa de passagem e residência inclusiva); Serviço de Acolhimento em República; Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora e Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências, cuja característica comum é a oferta de proteção integral, 24 horas.

Não sendo objeto desta pesquisa apresentar cada um dos serviços da Política em questão, retomaremos nosso foco, pressupondo que os exemplos citados foram fundamentais para o entendimento do leitor quanto a este novo modelo de gestão de serviços, programas, projetos e benefícios.

Dentre os diversos serviços ofertados pela PSE de Média Complexidade, no CREAS, o único cuja oferta é obrigatória, segundo o caderno de Orientações Técnicas desta Unidade, é o PAEFI – Serviço de Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – objeto de nossos estudos.

Segundo Brasil (2014) – Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais – são destinatários do acompanhamento ofertado no PAEFI:

> Famílias e indivíduos que vivenciam violações de direitos por ocorrência de:
> Violência física, psicológica e negligência;
> Violência sexual: abuso e/ou exploração sexual;
> Afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida socioeducativa ou medida de proteção;
> Tráfico de pessoas;
> Situação de rua e mendicância;
> Abandono;
> Vivência de trabalho infantil;
> Discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia;
> Outras formas de violação de direitos decorrentes de discriminações/submissões a situações que provocam danos e agravos a sua condição de vida e os impedem de usufruir autonomia e bem estar;
> Descumprimento de condicionalidades do PBF[2] e do PETI[3] em decorrência de violações de direitos. (BRASIL, 2014, p.29)

É importante sublinhar que a clientela do PAEFI vem encaminhada, na maioria das vezes, por instâncias jurídicas[4] – das quais podemos destacar os Conselhos Tutelares, a Promotoria da Infância e Juventude, a Promotoria do Idoso e da Pessoa com Deficiência, o Juizado Especial/Vara da Infância, a Delegacia de Atenção à Mulher – que, por sua vez, são acionadas pelo Outro, que detecta uma violência. Não se trata, portanto, de um local que atende à demanda espontânea, mas, que recebe casos encaminhados a partir da intervenção

[2] Programa Bolsa-Família.
[3] Programa de Erradicação do Trabalho Infantil.
[4] O CREAS pode vir a ser acionado por outras instituições que compõem a rede, tais como os próprios CRAS ou outras Secretarias (Saúde, Educação, etc.). Entretanto, as instâncias jurídicas são acionadas ao mesmo tempo, emitindo seu encaminhamento sob o viés da responsabilização.

de uma lei que obriga vítima e, em alguns casos, também os agentes violadores[5], a serem atendidos.

As consequências da articulação entre o trabalho social com famílias e o discurso jurídico, serão abordadas posteriormente.

Ainda, segundo a Tipificação, o acompanhamento ofertado pelo PAEFI tem como objetivos:

> Contribuir para o fortalecimento da família no desempenho de sua função protetiva;
> Processar a inclusão das famílias no sistema de proteção social e nos serviços públicos, conforme necessidades;
> Contribuir para restaurar e preservar a integridade e as condições de autonomia dos usuários;
> Contribuir para romper com padrões violadores de direitos no interior da família;
> Contribuir para a reparação de danos e da incidência de violações de direitos;
> Prevenir a reincidência de violações de direitos. (BRASIL, 2014, p.29)

Para alcançar tais objetivos:

> O desenvolvimento do trabalho social pelos Serviços do CREAS pressupõe **escuta qualificada** e compreensão da situação vivenciada por cada família/indivíduo, considerando seu contexto de vida familiar, social, histórico, econômico e cultural. A construção de projetos de vida e de novas possibilidades de relacionamento, com superação das situações adversas vivenciadas; a perspectiva do trabalho em rede para a atenção integral e o acesso a direitos; o desenvolvimento de potencialidades; e a **ressignificação de vivências** devem nortear a elaboração do Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar. (BRASIL, 2011, p.58, grifo nosso)

Sobre o Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar – PIA, o Guia de Orientação Nº 01 para o CREAS, lançado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS – em 2006, nos esclarece:

> O trabalho dos profissionais deverá partir do conhecimento das condições socioculturais da família, sua história, estrutura e valores, vinculação e formas de interação entre seus membros, a rede social de apoio com quem conta, entre outros aspectos considerados relevantes. Com base nessas informações, deverá ser construído, em conjunto com a família, um Plano de Trabalho que identifique as estratégias apropriadas à superação das situações de violações de direitos constatadas, pactuando responsabilidades e compromissos, definindo o tipo e

[5] Os agentes violadores são atendidos em duas situações específicas: se adolescentes, sob Medida Sócio-Educativa. Se adultos, quando ainda estão na convivência com a vítima e não houve nenhum tipo de responsabilização penal, excetuando-se os casos de violência contra a mulher e violência sexual infanto-juvenil, os quais não são atendidos em nenhuma hipótese, neste serviço.

> periodicidade de atendimento e as metas pretendidas. A implementação do Plano de Trabalho, com ações de orientação, apoio e proteção, poderá ser viabilizada por meio de abordagens individuais e grupais, visitas domiciliares, palestras, oficinas e outras técnicas [...]. (BRASIL, 2006, p.14)

Miranda e Cunha (2008) nos indicam que o leque de possibilidades de recursos a serem utilizados no acompanhamento psicossocial se deve ao fato de que o CREAS trata de situações complexas, de causalidades múltiplas e que, portanto, não podem ser abordadas da mesma forma. Mais do que isto, considerando que o foco do trabalho é a família e que esta atualmente se configura das mais diversas maneiras, uma intervenção bem sucedida só será possível se considerarmos as singularidades de cada uma delas. Nas palavras das autoras:

> A complexidade e multidimensionalidade da pobreza e as dificuldades que ela coloca para a superação das situações de violência contra crianças e adolescentes tornam inviável um modelo padronizado de intervenção nas redes de relações familiares. Cada família demanda estratégias, atividades, encaminhamentos e tempos diferenciados de intervenção; cada uma delas coloca desafios diferentes aos profissionais e a si mesmas, apresentando vulnerabilidades, riscos e potencialidades diversas. (MIRANDA & CUNHA, 2008, p. 307-8).

Percebe-se que o critério de inclusão no serviço é a vivência de algum tipo de violência e que para alcançar a superação de seus efeitos presume-se a necessidade de uma escuta qualificada, com a qual a Psicologia tem muito a contribuir.

Entretanto, Florentino (2014) afirma que o a atuação das (os) psicólogas (os) no CREAS "requer, necessariamente, a articulação dos saberes psicológicos com as demais categorias profissionais, haja vista que, [...] a ação interdisciplinar representa não só uma possibilidade viável, mas uma necessidade imperiosa ao se pensar na intervenção junto aos sujeitos" (FLORENTINO, 2014, p. 63)

Em concordância, Ribeiro et. al (2014) apontam que:

> Com o SUAS há a necessidade da consolidação da identidade do psicólogo como trabalhador da proteção social, o que apontaria a importância de mudanças no corpo conceitual e técnico da Psicologia e uma discussão sobre a abrangência de seu trabalho profissional. Uma vez que a atuação na proteção social demanda um trabalho articulado, em equipe multidisciplinar, com foco na matricialidade sociofamiliar e suas ações precisam fortalecer os vínculos familiares e comunitários. (RIBEIRO et. al, 2014, p.465)

Diante de tais apontamentos, verificamos que dentre os desafios colocados para a consolidação de uma política ainda em construção, temos também as dificuldades que a

Psicologia deve enfrentar para sobreviver neste campo. Passaremos, então, a analisar a inserção da Psicologia na Política e no serviço, a partir das normativas legais e teóricas do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS – e do sistema Conselhos de Psicologia – Conselhos Federal e Regional, a fim de contextualizar a origem dos impasses, bem como tentar enfrentá-los.

2.2 A entrada da Psicologia na Assistência Social

Se em seu surgimento, a Psicologia estava restrita aos consultórios privados e às elites, desde as últimas décadas, o que percebemos é um grande crescimento das áreas de atuação da profissão.

Se desde os anos 1970, "os psicólogos têm procurado construir uma nova relação da Psicologia com a sociedade brasileira" (MACEDO et. al, 2011, p.480), foi o processo de retomada da democracia, a partir de 1985, que deu o pontapé inicial para a politização da Psicologia, conforme demonstram Yamamoto e Oliveira (2010).

Nos anos 1980, além da tentativa de redefinição do seu papel na sociedade, os psicólogos também foram impulsionados a ocupar a política pública de saúde e o "terceiro setor" devido à crise financeira vivida no país após a falência do "milagre econômico": a diminuição do poder aquisitivo da classe média fez diminuir a demanda de atendimento psicológico particular, principal fonte de renda das (os) psicólogas (os) da época. (RIBEIRO et.al, 2014)

Na década de 1990, segundo Motta e Scarparo (2013), as possibilidades do exercício profissional das (os) psicólogas (os) nas políticas sociais se intensificaram e, de acordo com Macedo et. al. (2011), nos anos 2000 é que a inserção das (os) psicólogas (os) nas políticas públicas avança significativamente, o que podemos ilustrar com os dados a seguir:

> Enquanto que no SUS[6], conforme dados do CNES[7], são registrados mais de 2,7 milhões de empregos, no SUAS[8], nos últimos quatro anos, elevou-se de 140 mil para 220 mil o número de trabalhadores vinculados à Assistência". (MACEDO et.al, 2011, p.481)

[6] Sistema Único de Saúde.
[7] Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
[8] Sistema Único de Assistência Social.

Porém, Yamamoto e Oliveira (2010) comentam que trabalhar na Assistência Social não é novidade para a Psicologia:

> Mesmo antes desse novo modelo de proteção, há registros que indicam a presença de psicólogos desenvolvendo trabalhos em políticas focalizadas – como no caso de crianças e adolescentes, mulheres, idosos – ou práticas vinculadas a determinadas áreas decorrentes dos chamados "problemas sociais" – como a jurídica (Coimbra, 2003) e a familiar. Esse trabalho, embora existente há algum tempo, não foi sistematizado na literatura, fato que dificulta o estabelecimento de um marco para a entrada do profissional de Psicologia no campo. (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010, p. 19)

Por outro lado, "[...] se é possível estabelecer um marco de entrada, a estruturação do SUAS e de seus sistemas de proteção social básica e especial são a grande porta de entrada de psicólogos na assistência social". (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010, p.19)

Em 2006, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos – NOBRH/SUAS – inclui as (os) psicólogas (os) nas equipes do SUAS. Cinco anos depois, sua presença tornou-se obrigatória, a partir da Resolução nº17 do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS – de 17 de junho de 2011.

Para além da questão corporativista, isto é, para além dos diversos meios de se inserir no mercado de trabalho, a discussão tem avançado para a questão do compromisso ético-político da Psicologia, tendo esta se deparado com a insuficiência do modelo clínico tradicional, diante das demandas que se apresentam na contemporaneidade.

Motta e Scarparo (2013) identificaram, em pesquisa realizada no Rio Grande do Sul com psicólogas (os) que atuavam na Assistência Social, uma discrepância entre a formação acadêmica e a atuação nesta política.

Sobre a formação profissional, estas autoras relatam que, embora desde a década de 1960 já houvesse psicólogas (os) atuando em comunidades:

> [...] até os anos 1990, a mesma era marcada por ser tecnicista e fragmentada, sendo encaminhada para assegurar o domínio de técnicas de medida e avaliação, bem como atendimentos clínicos. A interface entre fenômenos psicológicos e sociais era desconsiderada. (MOTTA; SCARPARO, 2013, p. 232)

Ou seja, ainda que acontecessem experiências diversas à da formação tradicional, foi somente com a significativa presença das (os) psicólogas (os) em políticas sociais, cerca de

trinta anos depois, que a formação em Psicologia pode ser questionada e reformulada. Assim avaliam Yamamoto e Oliveira (2010):

> Pensar numa atuação que conjugue um posicionamento político mais crítico por parte dos psicólogos, com novos referenciais teóricos e técnicos que podem ou não partir dos já consolidados, mas que necessariamente, precisariam ultrapassá-los, é o grande desafio para a profissão no campo das políticas sociais em geral. (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010, p.21)

Silva e Carvalhães (2016) nos informam que o significativo aumento da inserção de psicólogas (os) nas políticas públicas, cujo público-alvo é majoritariamente composto por camadas baixas da população, tem provocado reflexões críticas sobre como o contexto social impacta a produção de subjetividades. Analogamente, práticas baseadas no individualismo e na interioridade, a-históricas, calcadas no pressuposto de que uma população heterogênea tenha uma visão homogênea da subjetividade, das relações e das vivências, passam a ser questionadas por seus efeitos patologizantes e adaptativos, apontando a necessidade de reinventar o fazer *psi.*

Todavia, Ribeiro et.al (2014) através de pesquisa realizada com 20 das (os) 27 psicólogas (os) que atuavam em 25 CREAS do Rio Grande do Norte à época, constataram que não basta a presença destes profissionais na área:

> [...] quase todos os profissionais apresentaram experiências possivelmente válidas para trabalhos com proteção especial. O que nos faz refletir se de fato estão sendo produzidas atividades realmente originais, e se os psicólogos estão, apesar de tudo, produzindo experiências e técnicas inovadoras, diferentes das práticas advindas da Psicologia Clínica tradicional. Uma possibilidade menos otimista é que estejam ocorrendo experiências sem embasamento teórico-metodológico, esparsas e sem coesão. (RIBEIRO et. al, 2014, p. 473)

Macedo et. al (2011) destacam que a fixação das (os) psicólogas (os) nas políticas públicas deveu-se a um movimento da própria categoria profissional em lutas sociais. Em contrapartida, quanto à entrada das (os) psicólogas (os) na Política de Assistência Social, Porto (2010), analisa que:

> [...] a entrada da Psicologia no contexto da política pública da Assistência Social não partiu de uma profunda e sistemática reflexão crítica, de caráter ético-político, conceitual, metodológico e profissional, mas de questões mais circunstanciais, como o fato de ser uma categoria com amplo espectro de atuação, com possibilidade de contribuir nos diferentes níveis de complexidade da proteção social. Além disso, seria um saber com muitas interfaces e campos compartilhados

> com o serviço social (o que historicamente gera muitos conflitos e tensões quando da atuação). Tanto é que o profissional de Psicologia, além de estar presente nas equipes de proteção social básica, integra também os serviços de proteção social especial (executados pelos Centros de Referência Especializada de Assistência Social – (CREAS), por exemplo, atuando com o que definem como "acompanhamento psicossocial"). (PORTO, 2010, p.10)

Assim, interpretamos que a entrada da Psicologia na Assistência Social está marcada por tensões: há um movimento de luta por uma Psicologia que denunciasse as desigualdades sociais promovidas por um sistema econômico e que trabalhasse para a transformação desta realidade; e um movimento deste mesmo sistema, ora criticado, que perpassa as relações de trabalho e sobrevivência destes profissionais, "empurrando-os" para intervir junto à outra clientela.

Concordamos com Ribeiro et. al (2014) quando dizem que "para pensar na consolidação e efetivação de uma política é importante levar em conta esse movimento dialético de forças [conflitos de interesses entre classes]" (RIBEIRO et. al, 2014, p.469). Por isto, não podemos ignorar que, de um lado, há uma disputa de poder entre psicólogas (os) e assistentes sociais, uma vez que "esse é um campo tradicionalmente ocupado pelo Serviço Social e para a Psicologia ainda é recente" (ROMAGNOLI, 2015, p. 452) e, de outro, uma cisão dentro da própria Psicologia, entre psicologia social e psicologia clínica, a qual atravessa as orientações produzidas pelo sistema Conselhos de Psicologia.

Constatada a necessidade de melhor instrumentalizar as (os) psicólogas (os), há a criação do Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas – CREPOP – em 2005. Segundo o Conselho Federal de Psicologia, a criação do CREPOP teve como objetivo "aprofundar e embasar melhor os conhecimentos sobre a relação entre Psicologia e Políticas Públicas" (CFP/CREPOP, 2016). Desde então, várias foram as publicações direcionadas ao "fazer" das (os) psicólogas (os) nos serviços ofertados pelo SUAS.

Em 2007, foi publicado um material, construído conjuntamente pelos Conselhos Federais de Psicologia e de Serviço Social denominado "Parâmetros para atuação de assistentes sociais e psicólogos (as) na Política de Assistência Social", com o objetivo de "contribuir para fortalecer a intervenção interdisciplinar, resguardando as competências e atribuições privativas de cada profissão" (CFP/CFESS, 2007, p.09).

Posteriormente, outras referências foram publicadas, tais como: em 2009, "Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, Abuso e Exploração Sexual e suas Famílias: referências para a atuação do psicólogo". Em 2011, o CREPOP

publica “A Psicologia e o trabalho no CRAS” e, em 2013, as “Referências Técnicas para a prática de psicólogas (os) no Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS”. Em 2012, Referência Técnica para Atuação de Psicólogas (os) em Programas de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto. Em 2013, “Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) em Programas de Atenção à Mulher em situação de Violência”, a qual, recentemente, o CFP anunciou sua revisão, entre outras.

Apesar das publicações, talvez por se tratar de uma discussão relativamente recente, uma vez que o SUAS tem apenas doze anos, o papel das (os) psicólogas (os) nesta Política é, por vezes, incompreendido, inclusive, pelas (os) próprias (os) psicólogas (os), como ilustra a seguinte publicação do Jornal da Psicologia do CRP 04:

> Segundo Deborah Akerman, [...] agravou-se aí uma espécie de crise de identidade da(o) profissional da Psicologia que, muitas vezes, vale-se de técnicas da Assistência Social no atendimento a populações em situação de vulnerabilidade. “Percebemos, tanto na capital quanto no interior, que isso gera um estranhamento, mas o **nosso trabalho tem sido mostrar para à(ao) psicóloga(o) que a atuação deve ser feita de maneira interdisciplinar, em conjunto com os profissionais da Assistência Social, mas com técnicas específicas da Psicologia**”, explica Deborah (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA/MINAS GERAIS, 2016, p.12, grifo nosso)

Se, numa perspectiva, as (os) psicólogas (os) têm se valido de técnicas da Assistência Social em detrimento das técnicas específicas da Psicologia, em contrapartida, têm oscilado entre a culpabilização e o salvamento dos indivíduos e famílias, “como se com seu esforço individual pudessem libertar-se dos seus problemas e da condição de pobreza que tanto os assola” (MACEDO et. al, 2011, p.488), o que nos demonstra uma inserção a-crítica, pois, como Moreira, Romagnoli e Neves (2007) enfatizam: “(...) um trabalho com o social não é, por si só, uma prática ética e libertária (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007, p. 619)

Parece-nos, então, que diante da impossibilidade de transpor o modelo do consultório para o campo da Assistência Social, muitas (os) psicólogas (os) sentem que ali fazem outra coisa que não é Psicologia. Frente a isto, para Senra e Guzzo (2012), há duas perigosas vias de escape:

> As tensões e conflitos diários presentes no exercício cotidiano neste campo, tornam o profissional da psicologia ou um mero repetidor de práticas que não resultam na efetiva mudança ou em alguém que, por buscar saídas na psicologia

> conservadora e hegemônica, acaba desistindo de fazer avançar a profissão como ferramenta de mudança social. (SENRA; GUZZO, 2012, p. 298)

Aqui, propomos uma terceira via: apostar que existe outro modo de fazer clínica que contribui para modificar a realidade social.

Em várias situações, tais como encontros de capacitação, eventos, reuniões com instituições parceiras, entre outras, é dito pelos profissionais que trabalham nos diversos equipamentos que executam a política de Assistência Social, inclusive, por psicólogas (os), que "o psicólogo não pode fazer clínica na Assistência Social". Colocações como esta, entre outras, nos leva a questionar o que este profissional pode e deve, então, fazer.

Antes, porém, de problematizar a questão, analisaremos quais são as diretrizes nacionais para o trabalho das (os) psicólogas (os) neste campo e o que o Conselho Profissional da categoria tem construído, advertidos das relações de poder neste campo, como já mencionado.

2.3 O fazer *psi* no SUAS

Conforme já aludido, entende-se que a mudança do paradigma da Assistência Social enquanto direito, passa pela qualificação dos serviços ofertados e esta, por sua vez, pela consolidação de uma política de recursos humanos, a qual foi instituída pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS – NOB-RH/SUAS:

> A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS representa um avanço no que diz respeito à profissionalização da política de assistência social, com vistas a garantir aos usuários do Sistema Único de Assistência Social serviços públicos de qualidade. As diretrizes da NOB-RH/SUAS orientam a ação de gestores das três esferas de governo, trabalhadores e representantes das entidades de assistência social que, cotidianamente, lidam com os desafios para a implantação do SUAS. (BRASIL, 2011, p. 13)

Tal normativa legal dispõe sobre as diretrizes e princípios para a gestão do trabalho no âmbito do SUAS, entendendo-a como uma questão estratégica para o cumprimento dos objetivos da PNAS. Entre outras matérias relativas aos recursos humanos, define o que são as equipes de referência:

> Equipes de referência são aquelas constituídas por servidores efetivos responsáveis pela organização e oferta de serviços, programas, projetos e

> benefícios de proteção social básica e especial, levando-se em consideração o número de famílias e indivíduos referenciados, o tipo de atendimento e as aquisições que devem ser garantidas aos usuários. (BRASIL, 2011, p. 25)

Salientamos que, embora haja a recomendação de que psicólogas (os) e demais profissionais do SUAS sejam admitidos via concurso público, a realidade dos municípios não coincide com as determinações legais:

> Em muitos municípios, a contratação de muitos psicólogos oficializa-se por meio de ONGs, sob a justificativa de impedimentos fiscais e legais pelos gestores municipais e a ausência de concursos públicos para o cargo. A inserção profissional, articulada dessa forma, precariza o serviço público, além de assumir contornos de desvalorização da categoria profissional com baixos salários e alta rotatividade de profissionais. (SENRA; GUZZO, 2012, p.295-296)

Romagnoli (2015) levanta possíveis causas e consequências disto para o trabalho. Uma das causas está embasada no fato de que "nas relações de poder entre as políticas públicas, a PNAS ainda é considerada, por muitos, como menor em relação à política pública de saúde" (ROMAGNOLI, 2015, p. 457). A desvalorização da política ressoa na desvalorização dos profissionais: política "pobre" para os "pobres". Uma das consequências seria a contradição de trabalhadores com vínculos frágeis e precárias condições de trabalho ter que desenvolver potencialidades e autonomia nos usuários.

Ratificando a NOB-RH/SUAS, a Resolução nº17 do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS – de 17 de junho de 2011 estabelece as categorias profissionais de nível superior que compõem, obrigatoriamente, as equipes de referência dos serviços, programas, projetos e benefícios de Proteção Social Básica e Especial:

> **Art. 1º** Ratificar a equipe de referência, no que tange às categorias profissionais de nível superior, definida pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB-RH/SUAS, aprovada por meio da Resolução nº269, de 13 de dezembro de 2006, do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS.
> Parágrafo Único. Compõem obrigatoriamente as equipes de referência:
> I – da Proteção Social Básica:
> Assistente Social;
> Psicólogo.
> II – da Proteção Social Especial de Média Complexidade:
> Assistente Social;
> Psicólogo;
> Advogado.
> III – da Proteção Social Especial de Alta Complexidade:
> Assistente Social;

Psicólogo. (BRASIL, Resolução CNAS 17/2011)

Na mesma Resolução, além do assistente social, do psicólogo e do advogado, são apontadas outras categorias profissionais de nível superior que podem compor as equipes do SUAS, seja nos serviços socioassistenciais, seja na gestão, quais sejam: Administrador; Antropólogo; Contador; Economista; Economista Doméstico; Musicoterapeuta; Pedagogo; Sociólogo e Terapeuta ocupacional.

Na NOB-RH/SUAS, o número de profissionais nas equipes de referência é definido pelo porte da Unidade ou pelo número de famílias referenciadas pela mesma.

Chama nossa atenção o fato de que, quando a equipe é composta por uma dupla de profissionais de nível superior, recomenda-se um psicólogo e um assistente social. Quando a equipe é composta por três profissionais de nível superior, a recomendação é de dois assistentes sociais e um psicólogo, o que é compreensível visto que esta política é reduto do Serviço Social, historicamente. Entretanto, quando se trata de equipe composta por quatro profissionais de nível superior, não se recomenda dois profissionais de cada uma das áreas (Psicologia e Serviço Social), mas, dois assistentes sociais, um psicólogo e um profissional que compõe o SUAS. Aqui, entendemos que se o argumento é o da interdisciplinaridade, por que quando a equipe é um trio, a recomendação não é a mesma?

Reafirmamos que existe uma tensão entre o Serviço Social e a Psicologia, uma vez que a história do Serviço Social, no Brasil, se confunde com a própria história da política de Assistência Social, sendo esta um campo privilegiado para sua atuação. Na opinião de Senra e Guzzo (2012):

> O trabalho conjunto entre estes dois profissionais (Serviço Social e Psicologia) constitui-se como um ponto de conflito gerando dúvidas quanto à complementaridade ou a especificidade em relação à sua atuação. Psicólogos e Assistentes Sociais questionam-se uns aos outros sobre seus papéis e funções diante da realidade que têm que lidar no cotidiano do trabalho. (SENRA; GUZZO, 2012, p. 295)

Na visão das referidas pesquisadoras, a tensão entre os papéis profissionais destas categorias diz respeito à formação pouco politizada dos psicólogos, que, por muitos anos esteve comprometida com a manutenção da realidade social e não com sua transformação, em oposição à formação marxista dos Assistentes Sociais.

Romagnoli (2015) nos lembra que uma das exigências que a Assistência Social impõe às (aos) psicólogas (os) é o trabalho interdisciplinar e, até mesmo, transdisciplinar.

Todo o arcabouço legal da Política de Assistência Social tratará da interdisciplinaridade e não fará distinção das atribuições dos profissionais que compõem as equipes de referência, nos diferentes níveis de complexidade do Sistema. Assim nos sinaliza a publicação do CFP/CREPOP de 2012:

> Destaca-se ainda, que a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2009) e o documento de Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social (BRASIL, 2011) apontam atribuições para o trabalho dos técnicos de nível superior nos serviços a serem ofertados pelo CREAS sem fazer distinção por áreas de formação. (CFP/CREPOP, 2012, p.67)

Questionamos até que ponto esta tentativa de "nivelamento" das profissões – Assistente Social e Psicólogo – é benéfica para o desenvolvimento do trabalho. Sob o significante "técnico", busca-se apagar as diferenças, como se estas fossem um entrave à atuação de ambos. Ressaltamos que embora Assistentes Sociais e Psicólogos tenham as mesmas atribuições, sua escuta é diferente. Como atuar interdisciplinarmente obturando as diferenças?

Tanto o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS – quanto o sistema Conselhos – CFP e CRP´s – vem lançando publicações que buscam preencher as lacunas dos textos que são mais abrangentes, através de textos mais específicos. De modo geral, as orientações técnicas referentes aos serviços da Proteção Social Básica são publicadas antes dos de Proteção Social Especial. Por este motivo, embora o nosso foco seja o CREAS e o PAEFI, citaremos alguns documentos referentes ao CRAS e ao PAIF que ilustrarão a visão do gestor da política a respeito da Psicologia.

De acordo com a pesquisa realizada pelo CREPOP/CRP 04 em 2010 e publicada em 2011, surgiu em todos os grupos focais[9]:

> Certa preocupação em aclarar as especificidades do papel do psicólogo, em contraposição às do assistente social [...] os muitos psicólogos que defenderam esse argumento atribuem o problema à imprecisão do marco normativo da política, à escassez de literatura científica que contextualize a psicologia no SUAS, além de inadequações da gestão local. (CREPOP/CRP 04, 2011, p. 39)

[9] A pesquisa contou com nove grupos focais, totalizando 94 psicólogos de CRAS mineiros.

Se a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2014) e o documento de Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS (2011) não se refiram especificamente às (aos) psicólogas (os), o mesmo não ocorre em relação à PSB. Vejamos:

No documento Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS (2009) há a seguinte ressalva:

> **Os profissionais da psicologia não devem adotar o atendimento psicoterapêutico no CRAS.** Assim, esses profissionais não devem "patologizar" ou categorizar os usuários do CRAS nos seus atendimentos, mas intervir de forma a utilizar dos seus recursos teóricos e técnicos para: a) compreender os processos subjetivos que podem gerar ou contribuir para a incidência de vulnerabilidade e risco social de famílias e indivíduos; b) contribuir para a prevenção de situações que possam gerar a ruptura dos vínculos familiares e comunitários, e c) favorecer o desenvolvimento da autonomia dos usuários do CRAS. Esses profissionais devem fazer encaminhamentos psicológicos para os serviços de saúde, quando necessários. (BRASIL, 2009, p. 67, grifo nosso)

Nossa primeira questão é: toda psicoterapia é patologizante?

Reiteramos que historicamente, a Psicologia, caracterizada pelo profissional liberal e pelo público elitizado, interveio em favor da ideologia burguesa e do sistema capitalista, com ações baseadas na concepção de que indivíduos são "responsáveis por seu desenvolvimento, descartando o papel da sociedade e compreendendo o fenômeno psicológico a partir do próprio homem" (SENRA; GUZZO, 2012, p. 294). Tais marcas, segundo as autoras, também influenciaram na construção da identidade das (os) psicólogas (os) como aquele profissional que só faz psicoterapia. Porém, tais estudiosas nos lembram que também a Psicologia é:

> [...] uma construção humana condicionada histórica e culturalmente e [...] os conhecimentos são produzidos por sujeitos concretos imbuídos de suas experiências, visão de mundo e interesses que se expressam em práticas diversificadas. (SENRA; GUZZO, 2012, p. 297).

Segundo Silva e Carvalhães (2016), há duas linhas de definição da subjetividade na Psicologia:

> A primeira situa a subjetividade como resultado de processos de estrutura interna, [...]. A segunda linha de pensamento localiza a subjetividade de modo processual e imbricada a operadores ambientais, contextuais, políticos, tecnológicos e

> socioculturais que interpelam os corpos cotidianamente. (SILVA; CARVALHÃES, 2016, p.248).

Herdeira do modelo médico, curativo, a Psicologia "contribui sobremaneira na regulação e controle da população" (SILVA; CARVALHÃES, 2016, p.248). Sob este ponto de vista, a ciência psicológica seria a especialista e as famílias meros objetos. Os saberes das famílias sobre si e sobre seus modos de viver seriam sempre considerados inferiores e seriam sempre desvalorizados na construção de soluções para os problemas que as próprias famílias sofrem e querem resolver. Nas palavras dos autores:

> Tradicionalmente, as intervenções psicológicas são reconhecidas como aquelas que se ocupam do sujeito que sofre e busca na interlocução com o terapeuta possibilidades de saber/resolver aquilo que acontece. (SILVA; CARVALHÃES, 2016, p.251).

Ao se deparar com outras vivências, os profissionais acabam por caracterizá-las moral e/ou psicopatologicamente e "[...] insistem na tentativa de moldar o cotidiano dos moradores de comunidades periféricas ao ritmo de vida que se desenha nas regiões centrais" (SILVA; CARVALHÃES, 2016, p.249)

Assim, entendemos que a postura dos profissionais *psi* deve promover o surgimento e a valorização dos saberes do sujeito atendido. Neste caso, o saber *psi* não é melhor ou mais importante que o saber da pessoa, mas, ambos devem se articular com vistas à promoção de uma vida melhor. Para as autoras:

> [...] ao invés de uma relação entre os sujeitos envolvidos a partir de um caráter verticalizado e, portanto, hierárquico, entre psicólogo e público-alvo das políticas públicas pontua-se a necessidade de construção de um trabalho conjunto que vise quebrar tal lógica que aponta para o exercício de um poder de intervenção/submissão do outro ao saber *psi*. (SILVA; CARVALHÃES, 2016, p.252).

Acrescenta-se, ainda, o papel político de quem intervém, que deve estar disponível a vivenciar outros modos de ser e estar, bem como de contribuir para o empoderamento do outro e do coletivo: "[...] o trabalho clínico do psicólogo assume uma dimensão política e transformadora" (SILVA; CARVALHÃES, 2016, p.254)

Assim, a psicoterapia foi e pode continuar sendo patologizante sempre que ignorar as influências históricas e sociais na constituição da subjetividade e do adoecimento

psíquico, isto é, sempre que apostar na dicotomia individual x social, a qual vem sendo criticada por muitos profissionais e pesquisadores, como pudemos demonstrar ao longo do texto.

Retomando as orientações, na descrição do PAIF - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – cuja unidade de referência é o CRAS, a Tipificação conceitua que o mesmo:

> Consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura dos seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo. O trabalho social do PAIF deve utilizar-se também de ações nas áreas culturais para o cumprimento de seus objetivos, de modo a ampliar universo informacional e proporcionar novas vivências às famílias usuárias do serviço. **As ações do PAIF não devem possuir caráter terapêutico.** (BRASIL, 2014, p.12, grifo nosso)

Aqui, fizemos questão de transcrever todo o parágrafo para evidenciar como tal ressalva está completamente desconectada da descrição do serviço, como se, embora ela não estivesse relacionada ao assunto anterior, ela não pudesse deixar de ser dita. Qual o receio advindo desta regra? Vale ressaltar que não só o atendimento psicológico possui caráter terapêutico. Qual o entendimento de caráter terapêutico, aqui?

Em publicação de 2012, a referida recomendação foi comentada nas Orientações Técnicas sobre o PAIF – volume 1, da seguinte maneira:

> Buscando delimitar o escopo de ação do PAIF, a Tipificação enfatiza que um cuidado particular deve ser tomado na operacionalização do Serviço no que diz respeito a seu caráter NÃO terapêutico. [...] não compete o desenvolvimento de ações de caráter terapêutico, compreendidas aqui como as práticas psicoterapêuticas, psicodiagnósticas e psicopedagógicas, ou seja, PRÁTICAS CLÍNICAS no âmbito do PAIF, pois não correspondem às seguranças afiançadas pela política de assistência social. Também são consideradas equivocadas quaisquer outras modalidades com fins terapêuticos, tais como terapias alternativas, terapias holísticas ou a implementação de ações que não estejam vinculadas às atribuições do PAIF, bem como aos projetos ético-político profissionais dos técnicos, quando inseridos no SUAS. Ou seja, as práticas psicoterapêuticas, psicodiagnósticas e psicopedagógicas só devem ser ofertadas em serviços que tenham essa atribuição, o que não é o caso do PAIF ou outros serviços ofertados nos CRAS. (BRASIL, 2012, p. 18)

Chamam-nos a atenção as letras garrafais... Aqui, o gestor descreve o que ele entende por caráter terapêutico e fica claro que este se confunde com as práticas psicológicas, dentre outras co-relacionadas.

E nas Orientações Técnicas sobre o PAIF – volume 2, insiste-se:

> As ações particularizadas não podem ser confundidas com **atendimento psicoterápico.** Conforme normatizado pela Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, **o PAIF não possui caráter terapêutico.** As demandas em saúde mental devem ser encaminhadas para a rede intersetorial. (BRASIL, 2012, p. 42, grifo nosso)

O MDS ainda não publicou Orientações Técnicas para o PAEFI. Iremos, então, recorrer às Referências técnicas para Prática de Psicólogas (os) no Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS produzido pelo CFP/CREPOP no qual aparece a mesma preocupação em dizer para as (os) psicólogas (os) que seu trabalho no Serviço não é ofertar a psicoterapia:

> Assim, muitas psicólogas (os) acreditam que esse vínculo que estabelecem com o público deve ser trabalhado através da psicoterapia. Na pesquisa realizada pelo CREPOP, a psicoterapia aparece como atividade no CREAS, por um lado, porque alguns psicólogos crêem que essa é a sua função, e por outro, por que não conseguem vagas ou encaminhamentos para a política de saúde e, percebendo a importância deste tratamento, se propõem elas mesmas a realizá-los. **Destaca-se que esta não deve ser uma atividade desenvolvida no SUAS . Ela deve ser ofertada pela política de saúde, e por outros serviços, como clínicas-escolas ligadas às Universidades, clinicas sociais, etc.** (CFP/CREPOP, 2012, p. 39, grifo nosso)

Entretanto, conforme esperado de um Conselho de Psicologia, o mesmo documento refere-se aos efeitos terapêuticos, diferentemente do que os documentos produzidos pelo Governo Federal apontam:

> Torna-se importante afirmar que o atendimento psicossocial realizado no CREAS também tem um **efeito terapêutico** na medida em que busca a compreensão do sofrimento de sujeitos e suas famílias nas situações de violação de direito, e visa a promoção de mudança, autonomia, superação. Entretanto, na política de assistência social, o vínculo estabelecido entre o profissional e o público do CREAS deve ser construído a partir do reconhecimento de uma história de vida, imersa em um contexto social, sem uma perspectiva individualizante. Para isto, várias atividades combinadas são importantes para provocar reflexões e novos pertencimentos sociais, que podem produzir esse **efeito terapêutico** que apontamos acima, tais como a realização de grupos psicossociais, a inclusão em novas sociabilidades, o retorno à escola, o apoio financeiro ou material, o acolhimento, entre outros. (CFP/CREPOP, 2012, p. 39, grifo nosso)

No entanto, não podemos deixar de notar também uma preocupação em apontar a necessidade de romper com uma perspectiva individualizante, bem como de incluir no acompanhamento psicossocial outras atividades além do atendimento individual, o que comentaremos posteriormente.

Pode-se observar que, em se tratando de especificar as funções das (os) psicólogas (os), as normativas, de modo geral, se preocupam mais em dizer o que elas (es) NÃO devem fazer, que aquilo que podem fazer. Ainda, nos documentos produzidos pelo Governo Federal, são tratados como se fossem sinônimas as categorias *caráter terapêutico, psicoterapia e práticas clínicas*, aproximando-as de uma psicologia a-crítica, adaptacionista e patologizante. Fazer clínica seria algo pejorativo na Assistência Social?

Sobre o que as (os) psicólogas (os) podem fazer, encontramos a seguinte anotação nas Orientações Técnicas sobre o PAIF – volume 1:

> A subjetividade é o mundo interno de qualquer ser humano. Este mundo interno é composto por emoções, sentimentos e pensamentos. É por meio da subjetividade que se constrói um espaço relacional, ou seja, é por meio da subjetividade que é possível relacionar-se com o "outro". Tal fato justifica o trabalho com as famílias e seus membros no âmbito da assistência social, respeitando o espaço individual, relacional e de desenvolvimento, mas **não** de **cunho psicoterapêutico**. Nesse sentido, o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, objetivo central do PAIF, supõe o trabalho no campo das subjetividades. Destaca-se, entretanto, que assumir a subjetividade como um dos elementos do trabalho social com famílias não é negar ou diminuir a importância das situações objetivas de vulnerabilidade que atingem as famílias, tais como a desigualdade social e o não acesso a direitos. (BRASIL, 2012, p.19, grifo nosso)

Concordamos que o papel das (os) psicólogas (os) na Política de Assistência Social não é ofertar a psicoterapia e que esta é uma função da política de Saúde. Porém, entendemos que a concepção de clínica ultrapassa o conceito de psicoterapia e que muitas intervenções realizadas ou não por psicólogas (os) podem produzir efeitos terapêuticos.

Parece-nos, também, que o receio de se reproduzir práticas cuja base seja as dicotomias subjetividade/objetividade e individual/social, prima-se pelas intervenções coletivas, em detrimento das particularizadas.

Seguem alguns destes exemplos. Nas Referências técnicas para Prática de Psicólogas (os) no Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS produzido pelo CFP/CREPOP:

> Por meio de atuação interdisciplinar o(a) psicólogo(a) pode atender a crianças, adolescentes e adultos, de forma individual e/ou em grupo, **priorizando o trabalho coletivo**, **possibilitando encaminhamentos psicológicos quando necessário**, desenvolvendo métodos e instrumentais para atendimento e pesquisa com um olhar para o grupo familiar. As ações devem ser integradas com outros(as) profissionais dentro do serviço, bem como com outros serviços visando o trabalho em rede. (CFP/CREPOP, 2012, p.33, grifo nosso)

Igualmente, a publicação do CFP/CREPOP de 2009 – Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, Abuso e Exploração Sexual e suas Famílias: referências para a atuação do psicólogo – sugere que o atendimento individual seja exceção e não a regra:

> O atendimento psicossocial é um instrumento fundamental para a garantia dos direitos de crianças e adolescentes, que tem como referência básica os princípios de prioridade absoluta, por ser sujeitos de direitos e em condição peculiar de desenvolvimento. Configura conjunto de atividades e ações psicossocioeducativas, de apoio e especializadas, **desenvolvidas individualmente e em pequenos grupos (prioritariamente),** de caráter disciplinar e interdisciplinar, **de cunho terapêutico – não confundir com psicoterapêutico –**, com níveis de verticalização e planejamento (início, meio e fim), de acordo com o plano de atendimento desenvolvido pela equipe. Esse atendimento **deve ser operacionalizado, prioritariamente, pelos grupos de apoio** às crianças e aos adolescentes e pelo grupo de apoio às famílias e de oficinas socioeducativas. **Sugere-se que o atendimento individual seja utilizado apenas nas entrevistas iniciais, como forma de avaliação preliminar e preparação da criança e do adolescente para a entrada nos grupos, ou quando, a partir dessa avaliação, ficar constatado que o trabalho em grupo não é indicado.** (CFP/CREPOP, 2009, p. 49-50, grifo nosso)

Também, nas páginas seguintes:

> É importante que a equipe esteja atenta sobre a demanda de psicoterapia que pode surgir em alguns casos. Esse trabalho é atribuição da política pública de saúde, uma vez que os agravos provocados pela violência sexual devem ser atendidos também no campo da saúde mental; devem, portanto, ser encaminhados para as unidades de saúde especializadas no atendimento de crianças e adolescentes ou para outros serviços disponíveis no município. **Deve se destacar que o atendimento psicológico realizado no CREAS não constitui processo de psicoterapia. O atendimento psicossocial deve ser realizado prioritariamente em grupo, sendo o atendimento individual considerado apenas em casos excepcionais.** (CFP/CREPOP, 2009, p.61, grifo nosso)

Teríamos inúmeros outros exemplos, mas, seria exaustivo. Tanto nas publicações do MDS, quanto e, principalmente, naquelas do Conselho Profissional da categoria, as seguintes questões nos preocupam: priorizar o atendimento em grupo garante a mudança de

paradigma? Atender o sujeito individualmente significa culpabilizá-lo e desconsiderar seu contexto?

Frisamos que, embora reconheçam que muitas demandas serão tratadas individualmente por poderem causar constrangimento aos usuários se abordadas no coletivo, as publicações do PAIF se enveredam pelo mesmo caminho. Em pesquisa realizada pelo CREPOP/CRP 04, já citada anteriormente, foi relatada a dificuldade de muitos usuários aderirem ao atendimento em grupo, o que reforça a necessidade de questionarmos a insistência em priorizar uma modalidade de atendimento em detrimento da outra. Apontamos que é preciso analisar institucionalmente o que o sintoma da não adesão ao grupo pode significar, embora este não seja o objetivo deste trabalho.

Entendemos que a escuta clínica é imprescindível, mas, também, insuficiente. É preciso trabalhar interdisciplinarmente e intersetorialmente. O *modus operandi* da clínica tradicional é ineficaz diante da problemática que atendemos nesta Política.

Devido à história da profissão em nosso país, não poder realizar a psicoterapia não é sem consequências para a identidade profissional das (os) psicólogas (os). Nesse segmento, avaliamos que este trabalho pode apontar que abrir mão da psicoterapia não é abrir mão de uma escuta clínica e que esta tem muito a contribuir com a Política de Assistência Social, especialmente no CREAS/PAEFI.

3 CLÍNICA E DISCURSO

3.1 Clínica, Psicoterapia e Psicanálise

Para assimilarmos a orientação que afirma que "o psicólogo não pode fazer clínica na Assistência Social", faz-se necessário pesquisar sobre a origem e o significado do termo 'clínica' para avançarmos em nossa discussão.

Etimologicamente, a palavra clínica tem origem grega – *klinê* – que significa leito, cama. Para Dunker (2011) "clinicar é dobrar-se, inclinar-se diante do leito do paciente e interpretar os sinais significativos de seu corpo. Em outras palavras, aplicar sobre esse corpo determinado olhar e derivar desse olhar um conjunto de operações". (DUNKER, 2011, p.399)

Como descrito por Doron & Parot (1998), "[...] originariamente, a atividade clínica (do grego *klinê* – leito) é a do médico que, à cabeceira do doente, examina as manifestações da doença para fazer um diagnóstico, um prognóstico, e prescrever um tratamento" (DORON; PAROT, 1998, p. 144-145). Podemos verificar que a clínica médica refere-se a uma intervenção curativa.

Dunker (2011), acompanhando Foucault, data o nascimento da clínica médica no período compreendido entre o fim do século XVIII e o início do século XIX. Todavia, advertidos por Rezende (2006), entendemos que tal época diz mais de seu desenvolvimento, que de seu nascimento:

> O filósofo francês Michel Foucault, em seu livro *Nascimento da Clínica*, considera o fim do século XVIII e o início do XIX como a época em que despontou a clínica médica. Creio que seria mais apropriado falar em crescimento, em lugar de nascimento, pois o método clínico já existia desde Hipócrates. O século XIX foi, sem dúvida, o século em que a clínica médica teve o seu período áureo, enriquecendo a Medicina com numerosas descobertas, fruto de observações cuidadosas e da instrumentalização do médico (REZENDE, 2006, s/p.).

Ainda, de acordo com Dunker (2011), podemos distinguir duas etapas no movimento da medicina clínica no referido momento histórico: "a partir de 1750 está caracterizado pela formação de uma cultura clínica baseada na observação e, entre 1800 e 1850, pelo desenvolvimento dos instrumentos que melhoram e refinam as técnicas diagnósticas" (DUNKER, 2011, p. 392), cujo instrumento emblemático é o estetoscópio.

O método clínico moderno está, portanto, assentado no olhar, sendo este:

> Olhar purificado, regulado e administrado por uma série de operações nas quais este funciona como um espelho dotado de memória. A personalidade, antes considerada uma matriz diagnóstica importante – uma vez derivada do quadro da teoria dos humores, temperamentos ou formas de caráter (sanguíneo, biliar, melancólico) – torna-se agora um obstáculo. (DUNKER, 2011, p. 398)

Aqui, o autor marca duas importantes mudanças: a subjetividade passa a ser considerada fonte de imprecisão e o saber já não está mais do lado do doente, mas, do médico:

> A medicina antiga assimilava ao processo de cura o saber que o sujeito tinha sobre sua doença. Ao modo de um tradutor o médico conversava com a doença. Agora este saber é substituído pela relação com um informante que descreve, mas não conjectura ou nada deve supor sobre seu mal-estar. [...] o clínico assume a atitude humilde daquele que investiga. (DUNKER, 2011, p. 398)

Destarte, a clínica moderna está fundamentada no modelo técnico-científico da neutralidade e da dicotomia sujeito-objeto.

A respeito desta clínica baseada no olhar, na neutralidade científica e na objetificação do paciente, Bercherie (1989) nos lembra que algo irá fracassar:

> É o Olhar (mesmo que outras dimensões perceptivas sejam utilizadas) que parece construir a metáfora obsedante dessa prática e que deixa transparecer a relação que a estrutura, pois aplicar ao outro o modo de observação que habitualmente reservamos às coisas, aos objetos do real, não deixa de suscitar alguns problemas. Aliás, foram esses problemas que, no espaço de meio século, tornaram a clínica suspeita, provavelmente, com justa razão, de participar da alienação justamente daqueles cujos distúrbios ela pretendia descrever exaustivamente, analisar objetivamente e classificar racionalmente. (BERCHERIE, 1989, p.21)

Se, como afirma Rezende (2006), o método clínico foi inaugurado por Hipócrates, a clínica moderna, segundo Dunker (2011), a partir de uma leitura foucaultiana, surgiu como tentativa de responder "demandas múltiplas cuja raiz de legitimação social deriva dos sistemas jurídico, moral e religioso" (DUNKER, 2011, p. 389). Consequentemente, a medicina moderna produziu discursos sobre saúde e doença, sobre a "normalidade" e sobre as formas de ser para o sujeito e para a espécie humana, incidindo, não só nos corpos, mas, na produção de subjetividades. (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007)

Retomando as aproximações e divergências entre a clínica médica e psicológica, acentuamos que Freud introduz uma mudança paradigmática na clínica, sustentando-se não mais no olhar, mas, sim, na escuta. (MOREIRA; ROMAGNOLI; NEVES, 2007)

Dunker (2011), também, chama nossa atenção para tal fato e, ainda, destaca que não é uma escuta qualquer:

> A escuta torna-se, assim, essência desse novo projeto clínico. Escuta metódica, atenta ao detalhe, à pequena incongruência, ao deslize, à repetição ou à ruptura da fala. Flutuante e atenta a interrupções, insistências e silêncios do discurso. Tal escuta trará para centro da cena clínica aquilo que o olhar médico deixava na sombra. (DUNKER, 2011, p. 439)

O mesmo autor afirma que a maior parte da obra freudiana se desenvolveu no apogeu da clínica moderna. Inicialmente, estava, também, alicerçada no olhar (como, por exemplo, nos trabalhos iniciais com Charcot), tornou-se híbrida, entre o olhar e a escuta (quando da utilização do método catártico como forma de tratamento) e, finalmente, "a clínica psicanalítica começa quando Freud decide tirar as mãos de seus pacientes segundo o que chamou técnica de pressão". (DUNKER, 2011, p. 439)

Conforme apontado anteriormente, a aplicação do mesmo método de observação para pessoas e coisas não deixa de ser problemático (BERCHERIE, 1989). Assim, a Psicologia, em seu projeto científico, irá enfrentar uma crise epistemológica. A clínica psicológica, não seria, nesse sentido, científica, como nos ensina Drawin (2009):

> Devemos reconhecer, por conseguinte, que o polo clínico resiste ao projeto de universalização e objetivação da ciência e desencadeia uma crise epistemológica crônica e insanável na Psicologia, crise atestada justamente pela multiplicidade das psicoterapias. (DRAWIN, 2009, p. 31)

Esta não cientificidade da clínica psicológica, na perspectiva de Drawin (2009), não se trata de algo que mereça correção, mas, sim, um posicionamento ético, no sentido de que o ser humano não deve ser tratado como mais uma parte da natureza a ser dominada por um modelo científico hegemônico.

Neste sentido, a subjetividade que, na clínica médica moderna deve ser extirpada por obstacularizar o diagnóstico, na clínica psicológica ela é considerada fundamental. Saímos do campo do ideal da neutralidade científica.

Aqui, ressaltamos que clínica psicológica e psicoterapia(s) não se confundem: “as psicoterapias se inscrevem no polo clínico, embora não o esgotem”. (DRAWIN, 2009, p. 33). Sob a mesma ótica, Dutra (2009) afirma que “a psicoterapia consiste em uma das práticas do fazer psicológico, especificamente no campo da clínica, mas não a única” (DUTRA, 2009, p. 58). E, ainda, para Oliveira (2009), “a clínica é um método e a psicoterapia, uma tecnologia” (OLIVEIRA, 2009, p.128).

Sobre a indiferenciação equivocada dos termos clínica e psicoterapia, parece-nos importante o argumento de Oliveira (2009):

> Acredito que esteja mais do que na hora de corrigir esse aspecto, para avançarmos nesse debate. É necessário que se produza uma distinção, no âmbito da Psicologia, entre as dimensões metodológicas e as dimensões tecnológicas que se encontram envolvidas confusamente, reservando-se a utilização da expressão “clínica” exclusivamente para aquela dimensão metodológica, ampla e compartilhada interdisciplinarmente. (OLIVEIRA, 2009, p. 113)

Ainda que a psicoterapia seja tomada como uma das tecnologias da clínica psicológica, refere-se a uma técnica de uso não privativo da psicologia. Mesmo a terminologia, como podemos verificar a seguir, foi criada pela medicina:

> Psicoterapia é um termo utilizado pela primeira vez em 1872, por um médico inglês, Daniel H. Tuke. Popularizou-se ostensivamente, nos séculos 20 e 21, particularmente nos EUA, sendo mais adequado falar no plural, psicoterapias, considerando a difícil tarefa dos historiadores de buscar classificação que faça jus à diversidade atual (LIMA; VIANA, 2009, p.41)

Segundo Oliveira (2009), Daniel H. Tuke criou e utilizou o termo “numa perspectiva mais restrita de ‘tratamento das moléstias pelos meios psíquicos’.” (OLIVEIRA, 2009, p. 119). Ou seja, a medicina passou a considerar que o corpo poderia sofrer de doenças cujas causas não estariam em um órgão, disfunção hormonal ou neurológica e criou um termo para designar as formas de tratamento que não se operam por tais meios.

Assim, Miller (1997) nos esclarece que o que define uma prática como psicoterápica seria admitir a existência de uma realidade psíquica e intervir em tal realidade por meio da palavra, mesmo que algumas delas passem pelo corpo, como algumas sabedorias orientais e ocidentais da Antiguidade. Reproduzindo-o:

> Se operamos por uma intervenção direta sobre o cérebro como órgão, por uma intervenção cirúrgica, elétrica ou química, saímos evidentemente do campo das psicoterapias. Da mesma forma, se operamos por injeções de substâncias a fim de modificar os estados de consciência. Todavia, é fato haver um certo número de intervenções sobre a realidade psíquica que passam pelo corpo e que entram no campo contemporâneo das psicoterapias. São as psicoterapias que se utilizam da ginástica. (MILLER, 1997, p. 12)

Em síntese, as psicoterapias são as práticas, psicológicas ou não, que tratam do adoecimento humano através de intervenções que, mesmo passando pelo corpo, consideram que a causa do sofrimento não é biológica, neurológica ou química, mas, sim, psíquica.

Embora haja diferenças entre psicanálise e psicoterapia, já que psicoterapeuta e analista operam de lugares diferentes – o que abordaremos posteriormente, na teoria dos discursos – "há uma zona comum entre psicoterapia e psicanálise quando se trata das psicoterapias que procedem pela palavra. Nos dois casos, trata-se de logoterapia, de uma terapia pela linguagem, e mesmo de uma terapia da linguagem". (MILLER, 1997, p. 11)

Da mesma maneira que as psicoterapias (e mesmo a psicanálise) não pertencem à Psicologia ou à Medicina, também o método clínico é apropriado por várias disciplinas, como descrito por Oliveira (2009):

> Método que, é preciso afirmar, não é nosso, não nos pertence, não é exclusivo dos psicólogos. E que, tampouco, é método só da Medicina e da Psicologia, mas é método que está disponível a várias das ciências humanas[10]. Nesse sentido, pode-se ter, e hoje efetivamente temos, uma sociologia clínica, uma pedagogia clínica, uma filosofia clínica, uma "clínica da atividade", seja como recurso de intervenção, seja de investigação. (OLIVEIRA, 2009, p. 113)

Entretanto, não nos cabe abordar aqui todas as modalidades clínicas. Interessa-nos vislumbrar que a psicologia clínica é uma categoria mais ampla que a das psicoterapias, que estas últimas são utilizadas em outras áreas de conhecimento e que são muitas as teorias psicológicas que servem de base às psicoterapias quando apropriadas por nossa categoria profissional. A partir de tais considerações, como podemos caracterizar a clínica psicológica?

Segundo Figueiredo (1995), independentemente de onde se dê, a prática clínica leva em consideração o "excluído" do discurso do sujeito, ou seja, considera que há algo para além

[10] Entedemos que o emprego do termo ciências humanas, aqui, é divergente do emprego de ciência utilizado por Drawin (2009) ao afirmar que a clínica não é científica, mas, não é objeto de nosso trabalho abordar tal diferenciação.

do fenômeno – o meta-fenômeno. Este será nomeado de diferentes formas, segundo cada uma das abordagens teóricas: a psicanálise referir-se-á ao inconsciente. Em outras palavras, a clínica psicológica é uma modalidade de escuta. Em Dutra (2004) vamos encontrar o seguinte esclarecimento:

> [...] não importa em que lugar ou espaço o ato clínico aconteça, seja no âmbito privado ou público, numa relação diádica, grupal ou coletiva. Este será sempre um fazer psicológico que se pautará em concepções teóricas e metodológicas que refletirão esta **postura** diante do sofrimento ou fenômeno psicológico que se coloca diante dele. Melhor dizendo, o ato clínico se pautará muito mais por uma ética do que por referenciais teóricos fechados (DUTRA, 2004, s/p, grifo nosso).

Já, para Oliveira (2009), "é sua condição de recurso, por excelência, para a abordagem dos casos singulares – sejam esses sujeitos, grupos ou instituições – o elemento central desse paradigma clínico". (OLIVEIRA, 2009, p. 117-8) E complementa:

> Portanto, é por meio do triângulo: diagnóstico, intervenção, prognóstico, com as complexidades que envolvem cada uma dessas operações, aplicado em relação aos **casos singulares**, que a noção de clínica pode ser extrapolada do campo médico e sua origem para todas as situações em que essas operações estejam envolvidas de maneira combinada. Portanto, os mais variados fenômenos podem ser objeto de abordagem pela via do método clínico. (OLIVEIRA, 2009, p. 118, grifo nosso)

Diante de tais premissas, questionamos por que é dito que "o psicólogo não pode fazer clínica na Assistência Social"?

De acordo com Guerra (2002), a herança médica não é sem consequências para a clínica psicológica: "[...] a história da Psicologia nos evidencia uma tradição de trabalho associada ao controle, à higienização e à diferenciação que, desde os primórdios de seu nascimento, a associaram a práticas sociais e políticas de manutenção do *status quo*". (GUERRA, 2002, p.29). Ou seja, também as (os) psicólogas (os) adotaram um modelo de intervenção no qual se observa o que é patológico a fim de definir e indicar um tratamento.

Nesse âmbito, Oliveira (2009) nos traz a seguinte reflexão:

> Outra vez, não devemos nos intimidar com as profundas conexões médicas que filiam as possibilidades da existência da Clínica Moderna aos destinos da Medicina – nesse sentido, a Psicologia como profissão seria mais filha da Medicina do que gosta de admitir – pois a fundação da noção de clínica pressupõe sempre o manejo da comparação de um caso singular com um determinado "universal ideal". (OLIVEIRA, 2009, p. 116)

Podemos inferir que a resistência à clínica psicológica na Assistência Social possa estar relacionada com este histórico. Contudo, é preciso avançar. Não estamos desconsiderando seu passado disciplinar, porém, também não podemos negar que, na atualidade, grandes esforços têm sido empreendidos a fim de romper com este tipo de prática. Exemplificamos:

> Outro aspecto, não menos significativo, é que precisamos vencer o preconceito interno da comunidade psicológica, assumindo que todas as práticas psicológicas e variadas vertentes teórico-metodológicas são necessárias para lidar com os problemas e as situações psicossociais que enfrentamos no Brasil, **desde que elaboradas a partir das demandas da população**, executadas e avaliadas. Já perdemos tempo demais com a hierarquização e a idealização das práticas psicológicas! (LIMA; VIANA, 2009, p. 45, grifo nosso)

Portanto, avaliamos que na política pública de Assistência Social também é possível atuar clinicamente e que tal atuação pode ser um instrumento interessante frente à problemática da violência que chega ao serviço. Novamente, trazemos as contribuições de Oliveira (2009):

> Como expliquei antes, considero que o método clínico é uma **atitude**, uma **postura**, uma **forma de raciocinar**, um **modo de operação** que pode ser aplicado à organização, à escola, pode ser aplicado, inclusive, à comunidade. Pode ser aplicado a vários âmbitos e aspectos. (OLIVEIRA, 2009, p. 124, grifo nosso)

Esclarecida a concepção de clínica psicológica com a qual trabalhamos, é preciso abordar, também, nossa compreensão acerca da clínica psicanalítica.

Segundo Bercherie (2009), "podemos falar em clínica psicanalítica sob a condição de não esquecer que, nessa expressão composta, o adjetivo é mais importante que o substantivo, e os dois termos são inseparáveis". (BERCHERIE, 1989, p. 25) Para melhor explicar tal afirmação, recorremos à Dunker (2011):

> Ou seja, a psicanálise é uma clínica, mas uma clínica que submete sua estrutura a seus próprios pressupostos. A hipótese que introduzimos aqui é a de a psicanálise subverter, na acepção forte do termo, o estatuto dos parâmetros da clínica da qual se originou. Há uma relação de corte e ruptura constitutiva quando se pensa na passagem de uma clínica do olhar para uma clínica da escuta. (DUNKER, 2011, p. 440)

Viganó (1999), ao remeter-se à etimologia do termo clínica, nos aponta um caminho interessante ao afirmar que "a clínica é o ensinamento que se faz no leito, que requer a presença do sujeito e se dá a partir do particular do sujeito" (VIGANÓ, 1999, p. 51), ou seja, atuar clinicamente exige tanto a inclusão do sujeito no processo, quanto aprender com ele os caminhos para a intervenção que, portanto, será particularizada a cada caso. Não estamos falando de prescrever o tratamento adequado a cada sintomatologia, mas, sim, de oferecer ao sujeito os instrumentos necessários para que ele se reposicione diante de seu sofrimento, saindo do lugar de queixa.

O autor também faz menção à palavra caso: "caso vem do latim *cadere*, cair para baixo, ir para fora de uma regulação simbólica; encontro direto com o real, com aquilo que não é dizível, portanto impossível de ser suportado". (VIGANÓ, 1999, p. 51) Continuando, Viganó (1999), distingue o caso clínico do caso social:

> Podemos dizer que o caso social é aquele que se desenvolve a partir do peso crescente de uma equação do tipo: saúde = mercadoria. O caso social, então, tende a ser aquele dentro dessa lógica; é o caso do discurso do puro significante, dos instrumentos jurídicos e assistenciais. O caso clínico, no entanto, compreende, além do significante, o objeto. Enquanto o caso social é conduzido pelos operadores, o caso clínico é resolvido pelo sujeito, que é o verdadeiro operador, desde que nós o coloquemos em condições de sê-lo. Assinalo que o caso clínico não exclui o caso social. (VIGANÓ, 1999, p. 53)

O caso clínico é aquele que é abordado/tratado em sua singularidade. Não devemos confundir singularidade com individualidade. A clínica tradicional é marcada pela lógica do individualismo e da interiorização, isolando o indivíduo do contexto social em que vive e psicologizando questões sociais estruturais.

Levando em conta o ensinamento de Viganó (1999), apostamos que o caso social que nos chega deverá se articular com o caso clínico, o qual será construído ao longo do acompanhamento. Para tanto, uma escuta qualificada tentará identificar o que é impossível de ser suportado pelo sujeito encaminhado, para que o acompanhamento tenha outro lugar que não o de obrigatoriedade. Ou, como nos sugere Alberti (2000), o analista é: "[...] aquele que, juntamente com cada sujeito que vem procurá-lo, seja pelo motivo que for, recolocará a demanda de tratamento de forma que o sujeito possa vir a se engajar nele". (ALBERTI *apud* ALBERTI, 2000, p. 40)

O analista não negará aos usuários o acesso aos direitos, mas, irá questionar a relação que se estabelece aí, particularizando a escuta do caso. Acreditamos que tal proposta é convergente com as diretrizes do Serviço, como podemos verificar a seguir:

> As situações vivenciadas pelas famílias e indivíduos atendidos no CREAS podem ter repercussões diferenciadas, que podem ser agravadas ou não em função de diversos aspectos [...]. **Isso implica reconhecer que, diante das situações vivenciadas, cada família/indivíduo atendido no CREAS demandará um conjunto de atenções específicas, de acordo com suas singularidades** [...] **As singularidades de cada situação deverão, inclusive, orientar a decisão conjunta, com cada família/indivíduo, das metodologias a serem utilizadas no trabalho social especializado, para a adoção das estratégias mais adequadas em cada caso**, tendo em vista a construção de novas possibilidades de interação, projetos de vida e superação das situações vivenciadas. (BRASIL, 2011, p.27. Grifo nosso)

O fazer clínico, logo, diz respeito ao exercício de uma escuta sensível, que não espera o óbvio, ou seja, uma escuta que "não se prenda a nenhuma resposta prévia" (MILLER, 1997, p. 15-6). É este instrumento que permitirá que o profissional detecte qual a posição do sujeito diante de seu sintoma e quais as potencialidades de que ele dispõe para reposicionar-se.

Também aquele que se propõe a escutar pode tomar posições distintas. Utilizando a figura do deus Janus – "o deus de duas faces, a da paz e a da guerra" (MILLER, 1997, p. 09), cujo aspecto visto dependerá do posicionamento daquele que o observa, Miller (1997) nos esclarece que psicanálise e psicoterapia são duas posições que o analista pode ocupar em um tratamento que se faz pela fala.

No sentido amplo do conceito de psicoterapia, o analista é, de certo modo, também, um psicoterapeuta. Em sentido restrito, psicoterapia e psicanálise não se confundem: o psicoterapeuta opera do lugar de grande Outro, com o qual o paciente deverá se identificar. O analista opera do lugar de objeto, promovendo desidentificações. Nas palavras de Miller (1997):

> Para nós, a possibilidade da operação analítica não se baseia sobre nada além do que uma recusa do analista, sua recusa em utilizar os poderes da identificação. [...] Isso quer dizer que a análise depende da posição que o analista adota. (MILLER, 1997, p. 15)

Partindo do pressuposto de que clínica e psicanálise possam ser exercidas em diversos âmbitos, lembramos que Freud (1919/2006), em seu texto "Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica" já nos apontava para a extensão da Psicanálise a outros campos – inclusive os

espaços públicos, gratuitos – bem como a possibilidade de intervir junto às camadas sociais mais desfavorecidas financeiramente, como é o caso da política de Assistência Social.

Passaremos, então, à questão da aplicação da psicanálise ao social.

3.2 O Analista na Instituição

Embora tenhamos o entendimento de que a prática clínica se refira a uma modalidade de escuta e não às técnicas utilizadas, é preciso considerar que a prática psicanalítica no contexto das instituições públicas não se dará da mesma forma que se dá nos consultórios particulares. Também há que se evidenciar que nem toda intervenção poderá ser considerada psicanalítica. Por conseguinte, aquilo que orienta (e define como tal) uma prática psicanalítica, inclusive nas instituições, é a ética do desejo, "a ética de bem dizer a relação do sujeito com o desejo" (ALBERTI, 2000, p.41). Para Alberti (2000), é o campo ético que "nos serve de parâmetro para as possíveis ações no campo social" (ALBERTI, 2000, p. 37).

Sobre as ações no campo social, concordamos com Rosa (2017) quando ela assinala que "a contribuição da psicanálise às questões sociais e políticas é a de introduzir seu método na relação intrínseca com a clínica e, pela via dos laços sociais, a escuta da dimensão sociopolítica do sofrimento". (ROSA, 2017, p.24)

Nossa aposta é que a presença das (os) psicólogas (os) na Assistência Social passa pela concepção de que social e individual são indissociáveis, no sentido de que um repercute no outro.

Tomando os ensinos freudiano e lacaniano como base, concordamos com Goldenberg (2006) que toda psicologia individual é social, na medida em que não existe sujeito do inconsciente sem o Outro. Repisa-se que "não há clínica do sujeito sem clínica da civilização" (MILLER *apud* ALVARENGA, 2014, s/p.) e é aí que somos convocados enquanto analistas. Para Alvarenga (2014), "isso faz parte do que Lacan chamava a missão da psicanálise em nosso mundo".

Segundo Lima (2014):

> Este aforismo, "o inconsciente é a política", na verdade constitui um desdobramento da afirmação inicial de Lacan: "O inconsciente é o discurso do Outro" [...], ou seja, que **a formação do inconsciente é um processo social.** (LIMA, 2014, s/p, grifo nosso)

Goldenberg (2006) pontua que afirmar que "o inconsciente é o discurso do Outro" não significa que o inconsciente é coletivo, mas, sim que ele é "transpessoal" e "relacional" – empregando os termos utilizados pelo autor – e ilustra: "[...] o complexo de Édipo envolve pelo menos três personagens; o ideal do eu, motivo do recalque, concerne à aprovação de um outro de quem se espera reconhecimento; as perturbações neuróticas afetam nossa vida familiar ou laboral". (GOLDENBERG, 2006, p. 35)

Parece-nos claro que o fato de a Psicanálise ter como objeto o sujeito do inconsciente e de a clínica ter como marca a singularidade dos casos, uma clínica psicanalítica não é individualizante e a-social e, portanto, pode ser útil nas políticas públicas.

Tendo isto em vista, faz-se necessário discutirmos como a psicanálise pode se articular com estes dois pontos: política e público (a).

Goldenberg (2006) considera que a oposição entre psicanálise e política é ingênua, principalmente, se baseada na oposição individual e coletivo, oposição esta que já desconstruímos acima. Para ele, a ligação entre política e psicanálise "não está tanto na teoria como na prática, no exercício mesmo dessa profissão que necessariamente lida com os problemas da escolha e da liberdade" (GOLDENBERG, 2006, p. 09). Acrescenta, ainda, que a ação tanto da psicanálise, quanto da política, deve provocar transformações.

No entanto, se os efeitos de suas ações as aproximam, Akerman (2005) e Goldenberg (2006) grifam uma diferença importante entre política e psicanálise: a primeira se ocupa do universal, enquanto a segunda, do particular.

Quanto às políticas públicas, o universal está dado por uma legislação anterior:

> Nas políticas públicas ganhamos proximidade de fronteira com o campo jurídico, uma vez que o "estado de direito" é permanentemente atravessado pelas portarias, resoluções, estatutos, legislações que têm um tempo estendido não correspondente ao tempo da pulsão contemporânea. Alicerçando-nos sobre os conceitos de risco e de direito violado, apareceu a exigência para que nos aparelhássemos para o encontro com relações peculiares entre os sujeitos e a lei. (AKERMAN, 2005, mimeo)

A prescrição dos direitos em leis só se deu com a modernidade, a partir do movimento liberal. Aprendemos, com Foucault e com seus interlocutores, que o modo como a sociedade se organiza impacta na produção das subjetividades. Dessa maneira, para alcançarmos os efeitos do discurso jurídico em nosso tempo e no serviço/instituição em questão, lançaremos mão de suas contribuições.

Scheinvar (2012), através de uma leitura foucaultiana, revela que a promulgação dos direitos, através dos diversos dispositivos legais, vem revestida de esperança de mudanças sociais. O Estado Democrático de Direito seria o grande mote no combate às desigualdades e injustiças. Todavia, contrariamente à ideia liberal, os mecanismos jurídicos não libertam, mas, sim, padronizam, criando novas relações sociais. Segundo a autora, "a sociedade disciplinar se apoia nos direitos, produzidos como normas universais, como se fossem neutros, definindo o sujeito de direito: o cidadão" (SCHEINVAR, 2012, p. 46). Nesta perspectiva, a violação da lei é um crime e "o violador um inimigo social" (SCHEINVAR, 2012, p. 46)

Esta lei, universal, que deve ser obedecida, passa a padronizar e a regular a vida, que deve ser vivida de uma maneira específica. As demais formas, que não se enquadrarem na norma, são desqualificadas e, até, criminalizadas. A lei:

> [...] define como deve ser mãe, o que é o controle dos filhos e o que é maltrato; como deve organizar-se uma família; que práticas são pedagógicas e quais desrespeitam ou torturam; o que é criação, mau humor, desespero e o que é loucura; o que é uma relação de trabalho aceitável ou justa e o que é exploração, enfim, os modos de vida estão na mira da regra geral definida por leis e elas, para serem aplicadas, intervém na intimidade das existências, incluídos os desejos e as expectativas. (SCHEINVAR, 2012, p.46)

Ainda de acordo com a autora, a lei acaba por tornar-se a referência da vida e, consequentemente, há uma naturalização da lógica judiciária, "fazendo com que sejam demandadas insistentemente tanto novas leis quanto a execução incisiva delas" (SCHEINVAR, 2012, p. 48).

Donzelot, citado por Romagnoli (2015) evidencia que a emergência do chamado "setor social" só é possível na modernidade. Sua função seria "efetuar um governo por meio das famílias. Esse setor, através de seu aparecimento, provocou novas relações entre a esfera pública e a esfera privada, formando um novo domínio". (ROMAGNOLI, 2015, p. 454)

Tendo em vista tais considerações, recorremos a Lemos, Scheinvar e Nascimento (2014), que defendem que a construção do conceito de risco deva ser cuidadosamente analisado, uma vez que temos políticas públicas operando a partir do mesmo, como é o caso da Assistência Social. Após o levantamento histórico do uso do termo, as autoras concluem que houve uma associação deste significante com anormalidade, desvio e periculosidade, sendo que:

> As práticas que adotam esta referência/recorte para criar políticas públicas acabam operando de forma impregnada de juízos de valor que pouco contribuem para a formulação de um dispositivo de atenção que reverta situações sobre as quais se intervém. As práticas preventivas vão se ampliando, incidindo sobre virtualidades, dirigidas a fluxos populacionais que são etiquetados pela categoria "risco". Essas intervenções só podem ser normalizadoras. (LEMOS; SCHEINVAR; NASCIMENTO, 2014, p.160)

Já tendo trabalhado os conceitos de vulnerabilidade e risco em outro capítulo, trouxemos tal enfoque por entendermos que as diferentes concepções atravessam o cotidiano do serviço, havendo entre a prática e as orientações pontos de encontro e de distanciamento.

Lemos, Scheinvar e Nascimento (2014) também demonstram que a infância e a juventude tornaram-se alvo dos cuidados do Estado, não por acaso. Citando Castel e Foucault, as autoras afirmam que se pretende prevenir problemas futuros investindo em determinadas faixas etárias. Sob esta ótica, crianças devem ser protegidas dos perigos e adolescentes são potencialmente perigosos. Enquanto alguns serão "acudidos", outros serão "controlados" ou, até mesmo, "eliminados". (LEMOS; SCHEINVAR; NASCIMENTO, 2014)

A pesquisa de Munhoz (2017) vai ao encontro desta discussão. Na tentativa de conhecer como os "técnicos" que assistem adolescentes em cumprimento de Medidas Sócio Educativas em Meio Aberto direcionam suas intervenções, a pesquisadora observou que "a família era, a todo o momento, entendida como a causa da delinquência e, ao mesmo tempo, como a única capaz de ressocializar os adolescentes" (MUNHOZ, 2017, p. 128)

Na mesma seara, Romagnoli (2015) cita a pesquisa de Meyer, Klein e Fernandes, também ocorrida na Assistência Social, que "encontraram uma grande diferença entre o que está escrito no texto dos programas e o que acontece no dia-a-dia dos técnicos que atuam nesses programas" (ROMAGNOLI, 2015, p. 455). De acordo com elas, por exemplo, embora as normativas da Assistência Social tenham um conceito de família mais aberto e divergente do modelo nuclear, é este último que prevalece como ideal para os "técnicos", ressoando em suas intervenções.

Romagnoli (2015) também nos mostra o lugar contraditório que a família ocupa no Sistema de Proteção Social brasileiro:

> De um lado, esse grupo [a família] é colocado como portador de direitos; logo sujeito de direitos. De outro lado, também é portador de responsabilidades; dessa maneira a família é responsabilizada, ao lado da sociedade e do Estado, pela proteção à infância e à adolescência e ao idoso. (ROMAGNOLI, 2015, p.453)

Acrescenta, ainda, que a Psicologia pode reforçar ainda mais a responsabilização da família, se sua prática estiver calcada no individualismo e na interiorização. “Essa lógica individual, de certa maneira, ainda persiste e não se adéqua, a nosso ver, com os trabalhos no campo da assistência social e tampouco com as famílias” (ROMAGNOLI, 2015, p.453)

Acreditamos que tal contextualização é fundamental para o trabalho do analista na instituição, bem como que “a psicanálise como um saber deve poder conviver, questionar e ser questionada por outras disciplinas, enriquecer e ser enriquecida por elas [...].” (MARCOS, 2010, p. 106). É localizando como o saber e as relações de poder podem oprimir as famílias, que podemos operar de outra posição.

Novamente, recorremos à Akerman (2005) para indicar uma possível articulação entre psicanálise e políticas públicas, sobretudo no PAEFI, pois, identificamos que há uma incidência bastante consistente do discurso jurídico:

> A entrada da psicanálise neste cenário pressupõe a construção de uma referência, uma saída, uma estratégia para os sujeitos que não se sustentam no direito, que não se reconhecem na oferta identificatória da política pública, aos sujeitos irregulares que não encontram na cidadania uma consistência suficiente. Pode-se afirmar que a política pública se deixa enganar pela crença de que **cidadania** seria suficiente para fornecer consistência ao sujeito. Por aí se localiza a clínica (clínica ampliada) como elemento teórico-metodológico central do trabalho da psicanálise no âmbito das políticas públicas. (AKERMAN, 2005, mimeo)

Caldas e Boechat (2018) também comentam como a cidadania é produzida pelo Estado, como o mesmo tenta lidar com os que escapam à ela e como a clínica pode adentrar nessas relações:

> A clínica permite-nos de forma privilegiada, o encontro com as incidências das políticas públicas que regem uma cidade. Há uma crença subjacente a essas ações, a de que é possível que o estado se veja livre do que toma como resto, muitas vezes por ele mesmo engendrada, como também a desresponsabilização pelo que produziu. (CALDAS; BOECHAT, 2018, p.16)

Assinalam que a clínica psicanalítica não trabalha em nome do “para todos” e que, ao visar o singular, a psicanálise está advertida de que “o universal de um saber que pretende enunciar o que é bom para todos fracassa por não levar o fracasso em conta” (CALDAS; BOECHAT, 2018, p.17), podendo, assim, o bem universal violentar e em nome da “garantia de direitos”, segregar.

A atuação na Assistência Social requer uma postura dialógica. Nossa proposta é de uma clínica feita por muitos. Tal proposta será abordada posteriormente.

Ao falarmos da relação estabelecida entre, pelo menos, dois; de alguém que se dirige ao outro, falamos de laço social. Nessa lógica, a relação estabelecida entre profissionais e usuários corresponde a um tipo de laço social, ou, segundo a teoria lacaniana, a um tipo de discurso.

Para Costa (2009), "pode-se definir laço social como aquilo que amarra o sujeito à realidade coletivamente pactuada, a partir de uma gama de signos, dos quais o ser humano depende para ordenar-se no mundo". (COSTA, 2009, p. 114).

O discurso é a fórmula de uma estrutura que, embora possa ser sem palavra, nunca é sem linguagem. "Esses enunciados nem sempre são evidentes ou explícitos. Eles precisam ser detectados, ou seja, interpretados para se saber o tipo de laço social e a forma como ele se apresenta" (QUINET, 2006, p. 30)

Sendo assim, o modo como um sujeito se propõe a tratar o outro faz toda a diferença: "não há tratamento que não seja efetivado através de um discurso. Desta maneira, todo tratamento se insere num laço social". (QUINET, 2006, p. 19). Desse modo, operar como analista e operar como psicoterapeuta diz de diferentes posições no laço social ou, em outras palavras, do agenciamento de diferentes discursos.

Temos, então, quatro modalidades discursivas ou quatro maneiras de fazer laço social. Segundo Quinet (2006):

> *O discurso do analista é o único laço social que trata o outro como um sujeito.* Quando não é assim, estamos tratando o outro ou como objeto, ou como um mestre, ou como escravo. Se tratamos como sujeito, estamos no discurso do analista, o que faz pensar que este pode comparecer fora do *setting* analítico. (QUINET, 2006, p. 35)

Quando tratamos o outro como objeto, estamos no discurso da universidade. Se o outro é tratado como mestre, identificamos o discurso da histérica. Ao tomar o outro como escravo, o sujeito está agenciando o discurso do mestre. Estes são modos de estar no mundo, independentemente do lugar e do tipo de relação que se estabelece (profissional, amorosa, familiar, etc.). Mas, também, não são modos fixos. Um mesmo sujeito pode agenciar diferentes discursos, em diferentes situações.

Para Alberti (2000), “verificar as diferentes posições que um sujeito assume no laço social, é necessariamente um ponto de partida fundamental para todo aquele que deseja intervir na instituição como psicanalista”. (ALBERTI, 2000, p. 38) Por este motivo, interessa-nos saber quais são os laços sociais estabelecidos entre profissionais e usuários no PAEFI: Quais discursos circulam em uma instituição na qual não se pode fazer clínica? Quais as consequências disto para os usuários e trabalhadores do serviço, sobretudo para as (os) psicólogas (os)? Podemos afirmar que fazer clínica é tratar o outro como sujeito? Poderia o trabalhador do PAEFI agenciar o discurso do analista?

Contudo, antes de trazer a teoria dos discursos, falaremos da constituição do laço social, sob a ótica psicanalítica.

3.3 A Constituição do Laço Social

O sujeito, em psicanálise, não é dado *a priori*. Ele se constitui na relação com o outro (semelhante), representante do Outro (tesouro de significantes, língua materna). Não há constituição subjetiva que prescinda do outro. “Lacan diz que [o inconsciente] é o discurso do Outro”. (GOLDENBERG, 2006, p. 35)

O bebê, completamente dependente dos cuidados alheios para sua sobrevivência, nasceu a partir de uma parceria entre um casal de seres falantes, por sua vez, inseridos em uma cultura. Ele (o bebê) estará exposto a um “enxame” de significantes e terá que identificar-se a um para se inserir na linguagem. Quais seriam as condições de possibilidades para tal identificação? Por que “Sua Majestade, o bebê” abriria mão de sua satisfação auto-erótica para fazer laço com o outro?

Se, num primeiro momento, a satisfação prescinde do objeto material, isto é, se basta alucinar para satisfazer-se, num segundo momento, a alucinação é insuficiente para a satisfação das necessidades e o mal-estar será dirigido ao outro, que o acolherá, interpretando-o e “satisfazendo-as”. Logo, é a nossa condição de desamparo primordial que fará com que estabeleçamos laços sociais. Nas palavras de Teixeira e Moreira (2013):

> A brutalidade e a violência do desamparo, entendido em termos psíquicos e sociais (inevitável pela precariedade vital do homem), é o que irrompe, levando à abertura para o semelhante. A experiência da impotência e do desamparo de que padece o homem do nascimento à morte leva ao movimento de idealização do Outro e do

> outro como passível de acolhê-lo e de garanti-lo. (TEIXEIRA; MOREIRA, 2013, p. 196-7)

Entretanto, esta não é a única operação para que o filhote humano se torne um ser falante. Não se trata apenas de abrir-se ao seu semelhante, até, por que, inicialmente, não há um "eu" e um "outro". A tríade mãe-bebê-falo dá-nos a *ilusão* de uma "totalidade", usando o termo empregado por Costa (2009).

Para que um significante tenha um significado, é preciso um segundo significante. Ou seja, para que haja uma cadeia de significantes, para que haja conexões e sentidos, há que se produzir um hiato.

Este hiato será produzido através da "metáfora paterna [11]": se, inicialmente, o bebê não consegue diferenciar-se da mãe, se a relação entre ambos é recoberta pela ilusão de que um completa o outro, é a entrada do pai, enquanto terceiro, a operação responsável pelo desvelamento da crença de que o bebê é o falo da mãe. Um hiato se produz na relação mãe-bebê e, também, no "enxame" de significantes.

Assim nos ensina Costa (2009):

> Tal intervenção castradora reverbera diretamente no inconsciente do infante; elide a desordem totalitária que caracteriza o mencionado enxame ao retirar um dos significantes que o compõem – o S1 –, a partir do qual indicará a cisão do filho em relação à mãe, revelando-lhe a falta desta e, por conseguinte, uma ausência que pressupunha suprir. Via reflexa, também desvela a falta própria da criança, que não se mostra capaz de satisfazer todos os anseios da mãe. (COSTA, 2009, p. 120)

Portanto, é a falta o ingresso para a civilização, para a constituição subjetiva, para o acesso à linguagem. A criança só se identificará a um significante a partir da castração simbólica. Como se dá tal identificação?

A partir desta operação (da castração simbólica, da entrada do Pai), a criança, destituída de seu status de ser o falo, passa a crer que o pai é o detentor do falo e a ele se identificará. Vendo a possibilidade de, como seu pai, poder ter aquilo que constitua o objeto de desejo da mãe, o sujeito associa o "Nome-do-Pai"[12] (S2) ao falo (S1). É o S2 que permitirá

[11] Entende-se por metáfora a substituição de um significante por outro. No caso, trata-se de substituir o Desejo da Mãe pelo Nome-do-Pai.

[12] Sendo o pai uma metáfora, o Nome-do-Pai é o significante que substitui a primeira simbolização do sujeito na ausência/presença da figura materna. O Nome-do-Pai barra o Desejo da mãe, tirando o sujeito de uma posição de alienação em relação à mãe; a operação em jogo na alienação corresponde à operação de reunião na lógica das classes (numa analogia à operação de disjunção no cálculo sentencial), entendendo que a reunião não é uma soma e os elementos que se repetem nos dois campos (Sujeito, Outro) não contam duas vezes. Se existe uma

"o estabelecimento de conexões entre os demais significantes que antes constituíam o enxame, dando origem a uma estrutura inconsciente que possibilitará ao sujeito ingressar no universo simbólico". (COSTA, 2009, p.120)

Nesta seara, Teixeira e Moreira (2013) ressaltam que:

> [...] É pelo pacto primordial que o sujeito e o social se constituem, tendo a operação da Lei primordial a função de corte, de separação, de proibição: é o Édipo freudiano (a pedra angular da estruturação intrapsíquica e do processo civilizatório). (TEIXEIRA; MOREIRA, 2013, p. 196-7)

É através dos significantes aos quais se identifica que o sujeito apresentar-se-á no mundo, isto é, estará representado para o outro, para um outro significante. Os demais significantes, aqueles com os quais não houve identificação, aqueles que restaram desta operação, compõem o campo do gozo: "o campo do gozo é, antes de tudo, um campo operatório e conceitual, estruturado pela linguagem por meio de seus aparelhos, que são aparelhos de tratamento do gozo nos laços sociais: os discursos". (QUINET, 2006, p.27). Sobre os discursos, falaremos mais adiante.

Em suma, a inserção na linguagem implica, necessariamente, em uma perda de gozo. Viver em sociedade exige do sujeito uma "renúncia pulsional". (QUINET, 2006)

Nesta perspectiva, concordamos com Moreira (2003) quando afirma que o fato de a presença do outro ser condição *sine qua non* para a constituição subjetiva não implica, para a psicanálise, na visão de uma sociedade harmônica, pois, reconhece-se que a presença do outro é, ao mesmo tempo, necessária e traumática para o sujeito: "É sempre ambivalente a relação de que Freud fala: aquele que protege é quem persegue e amedronta". (TEIXEIRA; MOREIRA, 2013, p. 196-7)

Quinet (2006) também nos lembra que "Freud aponta o relacionamento com os outros como a causa de maior sofrimento do homem". (QUINET, 2006, p. 17)

Trata-se, então, de um acordo, de um pacto, de uma "escolha forçada". Para Costa (2009):

---

separação, ela é possível pela entrada de um terceiro elemento numa relação que antes era dual. Sem esse terceiro a diferença de dois não se faz. Equivale na lógica de classes à operação de intersecção (numa analogia à operação de conjunção no cálculo sentencial), fazendo valer a diferença entre dois termos na entrada de um terceiro que pertence a um e Outro. (YAMAGUISHI, 20--, s/p.) Disponível em: https://uspdigital.usp.br/siicusp/cdOnlineTrabalhoVisualizarResumo?numeroInscricaoTrabalho=3828&numeroEdicao=15. Acesso em 16/12/2017.

> Diante de tamanho abandono – que decorre da impossibilidade de simplesmente existir –, o estabelecimento do laço social acaba por ser a tábua de salvação do ser humano, a qual lhe permite sentir-se minimamente integrado a uma ordem e precariamente seguro contra o caos que caracteriza o que lhe é estranho e externo, ameaçando engoli-lo. (COSTA, 2009, p. 115)

De acordo com Teixeira e Moreira (2013), em sua leitura de "Totem e Tabu":

> Assumindo a relação entre estado de sociedade e relação fraternal, os processos de identificação se afirmam como essenciais à constituição de qualquer relação social. Pensando em um momento inaugural da cultura, é a identificação dos filhos com o Pai e a identificação deles entre si como irmãos o que sustenta o vínculo que os mantém unidos. A identificação constitui um dos mecanismos que promovem o laço social [...]. Freud (1976c) dedica ao referido processo uma interessante análise acerca da coletividade. A relevância por ele atribuída às massas se dá pelo fato de elas revelarem a condição nuclear da sociabilidade, constituinte do sujeito e do *socius* em um mesmo movimento. (TEIXEIRA; MOREIRA, 2013, p. 196)

E complementam: "Assumidas essas questões, fica claro o porquê de Freud (1976b, 1976c, 1976d) não diferençar a psicologia do indivíduo da psicologia das massas. **Pensar a psicanálise como ética supõe a afirmação de que o sujeito é social**". (TEIXEIRA; MOREIRA, 2013, p. 197, grifo nosso)

Concebemos, então, como laço social o dispositivo/recurso que faz a ligação entre o sujeito e o coletivo, no sentido de que para viver em sociedade é pactuada "uma gama de signos" (COSTA, 2009). Abrimos mão de uma parcela de gozo em prol de uma precária segurança. Fazemos o acordo de não nos aniquilarmos mutuamente. A perda estrutural e estruturante que a castração nos impõe possibilita, por sua vez, uma série de trocas: não se pode tudo ter, mas, se pode ter algo. Por conseguinte:

> O discurso como laço social é um modo de aparelhar o gozo com a linguagem, na medida em que o processo civilizatório, para permitir o estabelecimento das relações entre as pessoas, implica a renúncia da tendência pulsional em tratar o outro como objeto a ser consumido: sexual e fatalmente. [...] A civilização exige do sujeito uma renúncia pulsional. Todo laço social é portanto um enquadramento da pulsão, resultando em uma perda real de gozo. (QUINET, 2006, p.17)

Como nos sinaliza Goldenberg (2006), "gozar contraria o laço social definido pelo contrato, o acordo e a partilha" (GOLDENBERG, 2006, p. 27). O gozo é sempre particular e intransferível. Não há gozo que seja coletivo.

Ortiz (2017) comenta que, mesmo em fenômenos de grupo, tal qual como Freud nos ensinou, se, por um lado, os sujeitos se juntam substituindo o ideal do eu por um líder eleito como objeto de amor, por outro lado, esse traço que os identifica e fazem-nos juntar-se, diz de um gozo que é de cada um. Isto é, mesmo quando se juntam o gozo não é coletivo. Cada um goza à sua maneira: "Claro que o prazer é autoerótico, é singular, não faz comunidade; mas se identifica com o traço mortífero do ideal que faz comunidade, e empurra o gozo de cada um em nome do ideal de todos"[13]. (ORTIZ, 2017, p.61)

Para Laurent (2011), "não há nenhuma possibilidade de visar a norma comum". (LAURENT, 2011, p. 52). A ligação entre sujeito e coletivo não implicaria em subsumir as peculiaridades do primeiro. E acrescenta: "(...) no fundo vocês 'fazem-de-conta' de que entram na norma, mas o sintoma de vocês é um obstáculo a isso. Será sempre aquele ponto de real que objeta. É por isso que as normas são sempre mentirosas". (LAURENT, 2011, p. 52).

Portanto, fazer laço social não se trata de fazer uma comum-unidade, já que, considerando Freud e Lacan, toda comunidade, todo grupo, constitui-se ao preço de eleger um inimigo ao qual se projetará sua agressividade. (Ortiz, 2017)

Assim sendo, segundo Laurent (2011), não existe laço social. O laço social é puro semblante, no sentido de que o simbólico e o imaginário nunca recobrirão todo o real. Haverá sempre um ponto incompreendido e incompreensível, algo que foge ao sentido e à interpretação. Explicando de outra maneira: a agressividade é estruturalmente humana, mas, criamos maneiras de regulá-la, apaziguá-la ou reorientá-la para atividades mais construtivas, mas, há um ponto de gozo que escapa, que não será tratado. O laço social é puro semblante porque o gozo não faz laço e o laço não dá conta de todo o gozo.

Parafraseando Lacan, Quinet (2006) afirma que "os laços sociais são tecidos e estruturados pela linguagem" (QUINET, 2006, p. 17) e por isso os quatro modos do sujeito se relacionar com o outro foram chamados de discursos:

> Com a teoria dos discursos Lacan formalizou o que Freud designou como as três profissões impossíveis – governar, educar e psicanalisar –, acrescentando o que aprendeu com as histéricas "fazer desejar". Os quatro discursos formalizam esses quatro impossíveis. (QUINET, 2006, p. 29)

[13] Por supuesto que el goce es autoerótico, es singular, no hace comunidad; pero sí lo hace identificarse al rasgo mortífero del ideal que sí hace comunidad, y empuja al goce de cada uno en nombre del ideal de todos. (ORTIZ, 2017, p. 61)

O impossível é um dos nomes do real, em Lacan (QUINET, 2006). Embora os laços sociais se estruturem a partir do impossível, essa impossibilidade não é total, uma vez que se governa, se educa, se analisa e se faz desejar. Os laços sociais seriam, segundo o autor, as possibilidades diante do impossível da complementaridade entre os sexos, portanto, são as possibilidades diante do real da castração. Os laços sociais são formas de tratamento de gozo ou, nas palavras do autor, "o laço social é uma estrutura discursiva da dominação do gozo". (QUINET, 2006, p. 30)

Rosa (2017) enfatiza:

> Os laços sociais têm seu fundamento na linguagem, campo simbólico por excelência, mas, a partir desse ponto são laços discursivos, ou seja, materializam-se nos modos de relação em um dado tempo e lugar, pautando a construção da história de cada um, inserida no campo discursivo de seu tempo. Na perspectiva psicanalítica, os laços sociais remetem à condição constitutiva do homem e da civilização, condição esta que inaugura a entrada do homem na linguagem e na cultura. A inserção processa-se simultaneamente no jogo relacional, afetivo, libidinal e também no jogo político. (ROSA, 2017, p.23)

Aqui, faz-se fundamental, mais uma vez, apontarmos que a clínica que propomos é que considera que o sujeito não pode ser apartado de seu contexto histórico, social, político e econômico.

Se, a princípio, psicanálise e política são categorias conceituais constituídas em campos distintos, encontramos na construção do conceito de 'inconsciente' "questões relacionadas ao laço libidinal que une os humanos à origem da lei, aos pactos sociais, ao poder – objetos de estudo da política" (ROSA, 2017, p. 22)

Logo, o diálogo entre Psicanálise e Política não seria apenas possível, mas, necessário. Sob a mesma ótica, Akerman (2005) declara que não há novidade na tentativa de sustentar uma articulação entre psicanálise e políticas públicas e que estas últimas "remetem a um recorte a um campo específico do 'como viver juntos'". (AKERMAN, 2005, mimeo)

O autor sustenta, ainda, que a escuta do sujeito oportuniza o rompimento da política de Assistência Social com o assistencialismo uma vez que, o assistencialista assume a posição daquele que sabe, antecipadamente, do que outro precisa, pois, "se sustenta em valores, por ele, considerados universais e até mesmo naturais como o dinheiro, a paz, ou o encontro harmonioso e sacrificado com um deus transcendente". (AKERMAN, 2005, mimeo).

Neste sentido, o assistencialista seria um mero encaminhador, na crença de que para cada falta, há um objeto correspondente: se falta comida, cesta-básica, se está ocioso, atividade, entre outros, prescindindo-se da escuta do particular de cada sujeito, de como cada sujeito lida com as próprias faltas.

Ao citarmos benefícios e atividades ofertadas pelo SUAS no exemplo anterior, não estamos tomando assistência social e assistencialismo como sinônimos, mas, sim, considerando que a posição assistencialista, por vezes, aparece na execução da Política de Assistência Social a despeito das mudanças na legislação. É claro que os benefícios são importantes e necessários. O modo como fazemos uso dele no acompanhamento é que pode ser variado: ele é fim ou ele é meio? Como o benefício pode intermediar o vínculo do sujeito com a instituição? O repasse do benefício promove a fala ou cala o sujeito?

Seguindo tal raciocínio, nos preocupa o fato de que muitos casos em que os direitos estão assistidos pelo Estado, a situação de violência é perpetuada. São os chamados casos crônicos. De maneira alguma, pretendemos afirmar que a Assistência Social produza/provoque a violência. O nosso impasse é: por que a despeito de todos os encaminhamentos, de toda tentativa de atender às demandas do usuário, de todo o esforço para a promoção de direitos, a violência permanece?

Para Viganó (1999), "a cronicidade é uma adesão a um programa de vida imposto, decidido de fora de qualquer expressão subjetiva. [...] a respeito dessa perspectiva, proponho a construção do caso clínico" (VIGANÓ, 1999, p. 50-1). Neste sentido, a construção do caso clínico passaria por uma escuta do sujeito, enquanto tal.

Explica Akerman (2005):

> Recolhendo orientações desta conferência de Viganó teríamos a perspectiva de que a operação da política pública só pode ter sucesso na condição de seguir o estilo que é sugerido pela estrutura subjetiva do sujeito e de que uma perspectiva pedagógico-interpretativa pode esvaziar qualquer possibilidade do sujeito fazer as perguntas sobre a demanda, como por exemplo: - *o que faço aqui? O que torna minha vida insuportável? O que posso fazer para encontrar uma solução?* Em síntese trata-se de não colocar a pergunta: - *o que podemos fazer por ele?,* mas uma outra pergunta: *o que ele vai fazer para sair daqui?*(AKERMAN, 2005, mimeo)

Assim, temos a exemplificação de duas posturas éticas, de dois modos de operar, de dois tipos de laço social, de dois tipos de discurso: um que tem um projeto para todos e outro que inclui o sujeito na construção de seu projeto, de uma solução que só serve para ele.

Passemos, então, aos quatro discursos propostos por Lacan, para tentar responder às questões que provocaram nossa pesquisa.

3.3.1 Os Quatro Discursos Radicais

Tomamos, desde Freud, que há um mal-estar estrutural, pois, conforme apresentado anteriormente, civilizar-se significa abrir mão de uma parcela de gozo. É a partir do texto "Mal-estar na civilização" que Lacan teorizará os quatro discursos, remetendo-se às três tarefas impossíveis, somadas ao ensinamento histérico: governar (discurso do mestre), educar (discurso da universidade), psicanalisar (discurso do analista) e fazer desejar (discurso da histérica).

Os matemas dos discursos, estruturados por Lacan, são compostos por quatro elementos, que podem ocupar quatro diferentes posições, de forma que o movimento que fazem será sempre no sentido horário. "A barra da primeira fração de cada discurso representa a interceptação da apreensão de qual é a verdade em causa em cada laço social". (QUINET, 2006, p. 32-3). Já "a barra da segunda fração dos matemas dos discursos refere-se ao que o *outro* de cada laço social deve produzir". (QUINET, 2006, p.35)

São elementos dos discursos: S1, S2, *a* e $. Em Quinet (2006), encontramos as seguintes definições:

- **S1 (o mestre):** "É um significante tomado a partir de sua propriedade de comando. [...] O poder de comando próprio ao significante se vincula a outra propriedade do significante: [...] ele não pode ser partido". (p.31)
- **S2 (o saber):** "É a repetição do S1. [...] Quando o S1 se repete não é mais S1, e sim S2. [...] Essa repetição que não cessa forma a própria rede de significantes – eis o saber inconsciente". (idem)
- **a (o objeto *a*):** trata-se do que resta da operação de tentar repetir a primeira experiência de satisfação. "E o resultado é o gozo fracassado. [...] O objeto *a* vem nomear o gozo fracassado. [...] O objeto *a* é o que cai, o que não se alcança do gozo; no entanto, é o gozo produzido na repetição significante". (p. 32)

- **$ (o sujeito):** "É o significante barrado, riscado, pulado da cadeia significante". (p.32) O sujeito do inconsciente não está na cadeia significante, está excluído da rede de saber. "É uma resposta do real da repetição significante do gozo" (idem).

São os lugares que os elementos podem ocupar[14]:

- **Agente[15]:** é a função dominante de cada discurso. Este *agente* é sempre impelido por uma verdade da qual desconhece, através da qual põe o outro para trabalhar. O *agente* formaliza um dito – enuncia uma ação para ser realizada pelo outro. Cada vez que o *agente* toma a palavra, é uma prescrição que é dada.
- **Outro:** é aquele a quem o discurso se dirige, é o efeito que necessita de um agente para se constituir. Lacan determinou o lugar do *outro* como lugar do trabalho. Se há trabalho, algo se perde, há uma perda de gozo, perda indispensável para a realização do laço social.
- **Produção:** é o efeito do discurso. É o que resulta da operação entre o agente e o outro. É o que resta desta operação. É o que o agente faz causar no outro, pondo-o para produzir. A *produção* é resultado da relação específica de um determinado agente na relação com um determinado outro.
- **Verdade:** é o sustentáculo de todo discurso. Ela aparece, porém, sempre na condição de semi-dita – ou seja, ela é sempre um "semi-dizer". Uma *verdade* nunca pode ser dita toda. O que é possível dizer são só meias verdades. A enunciação de toda a *verdade* é uma impossibilidade estrutural, corroborada pela impossibilidade do sujeito de ser completo ou completado.

[14] Os itens seguintes foram tomados da aula ministrada pela Dra. Paula Ângela de Figueiredo e Paula, na disciplina "Psicologia e Processos de Subjetivação", no nono período do curso de Psicologia da PUC Minas Betim.

[15] Para Quinet (2006), "o lugar do agente no discurso é o lugar da "dominante", termo que Lacan toma emprestado de Jakobson, que o utiliza a partir da teoria formalista russa para analisar a literatura e as obras de arte. Pode-se definir a dominante como 'o elemento focal de uma obra de arte. Ela governa, determina e transforma os outros elementos... É um elemento lingüístico específico que domina a obra em sua totalidade. Ele age de forma imperativa, irrecusável, exercendo diretamente a sua influência sobre os outros elementos'". (QUINET, 2006, p. 33-4)

Ao abordarmos a constituição subjetiva, vimos que o sujeito do inconsciente $ surge a partir de uma operação que possibilita a significação de um S1 por um S2 e que desta operação obtém-se um resto, uma perda real de gozo. Tal formulação se dá seguinte maneira:

$$\begin{array}{cc} \underline{S_1} & \Rightarrow \quad \underline{S_2} \\ \$ & // \quad a \end{array}$$

Este é o matema do discurso do mestre. O discurso do mestre é o discurso do inconsciente.

Seja do ponto de vista subjetivo, seja do ponto de vista histórico, este é o primeiro discurso tratado por Lacan. Referindo-se ao aspecto histórico, estamos falando da relação senhor/escravo, patrão/proletário, que regulam nossa sociedade há séculos, pois, se os discursos são as formas de relação/vínculo entre o sujeito e o outro, não podemos deixar de considerar que ambos estão inseridos em um contexto social, cultural, histórico e econômico.

Quanto à formalização:

> A partir do discurso do mestre temos a definição tanto do sujeito quanto do significante. “O sujeito é aquilo que um significante representa para outro significante”. Neste discurso, o significante (S1) representa o sujeito para a rede de todos os outros significantes (S2), ou seja, para a rede de saber. (QUINET, 2006, p.33)

As outras três estruturas discursivas serão obtidas a partir do discurso do mestre. (COELHO, 2006). Vejamos cada uma delas.

a) Discurso do Mestre

$$\underline{S_1} \Rightarrow \underline{S_2}$$
$$\$ \;//\; a$$

Tendo em vista a discussão acima, acerca da condição "primária" do discurso do mestre, compreendemos o que Quinet (2006) quis dizer ao afirmar que "o discurso do mestre é o discurso da instituição, o discurso que institui" (QUINET, 2006, p. 36), pois ele (o discurso) traduz a alienação ao significante ao qual todos estamos "sujeitos". Insistimos:

> O discurso do mestre é o laço civilizador que exige a renúncia pulsional, promovendo rechaço do gozo, que retorna sob a forma do supereu, do qual o sentimento de culpa do sujeito é o índice que se manifesta através do olhar que vigia e da voz que critica. (QUINET, 2006, p. 36)

O interesse do discurso do mestre é fazer com que as coisas andem, circulem, funcionem. Ao mestre não interessa saber como fazer algo. Quem detém o saber é o *outro*, escravo/trabalhador.

No discurso do mestre, a dominante é a lei. O *agente* manda e deve ser obedecido simplesmente porque detém o poder.

Desta *produção*, resta a mais-valia, que será apropriada pelo mestre ou o mais-de-gozar que, segundo Lacan, citado por Coelho (2006) seria fácil ao escravo:

> O trabalho [...] a que se submete o escravo, renunciando ao gozo por medo da morte, será justamente a via pela qual ele realizará a liberdade. Não há engodo mais manifesto politicamente e, ao mesmo tempo, psicologicamente. O gozo é fácil para o escravo e deixará o trabalho na servidão (LACAN, apud COELHO, 2006, p. 111).

Entretanto, a *verdade*, que não pode ser toda dita, é que o mestre também é castrado.

b) Discurso da Universidade

$$\underline{S2} \Rightarrow \underline{a}$$
$$S1 \;//\; \$$$

Aqui, *o agente* é o saber e o *outro* é tratado como objeto. Uma vez que quem agencia o discurso é aquele que sabe, o sujeito inconsciente ocupa o lugar de resto, como nos adverte Quinet (2006): "O laço de educar, do discurso universitário – que estruturalmente, não se distingue do laço de burocratizar –, gera, ao tratar os indivíduos como objetos, o sujeito patológico, o sujeito do sintoma, o sujeito-castração". (QUINET, 2006, p. 37). Esta relação terá como *produção* um sujeito que desejará saber sempre mais. Lacan[16] diz que o estudante entra na universidade achando que sabe tudo e sai consciente de que não sabe nada.

A *verdade* que subjaz esta relação é que o mestre, embora não apareça claramente, está lá. Em conformidade com Paula (2017):

> Esse é o ponto mais astucioso, pois o modo de exercício do poder parece – e de fato é – esvaziado do poder do mestre. O saber nesta posição age, essencialmente, por persuasão, e não por coerção, embora a verdade do poder é sempre de impor submissão. (PAULA, 2017, P. 134)

Ou seja, neste discurso, subordinado ao significante mestre, o *agente* fala em nome de terceiros, tal como uma marionete.

> Com o S2 no lugar do agente, essa dimensão imperativa da linguagem desaparece, disfarçada e obscurecida por um discurso do poder fundado numa suposta permissão, onde há infinitas possibilidades de escolha. Neste discurso o mais-de-gozar (a), se encontra no lugar do Outro, fazendo com que esse "lugar de exploração" se torne "mais ou menos tolerável", à medida que se encontra cada vez mais povoado pelos objetos de gozo e consumo. (PAULA, 2017, p. 135)

Este modo de funcionamento, alicerce da ciência, sempre preocupou Lacan, consoante seus estudiosos. (COELHO (2006); PAULA (2017).

[16] Citação em aula ministrada pela Dra. Paula Ângela de Figueiredo e Paula, na disciplina "Psicologia e Processos de Subjetivação", no nono período do curso de Psicologia da PUC Minas Betim.

c) Discurso do Analista

$$\frac{a}{S2} \Rightarrow \frac{\$}{S1}$$

Neste discurso, temos o desejo do analista no lugar do *agente*, "questionando" o *outro*, enquanto sujeito dividido, castrado, fazendo-o trabalhar. Durante a análise, o analisando será, portanto, histericizado. Ao tratarmos do discurso da histérica, isto será melhor explicitado.

A *produção* resultante deste trabalho será o significante mestre, aquele que ordena a vida do sujeito. Enquanto *verdade*, o saber (S2) é o saber inconsciente e não o saber científico do discurso universitário. O analista aponta para o paciente que ele não é o mestre de seu próprio discurso. O saber inconsciente é sempre não-todo.

> No lugar do outro está o sujeito dividido ($) pela linguagem e alienado de saber a verdade que o causa. Por isso encontramos o saber inconsciente (S2) no lugar da verdade. O significante mestre S1, por sua vez, é o produto desse discurso, obra do trabalho da transferência que busca livrá-lo da sobredeterminação significante. [...] O analista é, portanto, o representante por excelência desse objeto pulsional que é causa de desejo. (PAULA, 2017, p.136)

Segundo Quinet (2006), este é o único discurso que considera o outro como um sujeito e no qual o significante mestre não pode estar encarnado por ninguém:

> *O discurso do analista é o único laço que social que trata o outro como um sujeito.* [...] Outra particularidade do discurso do analista é o que ele desvela sobre o significante-mestre (S1). No discurso do mestre o S1 é a lei que encarna o mestre; no discurso da histérica, o S1 é o mestre; e no universitário ele é o autor. Em cada um destes discursos, o S1 pode ser encarnado por alguém: o governante, o próprio mestre, o autor. O discurso do analista revela que esse S1 é apenas um significante, que não precisa necessariamente ser encarnado por ninguém. (QUINET, 2006, p. 35)

Trata-se, portanto, do avesso do discurso do mestre.

d) Discurso da Histérica

$$\frac{\$}{a} \Rightarrow \frac{S1}{S2}$$

O discurso da histérica é o avesso do discurso da universidade, colocando em questão o mestre e fazendo "objeção ao totalitarismo perverso do saber, seja ele qual for" (QUINET, 2006, p. 37)

O saber neste discurso é objeto de obtenção de prazer, ou seja, está no lugar do gozo. A histérica coloca o mestre "contra a parede". Ela busca levar os paradoxos e as contradições o mais longe possível, mantendo a primazia da divisão (do sujeito).

> Em outras palavras a pergunta histérica articula a experiência da fenda, do abismo irredutível entre o significante que me representa (a missão simbólica que determina meu lugar na rede social) e o excedente não simbolizado de meu ser-aí. [...] A histérica encarna "essa questão do ser": seu problema básico é como justificar sua existência (aos olhos do grande Outro). (PAULA, 2017, p.134)

Coelho nos recorda que "o discurso da histérica é o modelo, por excelência, do discurso do analisando" (COELHO, 2006, p.115), pois, o mesmo, durante o processo analítico deverá colocar em questão sua própria posição, enquanto sujeito, confrontando-se com sua falta, podendo reposicionar-se pelo sofrimento do qual se queixa e diante do outro.

Tomando Viganó (1999) como referência, entendemos que a construção do caso clínico passaria pela histerização do discurso do sujeito que chega ao PAEFI, enquanto caso social. Ou, em outras palavras, para que o sujeito encaminhado se implique em seu tratamento, crie a própria demanda (que pode não coincidir com a demanda social), é preciso que ele se apresente como sujeito dividido.

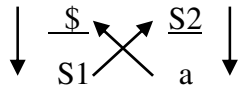
3.3.2 Uma Exceção aos Discursos Radicais: o Discurso do Capitalista

Corroborando com Souza (2003), consideramos que o discurso do capitalista não se trata de um quinto discurso, mas, sim, uma "exceção dos discursos radicais" (SOUZA, 2003, s/p), uma vez que ele não faz laço social. Sua criação por Lacan, segundo o autor, seria o resultado de uma posição questionadora acerca do "lugar da psicanálise na cultura ou na política e a posição política do analista". (idem)

Sua principal característica é que seria o único discurso no qual cada um dos vértices se alcançam, organizando-se em uma circularidade completa. Se, nos quatro discursos radicais, o objeto *a* é impossível de ser detido, no discurso do capitalista, ele está acessível.

Assim, propõe Alberti (2000):

> Corruptela do Discurso do Mestre, no Discurso do Capitalista o mestre é ainda o significante mestre, as marcas dos *gadgets* que, no entanto, não estão no lugar de semblante mas no lugar da verdade. E o sujeito, que se crê agente, é no fundo um engano que não deve se levar em conta pois o que conta, na verdade, é o brilho daqueles significantes. [...] o Discurso do Capitalista seria o tal discurso que não seria semblante. Para estudá-lo, é fundamental levar em conta as setas, que fazem com que não dê para sair dele, pois as coisas, nele, entram num círculo vicioso. (ALBERTI, 2000, p. 47)



Ratificando, o discurso do mestre, além de ter em seu escopo o processo de subjetivação do sujeito do inconsciente, traduzia, também, as relações de mercado, sejam elas feudais ou industriais. Entretanto, na contemporaneidade, o discurso que rege as relações já não é mais o mesmo.

Na opinião de Souza (2003), o que possibilitou a transmudação do discurso do mestre para o discurso capitalista foi a apropriação do *saber-fazer* do escravo pelo mestre, pela filosofia e, principalmente, pelas ciências, mudando seu estatuto. O *saber-fazer* foi universalizado e agregado de valores especiais e de certo poder, conferindo-lhe o *status* de objeto de troca. Na medida em que o saber prático tornou-se saber teórico, o *saber-fazer* do escravo transformou-se em aparelho de saber do mestre:

> A globalização desse Saber apropriado do escravo, tendo adquirido um estatuto de "objeto" ao qual tem sido agregado um valor de mercado, permitiu deduzir o discurso do capitalista. O Saber, como tal, passa a valer o quanto se pode vender e comprar dele. Nestas condições, o "próprio trabalhador" também vai se transformar num valor de mercado que pode ser vendido e comprado. Tem seu "passe" colocado à venda. (SOUZA, 2003, s/p.)

A partir do momento que o saber e o trabalho são transformados em mercadoria, em bens de consumo, há uma subversão do desejo, alterando a relação do sujeito com o objeto.

> Logo, a dialética do desejo e da falta parece claudicante: ela deveria permitir ao sujeito o se deparar, mesmo que minimante, com a falta para poder desejar. O que passa a se estabelecer, entretanto, é a necessidade contínua de dar cabo à falta e instaurar o novo objeto, o novo produto, o novo falo que irá imaginariamente bloquear o acesso ao vazio. Eis aí o aspecto mais árduo da descartabilidade, uma vez que obriga o sujeito a acorrentar-se a inúmeros objetos, acabando por não poder

> exercer seu desejo que, paralisado e perdido, coloca-o no lugar de não-ser. Seja o não-ser do não-desejo, seja o não-ser da objetificação radical. (HOMEM, 2003, s/p)

No discurso do mestre, o sujeito nunca acessaria o objeto, para sempre perdido, embora a busca por ele fosse incessante. No discurso do capitalista, o objeto é ofertado com a promessa da total satisfação, pois o sujeito se crê capaz de dominar o gozo, através do saber. O que não é sabido não mais seria de ordem estrutural, não mais estaria relacionado ao impossível imposto pelo real da castração, mas, trata-se, simplesmente, de uma questão de tempo: o avanço tecnológico e científico permitirá ao sujeito tudo saber. Há, então, uma rejeição da castração e uma suspensão do sujeito dividido:

> [...] "a verdade" passa a se constituir em algo potencialmente capaz de ser "toda" dita. Paradoxalmente, desde que as ciências vêm animar o *discurso do capitalista*, desenvolve-se cada vez mais um conhecimento sobre os "objetos" do mundo, transformando o "não saber" sobre o real do gozo em "falta de informação" (SOUZA, 2003, s/p.)

Desta maneira, o discurso capitalista não faz laço social. O sujeito não se relaciona com o outro, mas com seus objetos. De acordo com Quinet (2006), a ilusão de completude não mais se dá fazendo par, mas, através de parcerias cuja (des) conexão está ao alcance da mão. É o mestre-capital quem determina os objetos-mercadorias com os quais o sujeito deve se "relacionar":

> É um discurso que não faz laço social – como verificamos em seu matema, em que não há relação entre o agente e o outro a quem esse discurso se dirigiria. No lugar da verdade encontra-se o capital (S1) como significante-mestre desse discurso; o sujeito é reduzido a um consumidor ($) de objetos, os *gadgets* (a) produzidos pela ciência e tecnologia (S2). (QUINET, 2006, p.39)

O sujeito ocupa o lugar de consumidor e o objeto o lugar da produção. "Aqui, o que é visado pelo discurso do capitalista é a produção constante de "objetos" que passam a ser "desejados" com avidez, com voracidade pelo sujeito". (SOUZA, 2003)

Isto posto, concluímos que há uma nova forma do sujeito relacionar-se com o campo da linguagem e com o campo do gozo, produzindo novos sintomas. Sobre o assunto, nos diz Laurent (2007):

> As pessoas encarregadas de cuidar das famílias à deriva se consideravam impotentes, ao serem confrontados com "comportamentos irracionais de sujeitos

> inseridos em universos sociais totalmente desestruturados", nos quais a miséria social e a violência desafiam toda apreensão por meio das categorias aprovadas ou não pela moral. Mas essa verdadeira epidemia de gozo mortífero (...) nada tem de irracional, se admitimos que a razão desde Freud, pode aproximar-se desses fenômenos. Podemos qualificar esses fenômenos como expressão da pulsão de morte ou como um ponto de real, de um gozo que se afirma fora de todo sentido possível. (LAURENT, 2007, p.37).

Entendendo que a violência é uma relação de poder desigual, na qual uma das partes é tomada como objeto de puro gozo, inferimos que também o outro é tomado como objeto descartável. A violência intrafamiliar, embora sempre tenha existido – nem sempre considerada como crime ou como objeto de intervenção do Estado – estaria sofrendo mutações a partir da incidência do discurso do capitalista? Perguntamos de outra maneira: Poderíamos relacionar o discurso do capitalista com os casos de violência intrafamiliar que nos chegam?

Concordamos com Akerman (2005) quando ele faz uma aproximação entre o Discurso do Mestre e o assistencialismo e o Discurso do Analista e a Política de Assistência Social. Temos aqui a proposição de dois discursos, que convivem mutuamente, na prática. Os discursos da histérica e da universidade também se fazem presentes no acompanhamento psicossocial/familiar? De que forma?

Na mesma seara, compreendemos que a construção do caso clínico passaria pelo avesso do Discurso do Mestre, que é o Discurso do Analista. Por outro lado, vale ressaltarmos que, conforme nos ensina Miller (1997), na clínica, nem sempre se opera da posição do analista:

> Qual analista pode dizer que jamais utilizou a investidura que lhe era dada de grande Outro? Bem entendido, diante das urgências subjetivas, o analista pode e até deve recorrer a esse poder, oferecer-se como um ponto fixo, invariável ao psicótico; no momento de desrazão, se ele encontra a angústia do obsessivo, sabe recorrer à obediência induzida pela palavra? A histérica no limite do suicídio, quem hesitaria em se opor firmemente a uma atuação? Trata-se de saber, então, para cada estrutura clínica e em cada conjuntura dramática, qual o uso legítimo do Lacan chama o significante mestre. (MILLER, 1997, p. 19)

Assim, nos perguntamos: qual uso do S1 se faz no PAEFI? Quais discursos operam para a superação da violência e para a cronificação dos casos?

A articulação entre Psicanálise e Assistência Social só será possível se apostarmos em um trabalho que não busca apagar as diferenças, mas, sim, que opera a partir delas. O lugar da

psicanálise na Assistência Social só será legítimo se ela não for (ou se pretender ser) adotada como O Discurso, universal, mas, sim, se fizer circular todos os discursos em jogo.

4 O DISCURSO DO ANALISTA E SUAS (IM)POSSIBILIDADES NO PAEFI: o estudo de um caso crônico

Toniolo et. al (2016) afirmam que: “as três profissões [educar, governar e curar] precisam tomar o “impossível” como parceiro, sendo que a psicanálise diz aos demais ofícios: é importante trabalhar a partir de um saber concernido pelo “não-saber”!”. (TONIOLO et. al, 2016, p. 198). E continuam:

> Dessa forma, a construção do caso clínico aparece como uma metodologia de orientação psicanalítica que aceita o desafio de uma prática coletiva, colocando a impotência e o fracasso como ponto de partida e, que, no encontro com as políticas públicas, entende que elas devem ser sempre “inquietas”, atravessadas pelas questões de seu tempo. Além disso, um ponto-chave da construção é funcionar como motor para a circulação dos diversos discursos presentes nas instituições. (TONIOLO et. al, 2016, p. 198).

Diante da impossibilidade de se concluir com uma visada, no encontro com uma falta de sentido, na posição de não-saber, o analista constrói: constrói um caso, para construir saídas. Um impasse sempre convoca ao trabalho.

Nesta perspectiva, Val e Lima (2014) transmitem que “quando construímos um saber sobre um caso, preservamos sempre um ponto de vazio que impede que a verdade sobre o paciente seja totalizada” (p. 108).

Acompanhando os ensinamentos de Freud, aprendemos que a construção é anterior ao *ato* analítico: só sabemos dos seus efeitos *a posteriori*. Sobre isto, Viganó (1999), em uma leitura lacaniana, diz que a construção do caso corresponde ao tempo de compreender: “trata-se de um preliminar lógico, que concerne a todo o movimento que caracteriza o tempo para compreender”. (VIGANÓ, 1999, p.55).

Outro ponto importante levantado por Val e Lima (2014) é a dimensão de incompletude no saber elaborado pelo analista na construção do caso clínico. Incompletude que deve ser preservada. Sua manutenção permite a reformulação dos saberes e o surgimento de novas soluções. “Na construção do caso, portanto, o analista está aberto à surpresa e à invenção”. (VAL e LIMA, 2014, p. 108).

Neste ponto, fazemos uma aproximação entre a posição do analista e a posição do pesquisador: uma posição de não-saber, de operar de outro lugar que não seja o da mestria, que obtura o sujeito.

Lembrando as elaborações de Porge (2009), quando falamos da construção, falamos da distinção entre verdade e exatidão. O que se relata e se transmite na construção de um caso clínico não é a transcrição da fala do paciente, tampouco da história fática (seja da vida, seja da doença), mas, sim, a verdade do sujeito, o saber que ele e o analista elaboraram sobre seu sintoma.

O autor ainda traz a importância da ficção na transmissão do caso clínico ao público:

> Do mesmo modo que existem os desvios na análise para que a verdade abra para si um caminho, é preciso um desvio para que essa mesma verdade possa ser transmitida a um público amplo ou restrito. Esse desvio se chama: forma de relatar. Freud faz uma triagem do material, reordena sua disposição e cronologia, quer dizer, procede às deformações que restituem a temporalidade do desvelamento da verdade. "A verdade não vem à superfície a não ser pelo universo da ficção, e subtrai-se ao expediente naturalista do fragmento de vida e do registro sincrônico". (PORGE, 2009, p. 20)

A partir de tais considerações, o caso aqui apresentado fora escolhido por uma das equipes de PAEFI do município de Betim. Este caso, ao longo de, pelo menos dez anos de acompanhamento, foi levado para supervisões internas e externas, bem como para outros espaços de discussão de casos, mais de uma vez, inclusive, durante a pesquisa. Assim, pudemos ler os registros no prontuário da família, realizar entrevistas individuais com alguns profissionais que acompanharam o caso, ler a apresentação do caso que foi encaminhada ao supervisor para posterior discussão, bem como participar da supervisão do caso em reunião de equipe exclusiva para este fim.

Se, para a Política, o que marca o caso é a violência, para a equipe, o que marca o caso é sua cronicidade no Serviço.

Ressaltamos que mesmo o prontuário foi difícil de ser decifrado. O "sintoma" de idas e vindas da família no serviço aparece na desordem cronológica dos relatos e documentos, bem como a repetição de um determinado modo de intervir, conforme apontaremos mais adiante.

4.1 O Caso Social

Conforme assinalado por Andrade (2005):

> Caso social, termo proposto por Carlo Viganó (1999) para fazer oposição ao caso clínico, é a construção baseada num saber outro que não o do paciente, e que aponta para o manejo institucional. Caso clínico é o resultante da construção do próprio paciente, de seu trabalho subjetivo. (ANDRADE, 2005, p.46)

Assim, apresentaremos o relato do caso, a partir da leitura do prontuário e da escuta dos trabalhadores (em entrevista individual e em reunião de supervisão), para posteriormente, construirmos o caso clínico e fazer a análise do mesmo, a partir da teoria dos discursos.

Na época do seu primeiro encaminhamento, feito pelo Conselho Tutelar, no ano de 2006, Maria, 36 anos, imigrante nordestina, faxineira, desempregada, semi-alfabetizada, era mãe de sete filhos, os quais contavam com 14, 12, 11, 10, 07, 05 e 02 anos de idade, sendo quatro meninas e três meninos. Cinco deles são fruto do relacionamento com o senhor Everaldo, 38 anos, o qual findou sete anos antes. Do senhor Antônio, 42 anos, com quem teve dois filhos, ela estava separada há pouco tempo.

Do senhor Frederico, seu atual companheiro, quinze anos mais jovem que ela, tem a criança Edgard, seu oitavo filho, que está com 06 anos de idade, no ano da pesquisa.

Entretanto, em entrevista individual, uma das várias técnicas que acompanhou o caso nos advertiu que a família foi acompanhada pela Assistência Social de Betim em período anterior à implantação do SUAS e à abertura dos CREAS: *"Eu acompanhei esta família antes do... deste prontuário que você leu. Deve ter um prontuário na CRAS Centro ou SEMAS Centro, não sei... Antigamente, era aquela Seção da Infância, eu acho que ainda, né?"(sic)*

Os ex-companheiros têm, em comum, o uso de álcool e outras drogas, o envolvimento com o tráfico de entorpecentes e passagens pelo sistema prisional. Sobre o atual companheiro, não temos informações.

As violações de direitos identificadas como critério de inclusão no CREAS foram: negligência, evasão escolar, trabalho infantil e exploração sexual. Posteriormente, são identificadas as violências física e psicológica contra as crianças e adolescentes.

Destacamos que, embora ambos os genitores fossem extremante negligentes, os relatos de violência física são apenas por parte da mãe, como observado pela supervisão:

> Embora não tivesse ocupada com um emprego fixo, também nunca estava em casa cuidando dos filhos. Esses sempre sofreram de abandono e maus tratos e violência física. Li que em muitas vezes as filhas são feridas pela mãe que a mandam para fora de casa depois de espancá-las[17].

[17] Trecho retirado do relatório de Supervisão do Serviço.

Na entrevista, a técnica aponta:

> *A Maria sempre foi muito violenta com os meninos, principalmente, né? com os maiores. Eu acho que um nível de negligência muito grande com os pequenos e um nível de violência grande com os maiores, né? [...] O Everaldo, assim, nem uma vez teve-se relato de que o Everaldo tivesse usado violência com os meninos. Ele permitia que os meninos ficassem à noite, uma hora, voltasse pra casa na hora que quisesse, né? Uma pessoa negligente, muito negligente, mas, não tem registro, assim, eu não me lembro de Liliane queixar ou dos outros meninos queixar (sic) de violência em relação ao pai, não, né?(sic)*

Maria também foi encaminhada, em 2007, como vítima de violência doméstica, por parte do senhor Antônio, embora, os conflitos com Everaldo também ocorressem.

As condições de moradia são precárias e a família possui baixa renda, sendo auxiliada pelo Estado, por organizações do terceiro setor e por pessoas solidárias: "Maria diz de uma experiência de emprego na empresa de abate de frangos, que, no entanto, é inconsistente, pois a mesma sempre dependeu a caridade dos outros e das políticas de Estado" [18].

O Conselho Tutelar foi acionado porque Liliane, então com 13 anos, estava no Estado do Rio de Janeiro, acompanhada de uma amiga, já de maior idade, prostituindo-se, fazendo uso de drogas e cometendo atos infracionais, tendo sido apreendida pela Polícia Rodoviária Federal naquele Estado e recambiada para Minas Gerais. Em entrevista, foi relatado que, no Rio de Janeiro, a adolescente sofreu violência sexual, *"com requintes de muita crueldade"* (sic), tendo seu cabelo raspado.

Seis dos sete filhos estavam fora da escola. Apenas a de 10 anos, que nomearemos aqui de Joyce, encontrava-se matriculada e frequente no sistema regular de ensino por passar a semana "internada" em uma ONG que acolhe crianças e adolescentes do sexo feminino em situação de vulnerabilidade social, estando com a mãe apenas aos finais de semana. Segundo a mãe, "esta sim que é filha" (sic), pois, estuda, a respeita e a auxilia nos afazeres domésticos.

Para Maria, Benício é um bom menino. Todos gostam dele. Já João, é agressivo e se faz de *"sonso"* (sic).

Liliane, a filha mais velha da prole, para a mãe *"sempre foi fora de nós"* (sic), *"só arruma problema/confusão"* (sic),*"não leva desaforo pra casa"* (sic), *"puxou o pai"* (sic), mas, *"não é porque ela é desse jeito que vou jogar ela fora"* (sic). Sua vinculação com as

[18] Trecho retirado do Relatório de Supervisão do Serviço.

ruas começou cedo. Desde criança, Liliane é vista circulando na cidade, catando recicláveis, procurando comida nas lixeiras e, ao entrar na adolescência, *"fazendo programa"* (sic).

Maria não sabe o que acontece com os filhos adolescentes. Eles passam muito tempo nas ruas e, segundo vizinhos, praticam furtos. Ora moram com o pai, ora moram com a mãe. Liliane e João ficam a maior parte do tempo com o pai, indo para a casa da mãe quando têm conflitos com ele e/ou com a madrasta – senhora Sônia. O mesmo ocorre com Benício, Joice e Tatiane em relação à mãe: são as brigas com ela que os fazem ir para a casa de Everaldo. Assim, os filhos circulam nas casas de ambos os genitores.

Sobre os vínculos de seus filhos com o pai, A senhora Maria faz uma distinção: Liliane e João adoram o pai. Benício e Joice *"não são muito chegados"* (sic) a ele. Já, Tatiane, gosta do pai. Estes cinco filhos recebem tratamento diferenciado por parte do senhor Everaldo porque o mesmo só "reconhece" a paternidade dos dois mais velhos e de Tatiane, duvidando ser pai dos outros dois.

Segundo Maria, Everaldo é o responsável pelo mau comportamento dos filhos, incentivando-os aos delitos e às drogas, seja praticando na frente deles, seja os acobertando quando o fazem. Entretanto, ela não consegue impedi-los de frequentar a casa do pai e mesmo os manda pra lá quando entra em conflito com eles.

Vale dizer que, embora Maria afirme que *"lá, comida não falta"* (sic), a casa do pai de Liliane, João, Benício, Joyce e Tatiane trata-se de um barracão de madeirite, em terreno invadido, com características de população de rua, devido ao histórico de rua do senhor Everaldo:

> *"[...] o seu Everaldo era assim... o homem da rua. Talvez, hoje, a gente o considerasse um morador de rua, porque ele tinha uma casa embaixo de uma árvore que, até pouco tempo eu pensei que era uma mangueira, depois descobri que era uma outra árvore, ao lado da BR, e não queria sair dali por nenhuma forma, né? Então, assim, ele tinha um vínculo com a rua: ele catava papel, ele andava com carroça catando entulho, né? Tinha essa referência dessa casa, mas, a rua era a questão dele. Ele não dava conta de desvincular da rua".*[19]*(sic)*

João e Benício, à época, com 12 e 11 anos respectivamente, também encontravam-se em trabalho infantil: vigiavam e lavam carros, catavam recicláveis, trabalharam em uma fábrica de peças de gesso, trabalharam para o tráfico... Quase sempre, acompanhando o pai.

[19] Fala de uma das entrevistadas.

Maria é frequente aos atendimentos no CREAS, comparecendo semanalmente, com poucas ausências, trazendo os documentos que lhe são solicitados e indo aos locais da Rede para onde é encaminhada. Entretanto, volta e meia, a situação dos filhos se agrava, com vários episódios de ameaça de morte e institucionalização dos filhos (e, posteriormente, dos netos). Vários "técnicos de referência" acompanharam o caso ao longo dos anos e parecem esforçar-se para deixar claros os motivos de sua inclusão no acompanhamento e dizer da responsabilidade materna, conforme o exemplo abaixo:

> Em escuta, ela manifestou desejo de retomar o acompanhamento e relatou sobre as recorrentes situações de risco nas quais os filhos se colocam. Ao apresentar as considerações sobre as escolhas que seus filhos vêm fazendo e a ausência de sentido para a família sobre a proposta de trabalho social do CREAS, Maria pede para agendar o atendimento e garante que seus filhos irão comparecer. Buscou-se estimular a reflexão para a necessidade de implicação e participação da família rumo a avanços da proteção, mas Maria parece não "escutar", afirmando mais uma vez que trará os filhos[20].

Maria parece não dar conta de exercer a maternidade. Sobre o tema afirma que *"Liliane só entenderá quando tiver um filho"* (sic). Em muitos momentos, Maria diz de *"cabeça vazia", "cabeça fraca", "mente vazia", "depressão", "ficar perdida"*, apontando sua dificuldade de ser mãe de sete filhos e de ter que comparecer em vários órgãos do Sistema de Justiça. Sobre o acompanhamento, avalia que *"é bom pra distrair a cabeça"*, mas, se ela falta, o Conselho Tutelar *"pega no pé"* (sic).

Ao longo de dez anos de acompanhamento, com algumas interrupções, Liliane e João seguiram os passos do pai, tanto no envolvimento com drogas e crimes, quanto morando nas ruas. Everaldo teve outras companheiras e com elas outros filhos, porém, no momento, está "solteiro".

Liliane teve quatro filhos e perdeu a guarda de todos. Tem passagens pelo sistema prisional e é viciada em crack.

João e Benício, também se tornaram pais, sendo que Benício, iniciou a vida conjugal aos 15 anos de idade, com uma mulher cerca de 18 anos mais velha que ele, com a qual permanece "amasiado" ainda nos dias de hoje. Parece-nos que sua trajetória de vida se diferenciou dos demais.

[20] Trecho retirado do texto de apresentação do caso enviado pela equipe à supervisão.

João ora está preso, ora está em liberdade. A mãe de seu filho é uma jovem com trajetória de vida nas ruas e de dependência química, não tendo a guarda da criança, que foi criada e cuidada pela avó materna. Esta criança necessita de cuidados especiais devido a uma doença grave e, em um determinado momento, a avó também ficou com a saúde debilitada e pediu que a mãe da criança a assumisse. Neste período, houve a institucionalização por negligência, a qual cessou quando a avó materna recobrou a saúde.

Joice e Tatiane, posteriormente, também entraram na prostituição como a irmã mais velha. Suspeita-se que a senhora Maria seja "cafetina", beneficiando-se com a exploração sexual das filhas:

> *Uma vez, eu fui fazer abordagem de rua e encontrei a família toda, Maria, inclusive, sentada atrás do CEABE, e a Tatiane veio conversar com ela e saiu num carro. Então, nesse período, a gente começou a supor que a Maria estava levando as meninas para a prostituição. [...] Agora, pra mim, nesses últimos tempos, eu acho que ela era cafetina das filhas, sim. [...] estava lá sentada, numa cadeira, e que todo mundo chegava nela e que saía nos carros, pra mim, ela tem a ver com isso, sabe?*[21]*(sic)*

O senhor Everaldo, em disputa de ponto de venda de drogas ilícitas com um desconhecido, levou um tiro e ficou paraplégico. Atualmente, recebe aluguel-social do município e está sob os cuidados da filha Joice, que tem uma filha que vive com eles.

O senhor Antônio que, supostamente abandonou o vício e os crimes a partir da religião, requereu e adquiriu a guarda de Sílvia e Douglas, após os mesmos terem sido institucionalizados por "abandono de incapaz". Porém, após algum tempo, eles também retornaram para o convívio de Maria.

Maria chegou a ir embora do Estado na companhia de um namorado.

Em 2016, Maria retorna ao serviço com outros filhos negligenciados – Sílvia, Douglas e Edgard, este fruto do relacionamento com o atual companheiro – e incomodada com a possibilidade de Sílvia ser homossexual.

Tendo em vista o histórico da família no Serviço, o caso foi levado para discussão pela equipe às Referências Técnicas, quando foi sugerido que se perguntasse a Maria sobre sua história. Assim, após dez anos de acompanhamento, Maria pode contar que saiu da terra natal com aproximadamente três anos de idade, na companhia dos pais e dezesseis irmãos para viverem da lavoura em uma pequena cidade mineira. O pai, homem violento, alcoolista,

[21] Fala de uma das entrevistadas.

abusou sexualmente dela e de uma das irmãs. A mãe não acreditou nas filhas, nomeando-as de "safadas". Aos 12 anos de idade fugiu de casa, com o senhor Everaldo.

Liliane enveredou-se por caminhos que apontam para a pulsão de morte[22] – tentou suicídio, faz uso abusivo de drogas ilícitas, se envolve com companheiros agressivos e encontra-se constantemente em risco – conforme observado em supervisão:

> Liliane, que já foi ameaçada de morte, se envolve em conflitos constantes, já sofreu maus tratos e violência física de toda ordem e parece esperar por um evento que possa lhe aliviar da vida. Ela não facilita as coisas e tem feito tudo para obter o pior das pessoas...[23]

A despeito do que supunha sua mãe, Liliane não (re) significou a maternidade, engravidando. Assim, ilustra a supervisão:

> Nós podemos aceitar que Liliane pariu quatro crianças e que continuará parindo outras, tantas quantas seu organismo permitir. Mas, como ela não concebe os filhos e não os TEM por opção, a vinda da criança ao mundo se dá pela pura condição biológica do fato de ela ser uma mulher[24].

O mesmo é observado pela técnica:

> *"[...] eu acho que por causa do uso muito constante da droga, eu acho que ela não consegue sequer planejar, né? se vai ter filho, se não vai, se vai tomar o anticoncepcional, se não vai... É... Então, assim, eu acho que a gravidez pra ela é algo que acontece, que ela não tem muita consciência do que tá acontecendo... [...] É à revelia, assim, aconteceu. "Tô grávida" e "Tô grávida também não me faz tanta diferença porque eu não faço pré-natal", né?"(sic)*

Os conflitos entre mãe e filha ainda perduram:

---

[22] Enquanto os instintos são impulsos cujos objetos de satisfação são determinados e fixos, com o objetivo de preservar a vida, as pulsões nem sempre nos impulsionam ao bem. Embora tenham como ponto de partida as funções corporais de autoconservação, as pulsões são irredutíveis à necessidade e indicam um modo de satisfação paradoxal, podendo conduzir o sujeito à morte. Assim, Freud compreende que somos animados, concomitantemente, pelas pulsões de vida e de morte. O pai da psicanálise conceitua a pulsão de morte como a energia psíquica que leva o sujeito à estagnação, à inércia, à repetição, à morte. Tal dualismo não deve ser interpretado como uma luta entre o bem e o mal, pois, a despeito de a pulsão de morte manifestar-se patologicamente, como no caso em comento, através do adicção de drogas lícitas e ilícitas, de relacionamentos violentos (sadismo/masoquismo) e de tentativas de suicídio, entre outros, a pulsão de morte não é apenas autodestrutiva: é também necessária, pois, a agressividade também nos preserva. As satisfações pulsionais de um sujeito estão ligadas às suas construções fantasísticas e podem, portanto, encontrar outros destinos, outros modos de satisfazerem-se.

[23] Trecho retirado do relatório de Supervisão do Serviço.

[24] Trecho retirado do Relatório de Supervisão do Serviço.

> *"A Liliane, por isso que ela ficava, assim, com o pai, né? Ela, por várias vezes, assim, que ela preferia ficar com o pai, da forma como o pai cuidava, né? e não cuidava, do que ficar com a mãe, porque a mãe só brigava, só xingava, só batia, né? Então, ela preferia ficar no espaço da rua com o pai, que não tinha essa postura. [...] houve uma tentativa da equipe técnica do hospital de levá-la pra casa da mãe pra poder cuidar do bebê. Ela falou que ela preferia perder o bebê do que voltar pra casa da mãe, né? Então, assim, essa relação de conflito, é uma relação que vem desde pequena e que... né? Perdura até hoje".(sic)*

Após ter perdido o quarto filho de Liliane para a adoção, Maria e a filha mais velha parecem romper com o serviço, mas, algum tempo depois, Maria demanda, novamente, que a Assistência Social acompanhe os filhos mais novos, que estão se colocando em risco, repetindo a trajetória dos irmãos mais velhos.

4.2 A Construção do Caso Clínico

Nota-se que "esse caso está na Assistência Social desde 2006 e, até 2016, nenhuma anotação sobre os recursos simbólicos da matriarca da família aparece, mas apenas os dados sobre a realidade material"[25].

Apontamos que, em 2016, houve uma discussão do caso entre a equipe do CREAS e a equipe de Referências Técnicas da Proteção Social Especial, quando foi apontada a necessidade de escutar o sujeito, começando por perguntar-lhe sobre sua história. Inferimos que, não fosse dada esta orientação naquele momento, não saberíamos a história de Maria até que a supervisão de 2018 acontecesse.

Acrescenta a supervisora:

> Tive a impressão que a escuta até então, visava apenas apurar as carências sociais, possibilitando ao(à) técnico(a) colocar a rede de assistência em funcionamento. A lista de serviços acionados é muito longa e a procura por soluções dentro do sistema é feita com extrema dedicação dos técnicos, visando atender a demanda de Maria, seus companheiros e filhos (as). Estão listadas, na cronologia do caso, desde 2006, inúmeras ações tomadas pelos técnicos em conjunto com outros setores, encaminhamentos diversos feitos para outros serviços, cumprimento de determinações judiciais, acompanhamentos, visitas domiciliares, monitoramentos e envio de relatórios aos órgãos parceiros[26].

Aqui, localizamos os discursos do Mestre e do Universitário. Quando o CREAS é acionado pela Rede, sobretudo pelo SGD – Sistema de Garantia de Direitos – é tomado do

[25] Trecho retirado do Relatório de Supervisão do Serviço.
[26] Trecho retirado do relatório de Supervisão do Serviço.

lugar de escravo. O SGD quer que o caso seja solucionado, que a família funcione, demandando o atendimento especializado: o saber está do lado do CREAS.

$$\frac{\text{Agente}}{\text{Verdade}} \Rightarrow \frac{\text{outro}}{\text{produção}}$$

$$\frac{S_1}{\$} \Rightarrow \frac{S_2}{a}$$

$$\frac{\text{SGD}}{\text{Família ideal}} \Rightarrow \frac{\text{CREAS}}{\text{Caso crônico}}$$

Entendemos que a verdade que subjaz os encaminhamentos é a família ideal e que o sintoma que se produz é a cronificação do caso, uma vez que o ideal nunca será atingido.

Por sua vez, o CREAS parece tomar a família como objeto (de intervenção), fazendo o uso de protocolos para solucionar, através dos recursos materiais que a rede dispõe, as demandas da família.

$$\frac{\text{Agente}}{\text{Verdade}} \Rightarrow \frac{\text{outro}}{\text{produção}}$$

$$\frac{S2}{S1} \Rightarrow \frac{a}{\$}$$

$$\frac{\text{CREAS}}{\text{Legislação}} \Rightarrow \frac{\text{Família}}{\text{Caso crônico}}$$

Novamente, o saber está do lado do agente (CREAS). Ele identifica as carências materiais, na expectativa de que solucionando as faltas, a família funcionará melhor. Aqui há

o apoio legal tanto no que se refere aos direitos que a família pode acessar, quanto aos deveres que deve cumprir para livrar-se da "mira" do SGD.

Em entrevista individual, a técnica co-relaciona a cronificação dos casos com as "deficiências" (sic) do Serviço e da Rede:

> *"Eu acho que tem uma parcela que é da própria família, né? Que é da forma como a família cuida, que é da história dos cuidadores, né? Mas eu acredito, assim, muito, que existe uma parcela que é do serviço. E aí, eu não acho que é só do serviço da Assistência Social. Eu acho que é dos serviços da rede. [...] Eu fico sempre pensando nisso, assim, né? Eu acho que tem a história da família, tem uma história que tem que ser rompida mesmo, né? de não cuidado, mas eu acho que a nossa impotência também de favorecer com que a família dê conta de romper com tudo isso e que faz esse casamento que gera os casos cronificados, sabe?" (sic)*

Sobre a articulação da rede, Toniolo et. al (2016), ao relatarem sua experiência de construção de caso clínico em supervisão dos CREAS da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, afirmam que "foram trazidos também casos atendidos por muitos e escutados por ninguém, ou seja, uma "rede" deveras presente, mas de um modo que favorece a repetição, tanto do sujeito quanto das instituições" (TONIOLO et. al, 2016, p. 210)

Sobre a "mira", estes autores afirmam que a família fica "sob a mira" das políticas, sentenciada como culpada pelos processos vivenciados e pelas eventuais situações de violação e que a construção do caso clínico deve permitir que a culpabilização seja substituída pela responsabilização.

> Se as violações ocorrem, muitas vezes, ligadas à estrutura familiar, seja naquilo que é transmitido ao longo de gerações, nos cuidados que parecem faltar, na violência que marca excessos, nas precariedades que culminam nas formas mais diversas de negligência e abandono, nos abusos, cabe aos técnicos, contudo, ir além das deduções segregatórias: para alcançar o modo como cada sujeito se vê frente à violação que sofre, que comete, sem, é claro, servir-se apenas da palavra nos casos onde a gravidade o impede. (TONIOLO et. al, 2016, p. 207)

Apostamos que escutando o sujeito como tal, oferta-se mais que recursos materiais (sem abrir mão deles), mas, promove-se a invenção de recursos simbólicos, a qual é possível a partir da implicação do sujeito com o que diz e com o contexto em que vive, pois se ele não pode ser culpabilizado por aquilo que é da contingência, ele também não é vítima.

Considerando o atravessamento do discurso jurídico, tanto quando o caso é encaminhado ao CREAS pelo SGD, quanto quando o CREAS aciona a rede, é preciso uma

pausa na construção do caso para diferenciar teoricamente a "responsabilização" no discurso jurídico e no discurso analítico.

Se, do ponto de vista jurídico, responsabilizar-se é prestar obediência à norma e/ou ser punido em caso de desobediência, do ponto de vista da psicanálise, responsabilizar-se "não significa assentimento passivo à ordenação social, nem a culpabilização automática por ter transgredido os chamados deveres do cidadão" (ROSA & PRUDENTE, 2014, p.77). Responsabilizar-se diz de um pacto entre sujeito e sociedade. Pacto que só é possível a partir do reconhecimento do outro enquanto semelhante para o sujeito e vice-versa, pois, se o campo social não reconhece a alteridade nos sujeitos, ele os violenta em nome (supostamente) da moral e dos bons costumes. Assim nos esclarecem os autores:

> Entendemos responsabilidade como o compromisso com os modos que o sujeito e o campo social escolhem modalidades de lei e constroem respostas à lei. A responsabilidade, ou mais especificamente a responsabilização, refere-se a um exercício ético/político de posicionar-se no laço social sustentando um pacto que garante tanto um lugar para a alteridade e diferença, quanto para a contenção de excessos. (ROSA & PRUDENTE, 2014, p.77)

E acrescentam: "aderir à lei não é condição suficiente para garantir a responsabilidade do sujeito pela ação, assim como sua desobediência não implica no inverso, ou seja, que o sujeito não se responsabilizou, pois pode estar referido a outra versão de lei" (ROSA & PRUDENTE, 2014, p.81), uma vez que a lei, pura e simples, não é garantia de ética ou justiça.

Muitas vezes, a responsabilidade é tomada pelos "trabalhadores do social" – utilizando os termos de Donzelot, citado por Romagnoli (2015) e por Rosa et. al (2018) – como atributo subjetivo, característica pessoal que se pode ou não ter, reduzindo-se, no exercício das políticas sociais, a mero instrumento de gestão de massas (criminalizadas).

Do ponto de vista jurídico, o caso é encaminhado ao CREAS por se tratar de uma situação de violência de pais contra filhos e, depois, de ex-companheiro contra a mulher.

Nas situações de violência, é comum a dicotomia vítima/agressor, a qual pode subsumir as particularidades do um a um. Embora crianças, adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com deficiência, para citar alguns exemplos, sejam tomados como o polo frágil desta relação – e não negamos tal condição – cada um, em cada situação, se posicionará de um modo específico frente à violência que sofre. Se assim não fosse, bastava criar um protocolo de condutas e todos os casos seriam solucionados.

A partir de tais considerações, talvez, com a construção do caso clínico, a instituição possa se perguntar: "Que posição este sujeito assume na cena de violência/negligência que motivou sua inclusão no serviço?"

Cerruti e Rosa (2009) nos lembram que o discurso jurídico é o Discurso do Mestre, portanto, avesso ao Discurso do Analista. Em suas palavras:

> O discurso jurídico, por ser normativo, trabalha sempre com categorias pré-existentes, e se operacionaliza a partir de um saber sobre o sujeito, já de antemão inscrito em seu próprio código. Trata-se de um saber que procura ordenar aquilo que se apresenta como puro não-senso. Segundo Kelsen *apud* Clavreul (1983) é um discurso que se dirige a uma categoria do dever-ser e, assim, parte da premissa da existência de um homem capaz de ser razoável, segundo uma determinada norma. Vemos um campo no qual a dor de existir não é considerada, uma vez que esse discurso é dirigido ao futuro homem são, e não àquele que sofre. (CERRUTI & ROSA, 2008, p. 1068-9)

A psicanálise admite como próprio da linguagem a variação dos sentidos e, por isso, compreende que os lugares de vítima e agressores/culpados não podem ser estabelecidos *a priori*, não podem ser definidos antes da escuta do caso a caso e, portanto, não se tratam de lugares generalizáveis. Assim, "o discurso jurídico acaba por excluir o caráter enigmático do desejo" (CERRUTI & ROSA, 2008, p. 1069).

Para fazer vacilar a certeza dos lugares de vítimas e agressores – pré-definidos pelo discurso jurídico – é preciso fazer o sujeito falar. Caso não introduzamos a dúvida, os sujeitos envolvidos na cena não encontrarão outras saídas, não poderão construir outro posicionamento no laço social, uma vez que "essa certeza, do ponto de vista da psicanálise, perverte o circuito pulsional, pois a satisfação inalcançável deixa de funcionar como causa que coloca o desejo em marcha" (CERRUTI & ROSA, 2008, p. 1072).

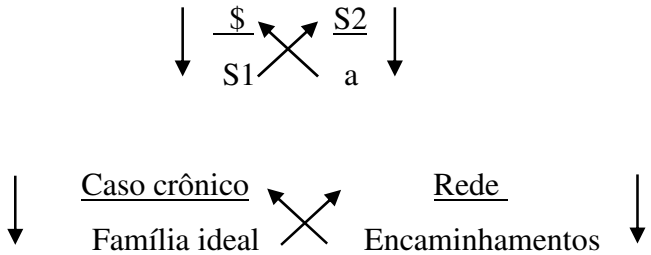
Parece-nos que esta é, também, a proposta da supervisão:

> Meu compromisso hoje é o de levá-las a crer que temos suficiente material para fazer Maria repensar o que diz e o que sente. Afinal não é ela mesma que se queixa da sensação de impotência mediante a trajetória de riscos e violações sofridas pelos filhos? Queixa-se também de não ter autoridade ao tentar corrigi-los? Será que escuta o que diz quando nos fala que "todos esses problemas a deixam com "a cabeça ruim" e que "às vezes tem vontade de sumir no mundo e deixar os filhos aí"?[27]

[27] Trecho retirado do Relatório de Supervisão do Serviço.

As autoras também advertem os "operadores da lei" de uma armadilha: "poderem se acreditar aptos a fornecer condições que podem promover a sutura de um sujeito estruturalmente dividido" (CERRUTI & ROSA, 2008, p. 1071).

É preciso atentar-se para o risco de a Assistência Social reproduzir/atualizar o discurso do capitalista, fazendo dos "direitos" – projetos, programas, serviços e benefícios – objetos para suturar a falta.



Assim, nos adverte a supervisão:

> *"[...] Quer dizer, a rede, ela tem que funcionar pra, caso a caso, fazer com que o sujeito, ou o usuário, né? possa avançar no seu caso e não criar uma dependência, né? do serviço, sempre criando, né? uma demanda maior, que isso não tem fim, né? [...] uma implicação do sujeito no trabalho, no que diz, é fundamental. Se não a gente escuta o que ele diz, né? e pensa como fazer acontecer aquela demanda que ele traz. Então, a gente fica correndo atrás, né? de atender as demandas ao invés de fazer o sujeito trabalhar. E eu acho que esse caso ele vai nos dar muitas chances de pensar, né? como que, às vezes, a gente correu pra atender, foi atendendo, atendendo, atendendo, né? e não implicou, né? o risco é de não implicar os descendentes e a gente ter aí o histórico, inclusive, de netos e, enfim, né? a vida toda com a Assistência Social".* [28]*(sic)*

Com isto, não estamos dizendo que as ofertas não devam ser feitas, mas, que elas não tenham como objetivo completar o sujeito. Não pretendemos desresponsabilizar o Estado, nem mesmo propor um "Estado mínimo", mas apontar para a insuficiência das "garantias jurídicas" para tratar um desamparo que é estrutural. Para isto, é preciso, também, que os profissionais suportem as faltas do sujeito quando fazem seus encaminhamentos, para que o mesmo possa desejar, como nos exemplifica a seguinte fala obtida na entrevista: "*Eu acho que a gente é... muitas vezes... esconde atrás da não adesão da família é... para esconder um pouco as nossas deficiências do acompanhamento, né?" (sic)*

[28] Fala da supervisora do Serviço.

Talvez a questão seja não confundirmos um "abandono concreto" com um desamparo radical e nos perguntar: Qual amparo é possível de ser construído levando em conta nossa castração? O que é possível apesar de nossas "deficiências"? Como os encaminhamentos podem provocar algum deslocamento nos processos de sofrimento presentes nas situações de violência e, não apenas, obturar a angústia – muitas vezes do próprio profissional, que, ao encaminhar para o outro, se desresponsabiliza?

Embora reconheçamos que exista uma assimetria entre os discursos jurídico e analítico, não pretendemos excluir o primeiro e substituí-lo pelo segundo e, menos ainda, "pregar que apenas a psicanálise está habilitada a enfrentar a questão da violência [...]. Trata-se de enfatizar a importância de que seja realizado um trabalho interdisciplinar". (CERRUTI & ROSA, 2008, p. 1072)

Concordamos que é primordial a oferta de um serviço que acompanhe os casos de pessoas em situação de violência(s), mas, também, que "o reconhecimento da condição de vítima não se esgota em si mesmo: é apenas o início de um percurso [...]". (CERRUTI & ROSA, 2008, p. 1072)

Neste sentido, a supervisão vislumbra a necessidade de fazer clínica, bem como a possibilidade de fazer uso do discurso do analista:

> Esse é um caso clássico para mostrar que, sem a escuta do inconsciente (o que está nas entrelinhas da história contada do usuário para nós), não há implicação necessária ao avanço dos casos. Isso impossibilita a potencialização das ações, de maneira que no final de minha leitura, parecia que experimentava também um esgotamento dos recursos dos serviços, desperdício de tempo e de energia dos técnicos, de maneira a vislumbrar a exaustão[29].

Também em entrevista individual, a técnica fala que é preciso escutar a história do sujeito antes de pensar em "responsabilizá-lo":

> *"E, talvez, sempre que eu acompanhei Maria, sempre que tive com a Maria, tinha um viés de cobrança em relação ao cuidado com os filhos, né? Então, talvez muito esse lado de mãe, de mãe... E aí, eu acho, que a gente também, eu, né? enquanto profissional, me despertei pra essa questão de quem não cuida, não sabe cuidar, não foi cuidado e eu preciso saber da história, algum tempo depois (risos). [...] E faz toda a diferença! Hoje eu sei que faz toda a diferença! Mas, naquele período, era muito, né? eu acho que... essa coisa de que você tem que proteger agora e então é mais uma responsabilização pra quem nunca foi cuidado, também, né?" (sic)*

[29] Trecho retirado do Relatório de Supervisão do Serviço.

Assim, nos ensina Andrade (2005):

> A construção serve para operar o deslocamento do sujeito dentro do discurso. É necessário reativar a relação do sujeito com o Outro, de forma que essa relação possa se sustentar na realidade. A partir da história do sujeito, apreendemos a sua relação com o Outro e como esse sujeito interpreta o mundo. O objetivo é intervir na relação do sujeito com o Outro e em seu modo de gozo, possibilitando alguma mudança subjetiva. (ANDRADE, 2005, p. 49)

Sob tal ótica, a supervisão afirma que é imprescindível realizar um diagnóstico estrutural para que este oriente as intervenções:

> Depois de 2016, obtivemos informações importantes para análise do caso e a pergunta que me faço é se necessitaria gastar tanto tempo para tê-las obtido mais cedo. Explico-me: Durante estes 12 anos, os casos dessa família só se multiplicaram, sem que nada mudasse em sua história de violações. Por isso faço agora uma análise criteriosa do que faltou considerar, para contribuir na construção de uma nova direção a ele. Só nas últimas páginas do relatório, tenho acesso à história da Sra. Maria, esclarecendo perguntas que me fazia durante a leitura, interessada que estava em saber qual seria a estrutura psíquica dessa mulher. Afinal sem fazer esse diagnóstico, não podemos saber como dar uma direção segura a caso nenhum[30].

Confirma Quinet (2009):

> O diagnóstico só tem sentido se servir de orientação para a condução da análise. Para tanto, o diagnóstico só pode ser buscado no registro simbólico, onde são articuladas as questões fundamentais do sujeito (sobre o sexo, a morte, a procriação, a paternidade) quando da travessia do complexo de Édipo: a inscrição do Nome-do-Pai no Outro da linguagem tem por efeito a produção da significação fálica, permitindo ao sujeito inscrever-se na partilha dos sexos. (QUINET, 2009, p. 18-9)

4.2.1 A Clínica da Psicose

A hipótese diagnóstica construída na supervisão é de psicose e está calcada em duas questões: o lugar de Maria no desejo do Outro e a falta de laços sociais com seus familiares, a qual se expressa tanto na "errância" (que extrapola as dificuldades econômicas e de sobrevivência), quanto na "solidão" que o sujeito relata:

> Em primeiro lugar, comento sobre a falta de raízes da família, vista na perambulação da mesma entre os Estados, entre bairros da cidade, entre casas, entre as ruas.... Esse dado não me parece ser apenas por causa da luta pela sobrevivência, pois não observamos nenhum laço entre eles, mesmo ela sendo oriunda de uma família tão

[30] Trecho retirado do Relatório de Supervisão do Serviço.

> numerosa (a mãe teve 16 filhos). Não vemos nenhuma anotação, desde que é atendida no CREAS, de que existe um parente que a apóie nessa vida. Na última página do relatório, leio que ela se queixa à técnica que lhe atendeu, de sempre ter se sentido sozinha... Em segundo lugar comento a sua falta de lugar no desejo do Outro. [...] temos nesse caso a indicação de que tanto a função paterna, quando a materna, lhe faltaram. O pai a tomou como objeto de seu gozo, abusando sexualmente dela e da irmã, desde a infância. Ela admite o estupro consumado aos 12 anos, quando coincidentemente fugiu de casa. Por outro lado, o desejo da mãe também faltou, pois, a mesma tomou as filhas como suas concorrentes, pois quando soube da acusação contra o pai, ficou do lado do homem, nomeando-as de "safadas"[31].

De acordo com Quinet (2009), "se o sujeito é psicótico, é importante que o analista o saiba, pois a condução da análise não poderá ter como referência o Nome-do-Pai e a castração". (QUINET, 2009, p. 22) E acrescenta:

> [...] o analista não pode prometer inserir o psicótico na norma fálica; não pode fazê-lo "normal", inseri-lo em *la norme mâle*. A norma é regida pelo Édipo e pelo complexo de castração, cujo produto é o significante fálico, primado para ambos os sexos. A foraclusão do Nome-do-Pai exclui o sujeito da norma fálica, riscando qualquer esperança do analista de fazê-lo bascular para o lado da neurose. Não se pode, portanto, tornar neurótico um psicótico. (QUINET, 2009, p.22)

Ao abordarmos "**A constituição do laço social",** tratamos do Nome-do-Pai enquanto a função que faz aceder o sujeito. O Nome-do-Pai, como metáfora, barra o Desejo da Mãe/Gozo, aponta a falta tanto da criança, quanto da mãe e produz um hiato no enxame de significantes, possibilitando o surgimento de conexões e sentidos entre eles, condição para se fazer laço social: "O Nome-do-Pai realiza assim, enquanto Bejahung (dizer que sim) da realidade da castração, o acesso do ser falante ao universo dos discursos e à proteção contra o Real que permite a instauração do laço social". (SKRIABINE, 2006, p.59)

O diagnóstico estrutural estaria, então, vinculado à presença/ausência do Nome-do-Pai. As estruturas clínicas seriam, então, três modos de se lidar com a castração: recalque (neurose), denegação (perversão) e foraclusão (psicose).

Entretanto, com o avanço de sua teorização, Lacan promoverá uma mudança em seu ensino, deslocando a função do pai. (GALESI, 2005). A partir da perspectiva do gozo primordial, Lacan criticará o Nome-do-Pai, uma invenção neurótica. O pai que resolve tudo é o pai morto/sem desejo. O pai tem um pé na Lei e outro fora da Lei. A aliança pai-mãe une

[31] Trecho retirado do Relatório de Supervisão do Serviço.

desejo e Lei. A mãe não está impedida/barrada, mas, desejada, fantasiada[32]. Ao encontrar a castração, o sujeito tem que encontrar seu próprio desejo.

Todavia, conforme nos adverte Skriabine (2006), "não há Nome-do-Pai, a menos que cada sujeito o coloque no lugar". (SKRIABINE, 2006, p. 59)

Sendo assim:

> Há estruturalmente foraclusão do Nome-do-Pai no sentido de uma medida 'inata', 'normalidade' mítica, que faria se manterem Real, Simbólico e Imaginário juntos pela graça de uma amarração borromeana bem sucedida. Nada os liga a priori. Foraclusão generalizada. "Todos débeis", dirá Lacan, indo para além da referência asseguradora do mito freudiano do pai inventado para paliar a dissociação fundamental para cada sujeito, dos três registros RSI. (SKRIABINE, 2006, p. 59)

Daí a pluralização dos Nomes-do-Pai e a generalização da foraclusão.

Se nas primeiras décadas de seu ensino, Lacan é estruturalista, nos últimos anos, sua clínica é borromeana: "O nó borromeano é, portanto, um esforço para pensar a estrutura, o simbólico, fora do campo do Outro". (GALESI, 2005, s/p.)

Nas palavras de Skriabine (2006), "a estrutura da experiência humana, e não apenas analítica, deve ser pensada fora de uma referência ao Outro, ela deve ser pensada a partir das três únicas categorias de experiência: real, simbólico e imaginário. (SKRIABINE, 2006, p. 59)

Compreende-se que "(...) para criar e manter um laço social com seus congêneres, o sujeito precisa fazer esses três registros se manterem juntos" (Skriabine, 2006, p.58). Entretanto, não seria apenas a metáfora paterna o único recurso capaz de fazê-lo: Freud já nos apontava a construção delirante, no caso Schereber, como forma de tratamento na psicose.

O *sinthoma* seria um dos Nomes-do-Pai e teria a mesma função da metáfora delirante na psicose, segundo Skriabine (2006). "O sinthoma, nos diz Lacan, vem reparar a falta, (faute), o lapso do nó, da amarração de R, S e I, no mesmo ponto em que ele se produziu". (SKRIABINE, 2006, p. 63)

A partir de então, ao invés de nos perguntar quanto à presença/ausência do Nome-do-Pai, nos perguntaremos sobre as amarrações entre os registros – real, simbólico e imaginário – sabendo que as mesmas são sempre invenções muito singulares. Assim, a equipe deverá se

[32] Fala do Dr. Luchina, em palestra ministrada em 14 de novembro de 2017, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUCMG.

perguntar qual a invenção deste sujeito para manter atados os três registros e qual a função (se ela existe) da violência neste caso.

Chama-nos atenção a questão da sexualidade de Maria, a qual foi pouco ou nada investigada pelo serviço: Seu primeiro marido, Everaldo, a acusa, quando Liliane engravidou pela primeira vez, de a filha ter "aprendido isso" (sic) com a mãe, ao ser levada por ela aos forrós. Também Everaldo duvida da paternidade de uma parcela dos filhos. De onde vem esta dúvida? Quando Adão estava reivindicando a guarda dos filhos abrigados, Maria resolve dizer que ele não era o pai de Sílvia... E, finalmente, Maria poderia estar "gerenciando" um ponto de prostituição. As filhas, com exceção daquela que possivelmente é homossexual, se prostituem... Talvez possamos relacionar tais pontos com o significante "safada", enunciado pela mãe de Maria...

Para avançarmos, é preciso pensar o psicótico nos quatro discursos, conforme propõe Quinet (1997), e como isto aparece no PAEFI.

4.2.2 A Psicose no Laço Social

Quinet (1997) nos lembra que o "tratamento" em psicanálise significa "tratamento por intermédio de algum discurso" (QUINET, 1997, p. 124). Dessa forma, o louco pode ser tratado como produtor de objetos de consumo – via trabalho forçado, dito terapêutico (Discurso do Mestre), como objeto de estudos e/ou cuidados (Discurso da Universidade), como sujeito que produz um saber sobre a loucura (Discurso da Histérica), para dar alguns exemplos.

Quanto ao tratamento dado à loucura no discurso do analista, Quinet (1997), seguindo as orientações de Freud e Lacan, conclui que o analista não deve recuar diante da psicose, mas, também, deve atentar-se para a direção do tratamento e o manejo da transferência, as quais são diferentes na condução de um caso de neurose.

No que se refere à demanda, o autor diz:

> Há psicóticos que procuram os analistas, ainda que seja por orientação médica, ou seja, sua demanda de análise vem de um outro, mas se o psicótico vem uma vez, volta uma segunda e continua vindo, cabe ao analista detectar a demanda que ele lhe dirige como efeito de sua oferta. (QUINET, 1997, p. 126-7)

Qual seria a demanda de Maria ao Serviço?

Para apontar um caminho que possa nos auxiliar com a questão, continuamos recorrendo a Quinet (1997): “Ao tentarmos formular a estrutura da demanda de análise do psicótico, podemos fazê-lo a partir de duas vertentes: a do simbólico e a do real, embora elas frequentemente se misturem”. (QUINET, 1997, p. 127)

Do ponto de vista simbólico, o autor nos aponta que se o neurótico tem uma pergunta sobre o desejo do Outro – sob forma de repetição ou de sintoma – o psicótico tem uma resposta:

> Essa reposta constitui uma significação, por exemplo, enigmática como a intuição ou fixa como a ideia delirante que ele traz ao analista para fazê-lo testemunha ou para que a caucione. Havendo uma multiplicação de significações, ele vem pedir ao analista a significação derradeira para que possa fazer cessar o sem-fim do significante e a perplexidade que se abate sobre o sujeito. (QUINET, 1997, p.127)

Seria “ser safada” a resposta de Maria? Parece-nos que Maria ficou “colada” no significante ofertado pelo outro materno, ocupando uma posição de objeto de gozo do Outro.

Viganó (2002) nos ensina que uma das maneiras de tratar o Outro do psicótico e promover sua estabilização é encontrar uma posição sexual. Para o autor:

> Se o psicótico inventa uma cifra, um símbolo, um traço, então ele se encontrará inscrito no mundo do Outro, ele sai do isolamento, encontra sua especificidade simbólica, aquela que nós psicanalistas chamamos uma posição sexual. O delírio é uma forma mais folclórica. Uma produção artística, literária, é uma maneira menos bizarra. Mas todos são modos para encontrar uma inscrição no mundo do Outro. (VIGANÓ, 2002, p.11)

Poderia Maria se inscrever no mundo por outro traço? Poderia ela substituir o “safada” ofertado por um Outro gozador por uma invenção que lhe é própria?

A demanda do psicótico, do ponto de vista do real, é para que o analista faça barra ao gozo do Outro. Para tanto, o analista deve fazer o paciente falar, pois, é através do simbólico que se pode promover o esvaziamento do gozo. (QUINET, 1997)

Quanto ao manejo da transferência, o autor nos ensina:

> [...] entre a posição de testemunha e a posição de perseguidor, entre ser seu secretário e ser objeto de sua erotomania, não há efetivamente uma distância muito grande. Podemos dizer que há uma tensão entre essas duas posições. Pois, ocupar o lugar do Outro absoluto para o psicótico é uma consequência lógica da análise, é assim que se manifesta a transferência. Daí a dificuldade do analista em não aceitar essa posição e ao mesmo tempo manter o laço analítico. (QUINET, 1997, p. 132)

A despeito das diferentes estratégias adotadas no manejo da transferência nos casos de neurose e psicose, fazer advir o sujeito é uma ética que perpassa ambos os tratamentos:

> Introduzir o sujeito lá onde está o homem, o cidadão, o mental, o indivíduo, é fazer com que o paciente, ou seja, aquele que sofre os efeitos da estrutura, possa desfiar os fios de sua patologia. [...] Ao falar de sua história o sujeito se faz protagonista de sua relação com o Outro e terá a chance de articular o atual com o passado, presentificando na fala as cenas de fixação de seu gozo onde se condensa seu sintoma. (QUINET, 1997, p. IX)

Assim, sobre o atual companheiro, a instituição pode se perguntar: "Mas será que há algo de novo em sua história no CREAS, que lhe coloque capaz de se encontrar com alguém fora do automatismo mental que rege seu psiquismo até hoje?"[33]

"Dado que o analista será convocado a ocupar na transferência o lugar do Outro do sujeito a quem são dirigidas suas demandas, é importante detectar [...] a modalidade da relação do sujeito com o Outro". (QUINET, 2009, p. 23) Entendendo que a estrutura clínica é um modo de se relacionar com o Outro, tal detecção é uma das maneiras de se fazer o diagnóstico diferencial: se o neurótico, sob transferência, supõe um saber no outro, o psicótico, atribui saber ao outro, tem certeza de que o outro sabe sobre seu gozo.

Maria chega ao serviço, inicialmente, por uma demanda que não é sua: foi encaminhada pelo SGD. Entretanto, ela retorna, por "demanda espontânea": parece acreditar que esta instituição sabe o que fazer com os seus filhos. Porém, a usuária não tem um enigma sobre a maternidade. Seus filhos são tratados como objetos de gozo do Outro. Maria parece não se implicar nas próprias queixas, atribuindo ao Outro institucional sua "impotência":

> Verifico que sua reação, quando suas demandas não são atendidas é a de se voltar contra as técnicas, se queixando até do advogado dativo que lhe foi arrumado. Ele também "não fez nada" por ela e em todas essas situações, ela ameaça de não voltar mais no serviço ou de retirar os filhos dos projetos, das escolas, das creches[34].

De alguma forma, o serviço também acaba sentindo-se impotente por não haver a superação da violência que a trouxe:

[33] Trecho retirado do Relatório de Supervisão do Serviço.
[34] Trecho retirado do Relatório de Supervisão do Serviço.

> *"É uma pena, né? Eu fico assim com muita pena quando eu vejo esses meninos nessa situação porque é uma família que há tanto tempo roda no serviço, né?, da Assistência Social... [...] É... eu tenho muito assim é... eu acho que é um peso, realmente, pra gente, profissionais que passou por esse caso e a gente vê esse desfecho, assim, sabe? Dessas famílias, assim, até que momento que isso vai ser, assim, rompido, né?"(sic)*

Como a falta pode apontar para o desejo ao invés de apontar um *déficit*?

Viganó (2002) nos lembra que:

> [...] o Outro do psicótico é um Outro pleno, sólido, material, real, aquilo que eu chamava persecutório. Por isso, devemos introduzir no Outro do psicótico, uma falta, um defeito. Ou introduzimos nós esse defeito na equipe, ou o psicótico o faz espontaneamente" (VIGANÓ, 2002, p. 09).

Segundo o autor, a introdução da falta no Outro é um dos pontos de estabilização do psicótico.

Assim, a instituição deve ver-se castrada, mas não impotente. É se apresentando barrada que a instituição pode promover algum laço com Maria, que precisa de um Outro que não seja gozador para estabilizar-se. Ter um lugar de endereçamento é ter um lugar de contenção. É fundamental para Maria que ela possa ir e vir ao CREAS para não se conduzir ao pior, ao encontro com um real sem contorno. O CREAS pode contornar o real com a palavra.

Como operar para promover o laço e barrar a violência? Para Quinet (2006):

> A inclusão no campo social é também tributária do conceito de sujeito em Lacan, na medida em que *não há sujeito sem Outro* – o que se passa com o sujeito depende do que se desenrole com o Outro (a Outra cena), assim como o desejo do homem é o desejo do Outro e como o sujeito do discurso é vinculado ao outro do laço social. O conceito de sujeito é portanto ao mesmo tempo individual e coletivo. Não há sujeito sem outro [...]". (QUINET, 2006, p. 49)

Nesse sentido, parar pra discutir o caso em equipe interdisciplinar e/ou em rede intersetorial diz do reconhecimento de uma falta na instituição. Uma falta que aponta para a construção de outras possibilidades para a condução do caso. Conversar sobre o caso é introduzir a dimensão da clínica, é fazer aparecer o sujeito enquanto operador de seu tratamento.

4.3 Uma Clínica Feita por Muitos

Insistimos que a clínica tradicional não dá conta dos casos atendidos pela Assistência Social. Entendemos que para fazer o sujeito avançar é preciso ofertar um trabalho interdisciplinar e intersetorial.

Na entrevista, escutamos:

> *"Eu acho que é na discussão de caso. Não temos hoje a possibilidade de se ter vários profissionais no mesmo caso, né? E... nem sei se isso também funcionaria. Mas eu acho que quando você traz os casos pra roda, que você consegue discutir os casos, você está fazendo isso, você está escutando o outro profissional, que vem com outro saber, com outro acúmulo, né? e que te ajuda a repensar as suas ações também em relação ao caso. E eu acho que a gente empobreceu muito nisso... (pausa) né? eu acho, que toda... eu fico pensando assim, toda a fase de avanço da gente, ela sempre teve muito vinculada a esse "parar" e discutir caso. Eu acho!"(sic)*

Ou seja, aqui fica claro quando a falta aponta para o desejo e não para a impotência, para a construção, para a invenção. Ao mesmo tempo, aponta para as conexões, para o coletivo, para o laço social. É preciso que isto também seja "replicado" do lado do usuário, no sentido de que a restituição do pacto social – cujo rompimento ocorreu porque o sujeito teve, como única saída, a violência – só será possível no coletivo.

Segundo a entrevistada, a discussão de caso possibilitou o surgimento de outro saber, o qual foi nomeado como uma "descoberta". Conforme demonstrado, um dos profissionais, que acompanhou o caso, "descobriu" que escutar a história do sujeito faz "toda a diferença" no acompanhamento familiar e, sobretudo, na vinculação dos casos no serviço. Na tentativa de nos explicar suas "descobertas", o profissional se remete a outro caso:

> *"Quando você é... vou falar do caso que desliguei semana atrasada, por superação, maravilhoso! Uma mãe que já tinha perdido cinco filhos, né? e aí ela tinha um "temporão" e aí ela chega, com uma cobrança do judiciário, por uma negligência grave, mesmo, né? violência física e trabalho infantil... E aí, quando eu chego e digo pra ela: "olha, nós estamos aqui por causa disso", né? "porque o processo"... expliquei pra ela... como é que funcionava... e aí eu digo pra ela assim: "mas eu não sou do Judiciário. Meu papel aqui é outro", né? eu... "Minha tentativa é de ser parceira com você pra te ajudar a reconstruir isso. Então, eu preciso entender: quem é você?", né? E aí que ela começa a contar a história dela e que aí, eu desfoco da responsabilização dela, enquanto negligente, enquanto violenta, né? e foco na história dela enquanto mulher e enquanto mãe que já perdeu e aí, num determinado momento, ela vira e fala assim: "me ajuda a não perder o Fulano". E aí isso faz toda a diferença pra vinculação! E aí, quando você vincula com a família, você consegue construir!"(sic)*

De acordo com a mesma, o caso esteve em acompanhamento no Serviço cerca de cinco meses e, como citado, foi desligado por "superação da violação de direitos", principal objetivo do PAEFI.

Sobre os impactos da escuta ofertada para a superação da violência, foi dito:

> *"Eu acho que tem a ver com disponibilidade da Beltrana de é... mudar, né? de repensar a sua forma de cuidado, de ter percebido porque que ela perdeu os outros filhos, e a história dela, também, né? de não cuidado, de achar que filho... porque ela também foi criada e sobreviveu... né? de repensar isso. Agora, ela foi capaz de repensar isso com a possibilidade de ter um lugar de falar disso, né? de ter um lugar de repensar isso, de dizer "Será que é isso mesmo? O quê que eu faço? Eu não sei fazer. Como é que eu faço?""(sic)*

Tal pensamento coaduna com o de Viganó (2002) quando ele afirma que a instituição dever ser parceira do sujeito e que "a função do parceiro é aquela de assegurar ao sujeito, com uma presença regular, atenta ao mínimo detalhe e, sobretudo doce, sensível, o que diz respeito à sua invenção". (VIGANÓ, 2002, p. 11)

A entrevistada também aponta para a necessidade de "uma presença regular":

> *"Eu acho que tem os dois extremos. Eu acho que em um extremo que é o da responsabilização. Então a família sempre vem como aquela que "você tem que deixar", "você tem que fazer diferente", "você tem...", "não pode ser assim...", "eu vou responder pro judiciário"... E tem aquele outro lado que "você vem quando você quiser", "tá... tá bom", né? "não veio, não veio", "não veio, então, deixa pra lá", né? É... que nenhum dos dois lados cria vínculo, eu acho, né? eu acho então que o que cria vínculo é a escuta e a escuta ela tem que acontecer e não existe outro jeito se não é eu e você junto, né? eu e o usuário, né? É o atendimento, né? que proporciona isso".(sic)*

Entretanto, a entrevista também aponta que se a "escuta" é fundamental, ela é também, insuficiente:

> *"Então, assim, eu acho que tem uma coisa também que é do território, né? que é dessa rede que a gente consegue construir de acordo com essa família e com o local. Eu acho que o trabalho do CREAS é difícil justamente por isso, sabe? Eu acho que você depara com a violação que está acontecendo naquele momento e que ela tem que ser sanada por que não dá também pra permanecer daquele jeito, tem a história das pessoas que levaram, né? a... a... a cuidar dos filhos dessa forma, né? tem a necessidade de uma vinculação no território que muitas vezes os territórios são muito empobrecidos e não têm e, aí, eu acho que a cronicidade dos casos também vão se dando por todos esses fatores.[...] Porque aí você desliga hoje e amanhã volta pior ainda. Aí você desliga de novo. Aí volta de novo. E você não tem alternativa pra essa família". (sic)*

Ou seja, não basta ressignificar sua história. É preciso ter acesso aos direitos básicos e a condições de dignidade para não haver a reincidência da violação. Tem algo da cronificação dos casos que não pode ser tratada apenas do ponto de vista subjetivo, mas, também do ponto de vista material. O amparo institucional e comunitário não pode ser apenas simbólico, mas, também substancial, concreto.

Acrescentamos que esta fala tem um detalhe crucial: uma rede tem mais chance de ser eficaz quando ela é construída para o caso, ou seja, há modos e modos de se acessar e fazer uso dos dispositivos que formam a rede.

A este respeito, Viganó (2002) compreende que "a rede por si só não cura ninguém" (VIGANÓ, 2002, p. 14) visto que a rede puramente institucional não tem um sujeito, trata-se de uma máquina, de uma engrenagem que funciona. A rede para se humanizar, segundo o autor, tem que falhar, uma vez que é a partir daí que se cria uma pergunta: "o que fazer?" Enquanto a rede funciona automaticamente ela pode não produzir um amparo simbólico. Como as ruas, a rede serve para a circulação, mas, somos nós quem nos movimentamos nela. O modo como podemos circular está aberto às surpresas e não deve ser automatizado. A rede, para ele, deve ser utilizada como pontos de alavanca para a criatividade e a invenção do sujeito.

Assim, se defendemos um lugar para a clínica e para o discurso do analista na política de Assistência Social, sobretudo no acompanhamento dos casos de violência intrafamiliar, reconhecemos que as condições de vulnerabilidade social são um limite para a nossa atuação e que para enfrentá-las é necessário lançarmos mão de outras estratégias e recursos externos à psicanálise.

Ao mesmo tempo, entendemos que sua "proibição" é abrir mão de um importante recurso: ao reconhecer o impossível, isto é, um real "incurável", temos a chance de ofertar um tratamento possível. Não apostar na palavra e no sujeito é cair na impotência, pois, há ideais de família, de relacionamento, de saúde mental, etc. inalcançáveis.

5 CONCLUSÃO

A Assistência Social possui, hoje, com o SUAS, outro objeto e outro método, apostando no acompanhamento familiar como metodologia de intervenção no enfrentamento da pobreza e das situações de vulnerabilidade e de risco pessoal e social. Consideram-se, além da realidade dada, as estratégias que cada um tem de enfrentar as adversidades, ou seja, não apenas as condições objetivas, mas, também, as subjetivas, intervindo nas relações, traduzidas como vínculos familiares e comunitários, tendo a centralidade na família como eixo norteador de suas ações.

É indubitável o avanço produzido pela implantação do SUAS. A organização do Sistema e a definição de seu objeto qualificam o alcance das intervenções.

Também é inegável que a existência de um serviço especializado para o acolhimento de pessoas em situação de violência faz-se absolutamente necessário em nossos tempos. Entretanto, como já o afirmamos, a condição de vítima deve ser tomada como ponto de partida do acompanhamento e não como a verdade sobre o sujeito.

A compreensão de que não basta ofertar recursos materiais para enfrentar a pobreza é, ao mesmo tempo, aquilo que difere a Política das práticas assistencialistas, bem como o que justifica a presença da Psicologia neste campo.

Entretanto, o reconhecimento de que condições sociais impactam as subjetividades e vice-versa não é suficiente para operar outro modo de fazer Assistência Social.

Para que o trabalho social com famílias possa alcançar os objetivos preconizados pela Política é necessário que se inclua o sujeito enquanto operador de seu Plano Individual de Acompanhamento – PIA – e não como objeto de intervenção ou ator coadjuvante. Não há como identificar potencialidades ou promover o protagonismo sem escutar o sujeito em sua singularidade.

A cronicidade é um dos efeitos perversos de não escutar o usuário como um sujeito, embora, a ausência de uma escuta especializada não seja a única causa deste fenômeno. Portanto, o tratamento da cronicidade não se dará exclusivamente através da oferta de tal escuta.

Escutar a particularidade de cada caso não requer um *setting* específico ou um único tipo de ferramenta, como, por exemplo, os atendimentos individuais. Pode-se utilizar de diferentes ferramentas metodológicas, inclusive as intervenções grupais. O que é

imprescindível é a escuta sensível, capaz de captar o que está nas entrelinhas, bem como a atuação interdisciplinar e intersetorial. Tratar o outro enquanto sujeito é agenciar o discurso do analista e não é preciso ser psicólogo para isto.

Além disso, é preciso reconhecer que há algo impossível de ser tratado. Algo que sempre retorna e desafia todos os dispositivos já existentes e que angustia os profissionais que trabalham sustentados no desejo de provocar transformações sociais, em diferentes níveis. É preciso reconhecer que os sujeitos estão, ao mesmo tempo, submetidos e "fora" das normas e padrões sociais. Que, trabalhamos para um ideal de superação inalcançável, porque é impossível. Tal ideal deve ser nosso motor, como a cenoura para o burro, mas, que, jamais devemos tentar materializá-lo, ou encarná-lo. Esta constatação é fundamental tanto para o avanço da Política, quanto para o "desenrolar" dos casos atendidos.

É preciso dar lugar à diversidade e à invenção que cada usuário traz em sua história: o modo como lidam com suas misérias e com as violências deve ser levado em conta na construção de novas (e únicas) saídas, não devendo ser interpretadas, pelos "especialistas", como um saber menor. A produção do sujeito deve ser valorizada.

Saídas, por vezes singelas... Talvez, alguns casos, tenham mesmo que ser assistidos por décadas, pois a única saída possível é obter um lugar simbólico diverso do que a sociedade oferece diariamente... O CREAS será este lugar onde o sujeito possa circular, com suas idas e vindas...

Enquanto que, para uns, o encontro com o CREAS venha a promover a superação daquilo que provocou sua inclusão no acompanhamento, para outros, ele somente evitará de irem ao encontro do pior... Apostamos que é preciso ofertar a palavra para dar contorno ao real "escancarado" que bate à porta da Assistência Social, cotidianamente.

O caso estudado nos aponta que a instituição teve um lugar importante para a estabilização de Maria, mas, é somente incluindo-a enquanto sujeito, implicando-a em suas queixas, que teremos a chance de sair da repetição e fazer aparecer algo novo em sua vida. Aqui, falamos de uma implicação subjetiva e não de uma responsabilização legal. Não há que se cobrar de Maria, por exemplo, o exercício da maternidade, mesmo que biologicamente e legalmente falando, ela seja mãe, mas, questionar o que da maternidade é possível para esta psicótica.

Por outro lado, o Estado nos impõe, enquanto Serviço, proteger sua prole. Assim, cada um desses sujeitos deve ser escutado para que lhes sejam promovidas ações de proteção mais

assertivas. É claro, que, muitas vezes, o tempo cronológico e o tempo subjetivo não coincidem e medidas urgentes acabam tendo que ser tomadas à revelia do sujeito para lhe salvaguardar a vida. Mas, passada, a urgência, é preciso fazer o sujeito vir à tona.

Acreditamos que a dimensão clínica é extremamente necessária na condução dos casos, não, devendo, de maneira alguma, substituir os demais discursos.

Entendemos que negar tal dimensão tem consequências negativas no acompanhamento, mas, não defendemos, em hipótese alguma, que ela seja, isoladamente, a solução para os casos que são público-alvo da Política.

A clínica psicológica, portanto, não se define pelo espaço físico e/ou pela prática liberal dos consultórios particulares, mas sim por uma postura ética do profissional. Assim, convocados a ocupar diferentes espaços e políticas públicas, nós, psicólogas (os) e psicanalistas devemos sempre incluir a dimensão da subjetividade como bússola que orientará nossa intervenção.

Desta feita, a clínica psicanalítica na Política Pública de Assistência Social, não será feita a partir da mera transposição da prática do consultório privado, mas será definida pela clínica do caso a caso, pela clínica que se orienta pela singularidade do sujeito atendido, sem, entretanto, desconsiderar os demais discursos.

Conforme já o dissemos: a articulação entre Psicanálise e Assistência Social está em construção e só será possível se apostarmos em um trabalho que, ao invés de apagar as diferenças, opera a partir delas.

Logo, não pretendemos institucionalizar a psicanálise – uma vez que sua legitimidade está, justamente, em não ser adotada como O Discurso, universal, mas, sim, se fizer circular todos os discursos em jogo – mas, defender que a posição de analista e/ou o desejo do analista pode operar neste espaço e provocar mudanças. Mudanças que partirão do individual, do particular, do um a um, mas que ecoarão no social, no coletivo, já que cada um faz (ou tenta fazer) laços sociais.

REFERÊNCIAS:

AKERMAN, Jacques. **Psicanálise e políticas públicas.** Texto apresentado na Jornada de Cartéis da Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas Gerais. 2005. Mimeo.

ALBERTI, Sônia. Psicanálise: a última flor da medicina. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (orgs.) **Clínica e Pesquisa em Psicanálise.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. p. 37-56.

ALVARENGA, Elisa. A diretoria na Rede. **Orientação lacaniana**. Publicado em março de 2014. Disponível em: http://www.ebp.org.br/adr/orientacao/orientacao017.asp. Acesso em 29 ago. 2017.

ANDRADE, Renata Dinardi Rezende. Discussão x Construção do caso clínico. **Mental** - ano II - n. 4 - Barbacena - jun. 2005 - p. 45-58

BERCHERIE, Paul. Introdução. In: BERCHERIE, Paul. **Os fundamentos da Clínica:** história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989. Tradução: Vera Ribeiro. (p. 21-27)

BRASIL, Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS** – 1. ed. – Brasília: 2009. 72 p.

BRASIL, Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS**. Brasília: 2011.

BRASIL, Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Guia de Orientação Nº. 1 (1ª. Versão).** Brasília: 2006. Mimeo.

BRASIL, Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas sobre o PAIF:** o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF – segundo a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Vol. 1. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2012. 84 p.

BRASIL, Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas sobre o PAIF:** Trabalho Social com Famílias no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF. Vol. 2. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2012. 111p.

BRASIL, Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **PNAS: Política Nacional de Assistência Social.** Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2004.

BRASIL, Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais.** Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, Reimpressão: 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Diário Oficial da União. **Resolução 17 de julho de 2011.**

BRASIL. **Lei 8.742 de 07 de dezembro de 1993** – Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742compilado.htm

BRASIL. **Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011.** Altera a Lei n º8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Lei-12435.pdf

BRASIL. **NOB-RH Anotada e Comentada** – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011.144 p.

BRONZO, Carla. Vulnerabilidade, empoderamento e metodologias centradas na família: conexões e uma experiência para reflexão. In: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2009. (p.171-201)

CALDAS, Heloísa; BOECHAT, Clarice. A clínica psicanalítica na rua diante da violência e segregação. **Subjetividades.** Edição Especial: A psicanálise e as formas do político. Fortaleza: 2018. (p. 13-23)

CERRUTI, Marta Quaglia; ROSA, Miriam Debieux. Em busca de novas abordagens para a violência de gênero: a desconstrução da vítima. **Revista Mal-estar e Subjetividade – Fortaleza** – Vol. VIII – Nº 4 – p. 1047-1076 – dez/2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000400009. Acesso em: 12 nov. 2018.

COELHO, Carolina Marra S. Psicanálise e laço social: uma leitura do Seminário 17. **Mental** - ano IV, n. 6, Barbacena - jun. 2006 - p. 107-121. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167944272006000100009 Acesso em: 17 dez. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para Prática de Psicólogas (os) no Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS**. Brasília: CFP, 2012. 58 p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, Abuso e Exploração Sexual e suas Famílias:** referências para a atuação do psicólogo. Brasília: CFP, 2009. 92 p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (BRASIL). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais e psicólogos (as) na Política de Assistência Social.** Brasília: CFP/CFESS, 2007, 52p.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA (MINAS GERAIS). **A psicologia e o trabalho no CRAS.** CREPOP. Belo Horizonte: 2011. 112p.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA (MINAS GERAIS). **Jornal da Psicologia**. Belo Horizonte. Ano 30, número 104, setembro de 2016.

COSTA, Domingos Barroso da. A degeneração do laço social: desejo e gozo. In: COSTA, Domingos Barroso da. **A crise do supereu e o caráter criminógeno da sociedade de consumo**, p. 113-129 Curitiba: Juruá, 2009

COUTO, Luís Flávio Silva. Quatro modalidades de pesquisa em psicanálise. In: FUAD NETO, Kyrillos; MOREIRA, Jacqueline Oliveira. (org.) **Pesquisa em Psicanálise**: transmissão na Universidade. Barbacena: Editora da UEMG, 2010, p. 59-80.

DORON, Roland. & PAROT, Francoise. (orgs.). **Dicionário de psicologia (vol. I).** São Paulo: Ática, 1998. (p. 144-145).

DRAWIN, Carlos Roberto. Psicoterapias: elementos para uma reflexão filosófica. In: **Ano da Psicoterapia: textos geradores.** Conselho Federal de Psicologia. Brasília: DF. 2ª impressão. 2009. (p. 17-37)

DUNKER, Christian Ingo Lenz. O nascimento da clínica. In: DUNKER, Christian Ingo Lenz. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica:** uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento. São Paulo: Annablume, 2011. (p. 389-482)

DUNKER, Christian Ingo Lenz. O Real e a verdade do sofrimento. In: **Revista Cult.** Edição Especial - Jacques Lacan: além da clínica. Nº 8. Ano 20. Janeiro de 2017. (p. 50-53)

DUTRA, Elza. Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. **Estudos em Psicologia**, v.9, n.2, p. 381-387, 2004.

DUTRA, Elza. Parâmetros técnicos e éticos para a formação do psicoterapeuta: alguns apontamentos. In: **Ano da Psicoterapia: textos geradores.** Conselho Federal de Psicologia. Brasília: DF. 2ª impressão. 2009. (p 57-67.)

ELIA, Luciano. Psicanálise: clínica & pesquisa. In: ALBERTI, Sônia.; ELIA, Luciano. (orgs.). **Clínica e pesquisa em psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000, p. 19-35.

FIGUEIREDO, L.C. **Revisitando as Psicologias:** da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos. São Paulo/Petrópolis: EDUC/Vozes, 1995.

FLORENTINO, Bruno Ricardo Bérgamo. Abuso sexual, crianças e adolescentes: reflexões para o psicólogo que trabalha no CREAS. **Fractal:** Revista de Psicologia, Niterói, v. 26, n. 1, p. 59-70, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/fractal/v26n1/v26n1a06.pdf . Acesso em: 28 set. 2017

FORBES, Jorge. Jacques Lacan e as duas clínicas. **Opção Lacaniana**, São Paulo, n.62, p. 149-150, dez.2011.

FOUCAULT, Michel. Aula de 17 de março de 1976. In: FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 285-319.

FOUCAULT, Michel. Genealogia e poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** 20 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004, p. 167-177.

FREUD, Sigmund. Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica (1919). In: História de uma neurose infantil. FREUD, Sigmund. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 169-182.

FREUD, Sigmund. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912). In: FREUD, Sigmund. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 2006, p. 121-134.

GALESI, Zelma Abdala. **Nome-do-Pai e Foraclusão Generalizada**. Trabalho apresentado na VII Jornada de Cartéis da Escola Brasileira de Psicanálise e no VI Colóquio "Os Nomes-do-Pai". Paraná: dez.2005. Disponível em: http://www.ebp.org.br/biblioteca/pdf_biblioteca/2007/65Zelma_Galesi_Nome_do_Pai_e_foraclusao_generalizada.pdf

GOLDENBERG, Ricardo Davi. **Política e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006. 75 p.

GUERRA, Andréa Máris Campos. O Social na clínica e a clínica no Social: sutilezas de uma prática. In: GONÇALVES, Betânia Diniz; GUERRA, Andréa Máris. Campos; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. **Clínica e Inclusão Social:** novos arranjos subjetivos e novas formas de intervenção. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2002.(p.29-48)

HOMEM, Maria Lúcia. Entre próteses e prozacs: o sujeito contemporâneo imerso na descartabilidade da sociedade de consumo. In: **Estados Gerais de Psicanálise**: Segundo Encontro Mundial, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: http://www.estadosgerais.org. Acesso em: 08 ago. 2017

LAURENT, Eric. As novas inscrições do sofrimento da criança. In: LAURENT, E. **A sociedade do sintoma**: a psicanálise hoje. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007. (p.35-47).

LAURENT, Eric. Entrevista Psicanálise e violência: sobre as manifestações da pulsão de morte. In: MACHADO, Ondina Maria Rodrigues; DEREZENSKY, Ernesto (orgs.). **A violência:** sintoma social da época. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2013, p. 33-44.

LAURENT, Eric. O analista cidadão. In: **Curinga**. Belo Horizonte, Escola Brasileira de Psicanálise, nº. 13, set.1999. (p.12-19)

LAURENT, Eric. O delírio de normalidade. In: LAURENT, Eric. **Loucuras, sintomas e fantasias na vida cotidiana.** Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2011, p. 45-56.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira; SCHEINVAR, Estela. NASCIMENTO, Maria Lívia do. Uma análise do acontecimento "crianças e jovens em risco". **Psicologia e Sociedade.** Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 158-164, abr. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0107182201400010017&lng=ptnrm=iso . Acesso em 17 jul. 2018.

LIMA, Mônica; VIANA, Eliana. Formação em Psicologia e Psicoterapias: algumas considerações para o debate. In: **Ano da Psicoterapia: textos geradores.** Conselho Federal de Psicologia. Brasília: DF. 2ª impressão. 2009. (p. 39-48)

MACEDO, João Paulo et. al. O Psicólogo Brasileiro no SUAS: quantos somos e onde estamos? **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 16, n.3, p.479-489, jul/set. 2011.
MARCOS, C. A pesquisa em psicanálise e a Linha de Pesquisa Processos Psicossociais do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu de Psicologia da PUC Minas. In: FUAD NETO, K.; MOREIRA, J.O. (org.) **Pesquisa em Psicanálise:** transmissão na Universidade. Barbacena: Editora da UEMG, 2010, p. 99-111.

MILLER, Jacques-Alain. **O Rouxinol de Lacan**. Conferência Inaugural do Instituto do Campo Freudiano de Buenos Aires (ICBA). Tradução do espanhol por Carlos Genaro G. Fernandez, publicada pela primeira vez no Brasil em: Carta de São Paulo, v.10, n.5, p. 18-32, out-nov. 2003.

MILLER, Jacques-Alain. Psicoterapia e Psicanálise. In: FORBES, Jorge (org.). **Psicanálise ou Psicoterapia.** Campinas: SP: Papirus, 1997.

MIRANDA, G.L. & CUNHA, E.P. Ações de Enfrentamento à Violação de Direitos da Criança e do Adolescente na Política de Assistência Social. In: CUNHA, E.P., SILVA, E.M., GIOVANETTI, M.A.G.C. **Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil: expansão do PAIR em Minas Gerais.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008. (p.294-317)

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. Do problema da alteridade no pensamento freudiano: uma construção. **Ágora** v. VI n. 2 jul/dez 2003 (p. 251-270)

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho & NEVES, Edwiges de Oliveira. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. **Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília, v. 27, n. 4, p. 608-621, dez. 2007.

MOTTA, Roberta Fin; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. A Psicologia na assistência social: transitar, travessia. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n.1, p. 230-239, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n1/25.pdf. Acesso em: 24 abr. 2017.

MUNHOZ, Sara Regina. A voz das famílias e as vozes sobre as famílias em um núcleo de medidas socioeducativas em meio aberto. Mana, Rio de Janeiro, v. 26, n.2, p. 461-478, ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132017000100109&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 17 jul. 2018

OLIVEIRA, Marcos Vinícius de. A ação clínica e os espaços institucionais das políticas públicas: desafios éticos e técnicos. . In: **Ano da Psicoterapia: textos geradores.** Conselho Federal de Psicologia. Brasília: DF. 2ª impressão. 2009. (p.106-130)

ONS, Silvia. La violencia contemporânea: notas sobre la paranoia social. In: ONS, Silvia. **Violencia/s**. Buenos Aires: Paidós. 2009. (p. 15-31)

ORTIZ, Mario Elkin Ramirez. La hipermodernidad: el discurso capitalista. In: ORTIZ, Mario Elkin Ramirez. **Conflicto armado y subjetctividad**. Olivos: Gramma Ediciones, 2017. (p. 13-42)

ORTIZ, Mario Elkin Ramirez. Las identificaciones, los Nombres-del-padre y la agresividad en el sujeto contemporáneo. In: ORTIZ, Mario Elkin Ramirez. **Conflicto armado y subjetctividad**. Olivos: Gramma Ediciones, 2017. (p. 43-68)

PAULA, Paula Ângela de Figueiredo e. A solidariedade como sinthoma do capitalismo financeiro neoliberal. In: PAULA, Paula Ângela de Figueiredo e. **O desejo do analista**: nome de um amor mais digno que a solidariedade social. Belo Horizonte: São Jerônimo, 2017.

PORGE, Erik. O Relato de caso em Freud. In: PORGE, Erik. **Transmitir a clínica psicanalítica:** Freud, Lacan, hoje. Tradução: Viviane Veras e Paulo de Souza. Campinas: Editora da Unicamp, 2009, p. 17-25.

PORTO, Fábio. Entrevista. **Psicologia: Ciência e Profissão. Diálogos.** Ano 07. Número 07. Brasília: DF. 2010. (p. 07-11). Disponível em: www.pol.org.br

QUINET, Antônio. **As 4+1 condições da análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000, 8ª edição.

QUINET, Antônio. Conceitos. In: QUINET, Antônio. **Teoria e clínica da psicose.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997. (p. 03-77)

QUINET, Antônio. **Psicose e laço social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

RENNÓ LIMA, Celso. **O inconsciente é a política.** In: http://clinicalacaniana.blogspot.com.br/2014/05/o-inconsciente-e-politica.html. Publicado em 06 de maio de 2014. Acesso em: 29 ago. 2017

REZENDE, Joffre M. de. **Caminhos da Medicina: trajetória histórica da clínica médica e suas perspectivas.** Palestra na Jornada de Clínica Médica para estudantes de Medicina realizada em Goiânia em 19/08/1998. Disponível em: <http://usuarios.cultura.com.br/ jmrezende>. Acesso em abril de 2006.

RIBEIRO, Adriana Barbosa; et. al. Desafios da atuação dos psicólogos nos CREAS do Rio Grande do Norte. **Fractal:** Revista de Psicologia, Niterói, v. 26, n. 2, p. 461 a 478. Maio/agosto, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/fractal/v26n2/1984-0292-fractal-26-02-00461.pdf. Acesso em: 03 jun. 2017

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Problematizando as noções de vulnerabilidade e risco social no cotidiano do SUAS. **Psicologia em Estudo,** v. 20, n. 3, out-dez 2015, p. 449-459. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/28707. Acesso em: 17 jul. 2018.

ROSA, Miriam Debieux. A psicanálise lacaniana e a dimensão sociopolítica do sofrimento. In: **Revista Cult.** Edição Especial - Jacques Lacan: além da clínica. Nº 8. Ano 20. Janeiro de 2017. (p. 22-24)

ROSA, Miriam Debieux; Et. al. Os trabalhadores do social e os impasses frente às demandas da adolescência: política e singularidade. In: GURSKI, Rose. **Psicanálise e socioeducação.** 2018. No prelo.

ROSA, Miriam Debieux; PRUDENTE, Sérgio Eduardo Lima. RESPONSABILIZ(*AÇÃO*): o sujeito entre a responsabilidade e o dever jurídico. In: **Dialnet**: revista brasileira de ciências criminais. Ano 2014, Número 109. (p.75-90). Disponível em: https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/393005. Acesso em: 19 nov. 2018

SCHEINVAR, Estela. Conselho tutelar e escola: a potência da lógica penal no fazer cotidiano. **Psicologia e sociedade.** Belo Horizonte, v. 24, n. spe, p. 45-51, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822012000400008&lng=pt&nrm=iso . Acesso em 17 jul. 2018

SENRA, Carmem Magda Ghetti; GUZZO, Raquel Souza Lobo. Assistência social e psicologia: sobre as tensões e conflitos do psicólogo no cotidiano do serviço público. **Psicologia e Sociedade**. Belo Horizonte, v. 24, n. 2, ago. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822012000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2017.

SILVA JR., Nelson da; BEER, Paulo. Discurso da Ciência, Discurso do capitalista: interpretações do neoliberalismo a partir de Lacan. In: **Revista Cult.** Edição Especial - Jacques Lacan: além da clínica. Nº 8. Ano 20. Janeiro de 2017. (p. 18-21)

SILVA, Rafael Bianchi; CARVALHAES, Flávia Fernandes de. Psicologia e Políticas Públicas: impasses e reinvenções. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte , v. 28, n. 2, p. 247-256, ago. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822016000200247&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2017.

SKRIABINE, Pierre. A clínica diferencial do sinthoma. In: **Quarto 86, L´invention sinthomatique**, Bruxelas, abril 2006, p. 58-64. Tradução Cristina Drumond (inédito)

SOUZA, Aurélio. Duas exceções dos discursos radicais: o discurso do capitalista e o discurso do a-viciado. Em: SOUZA, Aurélio. **Os discursos na psicanálise.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2003. (p. 133-171)

SOUZA, Octavio. Reflexão sobre a extensão dos conceitos e da prática psicanalítica. In: ARAGÃO, Luiz Tarlei de. ; CALLIGARIS, Contardo. ; COSTA, Jurandir Freire. ; SOUZA, Octavio. **Clínica do Social:** ensaios. São Paulo: Escuta, 1991. (p. 77-91)

TEIXEIRA, Leônia Cavalcante; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. O Eu e o Outro no mito freudiano da fundação da cultura. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 187-202, ago. 2013

TONIOLO, Lisley Braun; et. al. A metodologia de construção do caso clínico na cidade: um saber para além dos protocolos e seus efeitos no trabalho da Assistência Social. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 15, n. 1, p. 196 - 211, jan./jul. 2016

VAL, Alexandre Costa; LIMA, Mônica Assunção Costa. A construção do caso clínico como forma de pesquisa em psicanálise. **Ágora**. Rio de Janeiro, v. XVII, n.1, jan/jul 2014, p. 99-115.

VIGANÓ, Carlo. A Construção do Caso Clínico em Saúde Mental. **Curinga.** Belo Horizonte, Escola Brasileira de Psicanálise, nº. 13, set.1999. (p.50-60)

VIGANÓ, Carlo. **Trabalho em equipe na rede:** a enfermeira e a instituição parceira. Conferência proferida em 11 de setembro de 2002 no Conselho Regional de Enfermagem – COREN. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1983-60072007000300002&script=sci_abstract. Acesso em: 19 nov. 2018.

YAMAMOTO, Oswaldo Hajime; OLIVEIRA, Isabel Fernandes de. Política Social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos. **Psicologia:** Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 26, n. spe, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000500002&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 19 mar. 2017.