

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL

Maria de Lourdes Duque-Estrada Scarparo

EM BUSCA DO SUJEITO PERDIDO:
a psicanálise na assistência social, limites e possibilidades

Porto Alegre

2008

Maria de Lourdes Duque-Estrada Scarparo

EM BUSCA DO SUJEITO PERDIDO:

a psicanálise na assistência social, limites e possibilidades

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora Profa. Dra. Maria Cristina Poli

Porto Alegre

2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor

José Carlos Ferraz Hennemann

Vice-Reitor

Pedro Cezar Dutra Fonseca

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Diretora

Cleci Maraschin

Vice-Diretora

Liliane Seide Froemming

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

Coordenadora

Rosane Neves da Silva

BIBLIOTECA

Bibliotecária-Chefe

Elise Maria Di Domenico Coser

Termo de Aprovação

Maria de Lourdes Duque-Estrada Scarparo

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação Em busca do sujeito perdido: a psicanálise na assistência social, limites e possibilidades, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Dissertação defendida e aprovada em: 10/03/2008

Comissão Examinadora:

Dra. Miriam Debieux Rosa, Doutora em Psicologia Clínica, USP e PUC/SP

Dr. Eduardo Ely Mendes Ribeiro, Doutor em Antropologia Social, PUCRS

**Dr. Edson Luiz André de Sousa, Doutor em Psicanálise e Psicopatologia,
Université de Paris VII - Denis Diderot, PPGPSI/UFRGS**

Àqueles que fazem sonoramente visíveis os caminhos que trilhamos.
Ainda que em silêncio ou em aparente invisibilidade,
tornam aprendizagem cada encontro,
pelo dom de dar o que não se tem.

AGRADEÇO A:

Maria Cristina Poli por acolher, apostar, orientar, acompanhar e pontuar a escrita.

Ana Maria Medeiros da Costa pela escuta e leitura da escritura dos sonhos.

Edson Luiz André de Sousa pelo despertar da arte de sobreviver.

Dr. Duque pelo prazer da leitura da vida. (In memoriam)

Minha família por me ensinarem a arte de pescar.

Meus professores por tantas aprendizagens.

Meus colegas por contar com a parceria.

Meus amigos pela luz da presença.

Meus amores pelas buscas.

O “Churb” pela fé.

E aos ainda desconhecidos pelo desejo do porvir...

“Daqui a vinte anos você estará mais desapontado pelas coisas que você não fez do que pelas que fez. Então, se expanda. Navegue para longe do porto seguro. Pegue os ventos de mudança em sua viagem. Explore. Sonhe. Descubra”.

Mark Twain

"Alguém jamais concordará em rastejar se sentir um impulso para voar”.

Hellen Keller

Resumo

O trabalho de pesquisa situa-se no contexto de reformulações do trabalho com a implantação do Sistema Único da Assistência Social – SUAS. Propõe-se a refletir sobre os **aspectos clínicos, sociais e institucionais** envolvidos na especificidade do atendimento à família na Assistência Social. Em sua intrínseca interface com a saúde mental, interroga quais as possibilidades de contribuição da psicanálise enquanto norteadora da ética da escuta do sujeito do desejo, diante do sujeito do direito. Para isso, transitamos pela história, fundamentações, práticas, modos de gestão e formação relativos a esta área de atuação. A pesquisa em Psicanálise é nossa escolha teórica e metodológica em busca do sujeito no apagamento do discurso. Investigar a escuta da singularidade, para além do dos discursos totalizantes, nos quais as possibilidades ficam restritas pelo “lugar marcado” por uma identificação ao discurso social “dos excluídos”. Propomos pesquisar como o dispositivo clínico pode se instalar, diante de impasses na abordagem em condições adversas, incluindo as institucionais, bem como os próprios quadros de sofrimento psíquico em associação a situações de rua e miserabilidade.

Palavras-chaves: Psicanálise, Clínica Ampliada, Assistência Social, Sócio Familiar e Sócio educativo.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Siglas	Nome por extenso ou correspondente
CMAS	Conselho Municipal de Assistência Social
CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS / PoA	Comissão Regional de Assistência Social (denominação anterior)
CRAS / SUAS	Centro de Referência da Assistência Social - SUAS
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CT	Conselho Tutelar
FASC	Fundação de Assistência Social e Cidadania
FASE	Fundação de Atendimento Sócio-Educativo
FESC	Fundação de Educação Social e Comunitária
FPE	Fundação de Proteção Especial
GRANPAL	Grande Porto Alegre - Sistema Informatizado da Rede de Proteção
GT	Grupo de Trabalho
JIJ	Juizado da Infância e Juventude
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MP	Ministério Público
NASF	Núcleo de Apoio Sócio-Familiar
PAIF	Programa de Atenção Integral à Família
PEMSE	Programa de Execução de Medidas Sócio-Educativas
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PSF	Programa Saúde da Família (Estratégia Saúde da Família)
SASE	Serviço de Atendimento Sócio-Educativo em Meio Aberto
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. PESQUISANDO COM A PSICANÁLISE	15
1.1 A pesquisa clínica	15
1.2 Pesquisando na clínica social	17
1.3 Transferência	24
1.4 Para concluir o início	27
2. PSICANÁLISE E ASSISTÊNCIA SOCIAL	32
2.1 Os caminhos da psicanálise	32
2.2 Política pública de Assistência Social	38
2.3 Andanças pelo social: problematizando a rede	43
2.3.1 Seu Machado	44
2.4 Sistematizações	49
2.5 Medidas	57
3. SAÚDE MENTAL NA ASSISTÊNCIA SOCIAL	61
3.1 Os dispositivos	61
3.2 Dispositivos Clínicos na Assistência Social	62
3.2.1 Psicossocial	67
3.3 A visita domiciliar	71
3.4 Início de atendimento ou entrevistas iniciais	75
3.5 Atendimento	76
4. CRÔNICAS DA VIDA COTIDIANA	79
4.1 Lugares	81
4.1.1 Cláudio (Sócio-educar ou escutar)	83
4.1.2 O caminho do pai	85
4.2 Um excesso de privação	88
4.2.1 Madalena	93
4.3 Calamidade das águas.....	97
4.3.1 Despertar traumático	105
4.4 E se o outro não estivesse aí?	108
CONCLUSÃO	109
REFERÊNCIAS	119

INTRODUÇÃO

O tema desta pesquisa se insere em uma trajetória de trabalho com crianças, adolescentes e suas famílias na Fundação de Assistência Social e Cidadania da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, órgão equivalente à Secretaria de Assistência Social do Município. Iniciou-se em 1995 com o atendimento direto em abrigo especializado para crianças e adolescentes vítimas de violência e abuso sexual, passando pelos atendimentos da rede básica como Núcleo de Apoio Sócio-Familiar e Serviço de Atendimento Sócio Educativo em Meio Aberto em comunidades de baixa renda de Porto Alegre. Tendo seqüência no trabalho com a assessoria de abrigos para crianças portadoras de necessidades especiais, em supervisão institucional e programática, na participação em equipe de coordenação do Programa Família Apoio e Proteção.

É no momento de discussão da elaboração das diretrizes da política nacional de assistência social, que culminou com a oficialização do Sistema Único de Assistência Social – SUAS - e o início do seu processo de implantação em janeiro de 2005, que muitos questionamentos se tornaram emergentes e indicavam um tempo de rever as práticas e reformulações necessárias do trabalho, bem como sua fundamentação. Desde então, efetivou-se a criação do Grupo de Trabalho Saúde Mental na Assistência Social, um espaço de discussão do campo Psi, pleiteado institucionalmente desde 1995, só dez anos depois reconhecido. Em outros espaços institucionais, reacende e reverbera a pergunta sobre a clínica e o que a psicanálise pode contribuir com o trabalho neste campo.

Reencontramos, no percurso atual, uma leitura da época dos engajamentos políticos universitários, que discutiam o compromisso da psicologia com o

movimento antimanicomial, quando nos deparávamos com internações ou inviabilização de alta do Hospital Psiquiátrico São Pedro “por motivo social”. Em “Caminhos da terapêutica psicanalítica”, Sigmund Freud (1918/s.d.) provocava, já em 1918, a pensar em como poderia se dar o oferecimento ao tratamento psicanalítico em condições de “vida pesada” na pobreza, considerando a responsabilidade do Estado, pois talvez fosse necessário “unir ao socorro psíquico um auxílio material”, mas que “a estrutura e a composição desta psicoterapia para o povo” necessitaria continuar fundamentada na “psicanálise propriamente dita, rigorosa”, assinalando que os fatores da falta de perspectiva de vida e a “conformação” ao sintoma seriam dificuldades a mais nestas condições. (FREUD, 1918/s.d., p. 132) Indicava que este era um caminho a percorrer futuramente...

As políticas públicas avançaram nos últimos 90 anos na oferta de serviços de atendimento. Inclusive, em Porto Alegre, com o auxílio material nos últimos dez anos. E os impasses que se colocam são os da manutenção das situações de maior complexidade, no prolongamento ou reincidência dos casos.

São inúmeras situações onde a marca da repetição, inclusive geracional coloca em questão teorias, metodologias variadas, concepções, e os próprios limites dos âmbitos público e privado. É neste ponto, em um tempo de impasses e reformulações dos programas de atendimento, bem como no desafio colocado pela notória distância entre a academia e o contexto social, que a necessidade de reflexão e aprofundamento das questões provocadas por estas práticas motivou o empreendimento de uma pesquisa que pudesse contemplar os **aspectos clínicos, sociais e institucionais** envolvidos nas políticas públicas, em especial na Assistência Social e em sua intrínseca interface com a saúde mental, enquanto

norteadores da própria fundamentação, prática, gestão e formação voltadas para este campo.

Estes enlaces não se dão apenas pela revisão bibliográfica, mas pelo empreendimento da escrita sobre uma trajetória onde prática e teoria não se dissociam e na qual a implicação nas questões do tema de pesquisa proposto se reatualizam. Não estão claras, a princípio; se elucidam na elaboração do próprio texto – resultado da pesquisa, fruto da experiência.

O encontro no texto, que indica esta via de possibilidade, também aponta que os princípios norteadores são os mesmos do exercício clínico, a ética da Psicanálise, uma referência do sujeito a um lugar simbólico, um *ethos*, considerando que:

[...] “método de pesquisa em psicanálise” não se confunde com o uso de determinado instrumento ou técnica de produção de conhecimentos. [...] a experiência psicanalítica se pauta pela inclusão primeira do desejo do pesquisador na construção do enigma que seu trabalho busca desvelar. A esta inclusão do desejo denominamos *transferência*, fundamento de todo o trabalho de pesquisa em psicanálise e que permite situar a noção de realidade com a qual operamos (POLI, 2005b, p. 43).

Um dos principais aspectos que abordaremos nessa pesquisa são as formas de atenção dispensadas aos usuários dos programas e serviços da rede de atendimento à criança e ao adolescente. Sobre o tratamento em saúde mental, Figueiredo (1997) faz uma discussão dos três modelos – médico, psicológico e psicossocial – e da composição híbrida das modalidades de intervenção, considerando respectivamente a ética da tutela, a ética da interlocução e a ética da ação social que ela relaciona, na intervenção, ao tratamento medicamentoso, às psicoterapias e às oficinas terapêuticas. A interlocução destes modelos modificaria seus procedimentos. Interlocução, salienta a autora, entendida como elocução – maneira de expressar-se, palavras ou frases, estilo – onde quem escolhe as palavras é o sujeito, quando o enunciado junta-se à enunciação no endereçamento.

A autora coloca o lugar do psicanalista neste ponto de fazer funcionar a elocução atravessando as diferentes modalidades de atendimento.

A pesquisa em psicanálise será, então, a opção teórica e metodológica em busca do sujeito no apagamento promovido pelo do discurso em voga nas instituições. A escuta da singularidade, para além do diagnóstico que iguala diferentes sob um mesmo rótulo, no qual a suposição de possibilidades fica restrita pelo prognóstico ou se constitui como um “lugar marcado” por uma identificação ao discurso social “dos excluídos”. Um dos ganhos do sintoma - do sintoma social - é a defesa do risco ao incerto e não sabido. Então, é preciso indagar pelo desejo diante de olhares paralisados no objeto da necessidade. É preciso interlocução.

1 PESQUISANDO COM A PSICANÁLISE

1.1 A pesquisa clínica

Joel Birman (1992), no II Encontro de Pesquisa Acadêmica em Psicanálise, nos traz algumas questões para a reflexão do que denominou “a direção da pesquisa psicanalítica”. Observa que a psicanálise ainda fica na condição do que “resta”, frente aos órgãos de fomento da área de pesquisa. No ano anterior, no I Encontro de Pesquisa Acadêmica em Psicanálise, Garcia-Roza (1991) já havia assinalado a inexistência de uma “rubrica específica onde a psicanálise possa se inserir” na Universidade, sendo seu ensino e pesquisa realizada em institutos de psicologia, por exemplo, e também em faculdades de filosofia, letras, comunicação e outros. Birman (1992) considera que, no campo da pesquisa em psicologia, a questão da cientificidade dá margem a conflitos diante da concepção neopositivista e empirista, enquanto modelo epistemológico dominante, salientando a importância de se criar um campo consistente para a pesquisa em psicanálise, configurando, com critérios próprios, sua especificidade.

Para tanto, o autor vai considerar “uma certa disjunção” quando se fala em “a clínica e a pesquisa” como se houvesse “a pesquisa *ou* a clínica em psicanálise” e colocar em questão se é possível falar em pesquisa psicanalítica sem pressupor sua referência à clínica e à experiência psicanalíticas. Propõe aí uma diferença, sendo que a experiência psicanalítica admitiria “uma diversidade, uma pluralidade de clínicas, dependendo do espaço e das regras que delineariam a relação entre o analista e o analisante” (BIRMAN, 1992, p.10), portanto, contrapõe-se ao que os psicanalistas, nos anos 50, chamavam de “*cura-tipo*”, lembrando a existência de

diferentes possibilidades de encaminhamentos clínicos em diferentes estruturas psíquicas como a histeria, a neurose e a psicose, considerando a interpretação não somente da rememoração, mas na relação transferencial.

O mesmo autor vai se reportar ao contexto histórico da psicanálise para elucidar a origem da discussão da modalidade de cientificidade desta. Considera, para tanto, a preocupação de Freud em fundamentar até onde a interpretação psicanalítica poderia ser um instrumento seguro para o analista, possibilitando atingir uma certa verdade, diferenciando de algo que pudesse ser da ordem do delírio. No contexto da tradição científica alemã da época, o modelo de cientificidade referia-se à teorização kantiana, na tentativa de diferenciar o campo da ciência dos campos da ética e da estética, em contraposição ao campo da filosofia, e ao pensamento de Hegel. Nessa teorização neopositivista, tradição na qual o discurso de Freud está inserido, a verificação poderia ser uma forma de a diferenciar da especulação e da filosofia. Fundamentalmente, os modelos que Freud construiu adviram do campo das ciências da cultura e não das ciências naturais.

Birman (1992) salienta ainda a constituição da “construção em análise” como interpretação a partir da experiência. Esta noção, de experiência psicanalítica, representada pelo campo dialógico centrado na linguagem, na interlocução, e em que “não se pretende apenas conhecer determinados objetos, pois (...) supõe necessariamente um *engajamento transformador*, na própria demanda que o sujeito faz ao procurar um analista” (p.19). Considera fundamental, do ponto de vista metodológico, que não se reduza a clínica ao exercício da técnica, mas afirma a clínica como o lugar da pesquisa, como campo teórico bem delineado, fundamentando-se na experiência da transferência.

1.2 Pesquisando na clínica social

Essa pesquisa parte da nossa experiência de trabalho, fundamentada na psicanálise, nesse ainda polêmico campo de debate da cientificidade da psicanálise, de suas possibilidades de ensino e transmissão na universidade e do seu exercício clínico no campo do social.

Conforme indicamos, Joel Birman (1993) salienta que, apesar das preocupações de Freud, com a verificação para garantir a cientificidade da psicanálise, de fato, o que ele fazia era interpretar um processo a partir da experiência psicanalítica na transferência. Mezan (1999) afirma que os textos produzidos na pesquisa em psicanálise são postos à prova pelos colegas leitores.

Citamos, anteriormente, a falta de rubrica, a questão do lugar, do *resto*, relacionados à psicanálise. Isso também se observa no trabalho do psicanalista em instituições públicas. Na área da saúde mental existe constituído o lugar do psiquiatra e do psicólogo, por onde a psicanálise pode entrar pelo exercício clínico. Mas, quando a instituição não se configura como sendo da área da saúde, como na educação e na assistência social, esta abertura de espaço fica ainda mais dificultada. Assim como não existe rubrica específica para a psicanálise nos órgãos de fomento de pesquisa na universidade, também não existe, para a psicanálise, este espaço previsto pelos órgãos de financiamento na área social, restringindo-se à psicologia comunitária e/ou social.

Procurando respostas no texto “Família e desemprego: o impacto do real na estrutura familiar” (MANDELBAUM, 2004), encontramos a referência ao concreto, como um certo limite do trabalho de escuta analítica. Quando a resposta, ao pedido de ajuda “para arrumar um trabalho”, vai na direção da realidade, como algo do tipo

“aqui não temos emprego”, o sujeito, aí, só pode ir embora mesmo. A escuta não se realiza. Será que a resistência, como diz Ana Cristina Figueiredo (1997), retomando Lacan, não estará do lado do analista? Não seria este quem pode constituir a demanda ao acrescentar algo como ‘mas, podemos falar sobre isto!’ ou perguntar como são para o sujeito, na sua singularidade, as dificuldades que encontra nesta busca de trabalho? Neste sentido, a proposta de Winter e Duvidovich (2004) é que um analista, com preparo metodológico e com escuta sensível, pode produzir demanda analítica na população. Ou seja, “a demanda que reconhecemos como necessária a qualquer projeto de escuta, não é prévia à presença do analista, ao contrário, é o analista que produz” (p. 103).

Isto não significa desconsiderar o processo de *desfiliação*, apontado por Castel (1998), quando se refere ao processo sócio-econômico estrutural de quem está fora do processo produtivo social. Ao contrário, é escutar uma questão do sujeito, apesar e para além das questões sociais, como por exemplo, “estar fora”, não poder se inserir na “classe trabalhadora” (com a variedade de sentidos que comporta).

Mas, não é mesmo do “resto”, do desfiliado ou excluído (POLI, 2005, p. 37) que trata a psicanálise? Algo da ordem do real, algo que se encontra no campo do irrepresentável, que “escapa” à simbolização?

Em relação aos trabalhos com grupos, necessários nesses contextos de abordagem sócio-institucional, advém a pergunta de que tipo de grupo se trata, se operativo, terapêutico, ou mútua ajuda. Que lugar é esse que implica trocas? Enfim, que lugar é este onde se contam/escutam histórias, o que se troca, aí? Não quaisquer histórias, são narrativas de vida, das versões das origens e passagens dos sujeitos, que não falam para qualquer um. Há endereço, seus pares, a coordenação do grupo, etc.

A escuta, na condução destes grupos, faz diferença. A diferença de não ser mais um prontuário, usuário, a diferença de contar-se em sua singularidade no encontro com o outro que faz laço, laço social. No contexto da exclusão e da indiferenciação das massas, o grupo implica em um movimento onde o corpo “sofrido” pode ser simbolizado e re-situado enquanto lugar social. Resta o risco da identificação ao sintoma que “paralisaria” numa relação de dependência ao grupo.

Figueiredo (1997) nos traz, de forma elucidativa, a desmistificação do tal *setting* terapêutico, no relato das falas dos profissionais sobre seus espaços de trabalho. Aponta à questão do uso do espaço do grupo, com um sentido/função para determinada clientela, numa circulação de discursos e formação de laços sociais, mas como um efeito terapêutico, algo que ainda está para ser pesquisado...

Um conceito, que pede muito trabalho, é esse da escuta. Qual é a escuta em questão? Por exemplo, quando se diz “constituindo demanda por meio da escuta”¹ no lugar de “constituição de demanda através da escuta” há uma diferença sutil. “Por meio de”, pode indicar, *a priori*, que há um objetivo, um método, uma técnica para atingir um resultado. “Através da escuta”, pode indicar um sentido de atravessamento, de algo que irrompe no discurso, algo que não era previsto no discurso lógico, algo que não se queria dizer racionalmente, algo da ordem significante que remete ao inconsciente. Mas, ainda que não seja a escuta do analista - pois não se trata de uma análise - diferencia-se de “outras escutas” quando a psicanálise não investiga a realidade, nem tenciona controlar o comportamento (fala), mas está atenta ao que é da ordem do não dito (ROSA,

¹ Referimo-nos ao título do artigo “Atendimento à família na assistência social: constituindo demanda por meio da escuta.” em que “constituição de demanda através da escuta” foi substituído por “constituindo demanda por meio da escuta”, na publicação, por questões “gramaticais”. (SCARPARO; CRUZ.; GUARESCHI, 2005)

2000). Uma escuta que quer saber da verdade subjetiva, da versão do sujeito do inconsciente.

Porém, freqüentemente, está em causa algo que é relativo a um Outro, terceiro, que questiona o sujeito em seu lugar. Talvez, por aí, se possa pensar algo diferente de apenas um atravessamento incômodo, mas do atravessamento necessário do Outro, da cultura no qual esse sujeito se insere. A questão do terceiro, que demanda, que interdita, que põe em questão, é um ponto a mais de trabalho. Esta é uma especificidade, quando “a família” - encaminhada por aplicação de medida protetiva de orientação e apoio familiar sócio familiar (OASF) na assistência social ou para tratamento na saúde em PSF, ambulatório de saúde mental ou CAPS, por exemplo² - não vem buscar atendimento com uma demanda constituída, vem encaminhada, vem sem querer vir, mas vem. Ou ainda, quando não vem, quando é preciso que se vá até ela.

Aqui importa, algo que os analistas de crianças já sabem: que a demanda precisa ser construída em transferência, pois a criança, às vezes é o sintoma dos pais, faz sintoma para trazê-los. É preciso lembrar, no trabalho com famílias, que por pais entende-se aqueles que fazem esta função, sejam avós, tios, educadores/monitores de abrigo, família substituta ou outra forma de cuidadores aí implicados. E, quando se diz implicados, é porque não nos referimos a qualquer pessoa com a tarefa ou papel de cuidar de alguém, mas alguém que está aí implicado no seu desejo e, por isso faz função³. Em muitos casos, o trabalho é mesmo neste intervalo, onde algo externo como a fome ou o Juiz, algo da ordem do corpo ou de uma representação da lei, é que “traz” para o atendimento. Observa-se

² Para conhecer a descrição dos programas, consultar as referências: Orientação e Apoio Sócio Familiar - OASF (Brasil, 1990) Programa Saúde da Família - PSF (Brasil, 2006; MS, 2008); Centro de Atenção Psicossocial - CAPS (MS, 2002).

³ No sentido dos conceitos de função paterna, função materna e função fraterna para a psicanálise (POLI, 2006, p. 172-93; 230-31).

aí o intervalo entre a demanda do Outro e a demanda do sujeito que possa daí advir. A constituição de uma demanda de tratamento é, então, um passo que situa também um campo de pesquisa. (POLI, 2006, p. 168)

Poderia iniciar perguntando de que sujeito se fala. Luciano Elia (2004) nos dá uma dica:

O sujeito é um *operador* que se impõe a nós, desde que nos coloquemos em determinada perspectiva, em determinado lugar a partir do qual interrogamos a experiência {...} O sujeito é, portanto, sempre suposto. Não o encontramos na realidade, mas o supomos {...} momento em que reconhecemos e incidência do significante na experiência... (p. 70)

Ainda na questão da diferença colocada por algo da ordem da cultura para este lugar, cabe salientar que a constituição subjetiva se dá independente da “realidade”, enquanto fatores sócio-econômicos, ou mesmo como Ceccareli (2005) aponta independente das novas configurações familiares contemporâneas. Como o sujeito se implica nestas diferenças e quais os lugares de possível circulação no corpo social, a partir de marcas simbólicas daí advindas, ou, principalmente, da ausência destas, importa, traz para a pesquisa novas questões.

Maria Lúcia Violante (2000) faz um estudo (uma pesquisa clínica) sobre o que ela chamará de potencialidade melancólica, relacionada com situações extremas, onde há uma desqualificação narcísica sofrida pelo Eu, na base de sua constituição. A autora alerta que “a potencialidade melancólica não é um prejuízo psíquico restrito à pobreza, não devendo por isso ser confundida com um *sintoma social*” (VIOLANTE, 1994, p. 12). Mas, citando Aulagnier⁴, evidencia que, em situações de miséria absoluta, por exemplo, podem-se encontrar fatores que *facilitam* o surgimento do sofrimento psíquico devido a um “caos” que coloca, para adultos e

⁴ No interesse do tema, além de “A violência da Interpretação” (1975) ver também “Um intérprete em busca de sentido, I e II” (1990) de Piera Aulagnier.

crianças, frustrações excessivas e injunções absurdas e paradoxais que excedem uma capacidade de resposta (do Eu). Seria um “reforço, operado pela realidade social na realidade histórica de sujeitos” (VIOLANTE, 1994, p. 13), em que situações não são simplesmente fantasiadas, mas realizadas, como rejeição absoluta, mutilação, ódio, não-desejo. Acrescentariamos, aqui, a indiferença, especialmente na adolescência⁵. Faz lembrar, de alguma forma, os traumas de guerra, onde há uma ruptura promovida pela quebra de quaisquer referências familiares.

O interrogante, que se atravessa nesta questão, é que, em situações gravíssimas, algumas pessoas sucumbem e outras “dão a volta por cima”. No apontamento para a estrutura psíquica e seu arsenal simbólico, exposto a tempestades constantes, e seus níveis subjetivos de resistência à dor e ao sofrimento, a possibilidade de laços faz abrigo no corpo social. Mas, quando se soma a uma questão da ordem da exclusão das possibilidades de ocupação de um lugar social, para este sujeito ou, quando os lugares possíveis são apenas da ordem da desvalia, o narcisismo será brutalmente atingido e esta injunção precisaria ser mais investigada.

As possibilidades de circulação na cultura também estão relativizadas nas suas várias conformações para diferentes grupos. Contudo, as possibilidades ou não de acesso e pertencimento, são chaves nessa questão. Os “interpretantes” da diferença cultural também estão em suspensão. Então, por exemplo, qual é o lugar de “não saber a data de nascimento do filho”, para quem não sabe contar até dez e vive numa comunidade onde a maioria também não sabe? No entanto, há diferenças

⁵ Luís Eduardo Soares, então Secretário Nacional de Segurança Pública, em simpósio da ABRAPSO, em setembro de 2003, ilustra a questão de invisibilidade para a adolescência nas situações de exclusão social.

substanciais nas narrativas da história de “espera e chegada do neguinho”⁶. A projeção de “ser esperto como o pai que fica vivo e nunca foi pego”, pode provocar “choques” culturais em alguns profissionais, especialmente com aqueles que se preocupam mais com as questões comportamentais.

Em um trabalho de equipe, em uma instituição, a eleição, de quem é que escuta, não pode estar dissociada de questões transferenciais, embora, no âmbito público, seja difícil garantir essa possibilidade de escolha. Também não é a formação acadêmica que garante a escuta. Então, eleger o psicólogo como aquele que a faz por excelência, pode nos levar a cair no mesmo equívoco da área da saúde, que identifica o médico ao seu campo de saber. Figueiredo (1997) nos aponta para o risco mesmo de uma associação corporativa que poderia acabar levando o grupo para a direção oposta, o que chamou de acirramento de “pequenos narcisismos” (p.177).

Encontramos aqui uma particularidade a mais deste campo de atuação⁷. As ações em assistência social não estão identificadas a um saber como sociedade-sociologia, saúde-medicina, mas, antes, estão relacionadas a uma ação. Muitos ainda a chamam de “ação social”, embora, para além de uma prática, esta se pretenda uma política, uma forma de organização da “polis”, da cidade, da sociedade. Porém, ao apontar para a garantia de direitos, de seguridade e justiça social, é pela sua forma negativa que se constitui, ali onde essa garantia falta. Por isso, há quem sonhe com o dia em que a assistência social não precisasse existir. Uma teoria utópica de igualdade de direitos sociais.

⁶ Expressões colhidas em atendimento familiar, realizado na função de psicóloga, em programas de medida de proteção como NASF e PETI.

⁷ Programas e serviços de assistência social, incluindo os especializados como albergues e abrigos.

Então, a assistência social se caracteriza e se diferencia⁸ com a marca de destino “a quem dela necessita”, salientada pela necessidade, carência, falta. Mas, também é campo de travessia, de acesso a outras políticas. Está colocada para a falta, tanto quanto para a suplência. Pode se colar na idealização de dar conta de tudo, de completude, ou se reconhecer na falta constituinte, que nos faz circular em busca do desejo, que faz ponte, que remete a outro lugar.

1.3 Transferência

Campo vasto este das transferências. Propõe pensar em lugares, sempre “às avessas com a questão amorosa” (POMMIER, 1998). Transferências sobre pessoas, mas que não são pessoais, no sentido intersubjetivo e sim no encontro de traços de identificação, implicações projetivas e introjetivas. Lugar que acolhe algo que, na verdade não lhe diz respeito, para devolver ao sujeito seu lugar, de fala, de reconhecimento de suas imagens construídas. Como espelho, não como modelo, ou captura de uma imagem, mas como testemunha. Para que o outro possa se reconhecer é preciso desejo. Desejo de analista, desejo de educador, desejo de cuidador, ainda que inconsciente, como se sempre não o fosse, a transferência!

Diante do acontecimento das transferências, o risco é “um *acting out* - que consiste em sair de cena” - ao invés de “uma passagem ao ato, onde é preciso correr o risco do fracasso, coisa que Freud certamente não evitou” como coloca Cottet (1989, p. 20). O risco é desconhecer este lugar que se oferece a acolher projeções sem tomá-las para si, permitindo ao sujeito se reconhecer, através de sua

⁸ A assistência social distingue-se da saúde, universal, para todos, e da previdência social, contributiva, para quem contribui, na definição contraditória de que é universal para quem dela necessita, no tripé da seguridade social, estabelecido pela Constituição Federal. Mas, se é para quem necessita, não é para todos. O critério de renda per capita até meio salário mínimo, exclui na proposição de incluir...

fala, em seu próprio desejo. Reconhecer-se em nome próprio, nome que carrega as heranças, ancestrais algumas vezes, ou quase vazias em outras, mas sempre míticas. Onde é preciso descolar do desejo do Outro ou construir um suporte para a enunciação de um significante que represente o sujeito. De qualquer forma, possibilitar reescrever significantes na linguagem, nas construções ficcionais, narrativas das versões do “si mesmo” (COSTA, 1998).

Transferências são muitas, na clínica, nas instituições educativas, de saúde, assistência social, etc. Transferências diversas, nas amizades, nos grupos, nas associações, permeando escolhas onde traços de identificação fazem laços (FREUD, 1921/s.d.). Ou ainda onde a introjeção do objeto faz parte do ideal do eu, como nos diz Ferenzci (1932/s.d.). É ali onde se coloca a ética da diferença, entre a lei e o desejo. Rinaldi (1996) retomará Lacan para dizer que “o desejo aparece articulado à Lei”. Sendo que “a lei não se identifica à Coisa” que suscita o desejo, mas só se conhece a “Coisa pela Lei” que, no sentido que Lacan lhe confere, “situa-se em outro lugar, além, ou aquém, de todo regulamento, como Lei da fala, onde se dá o advento do sujeito” (p.77-79).

A “ética da diferença” pode ajudar a pensar lugares distintos nessa cotidiana tentativa de eliminar as diferenças quando se diz que todos são iguais perante a lei. Iguais no direito, iguais na implicação às leis, distintos no desejo, de algo que sempre escapa à positivação, pois é desejo da própria falta no Outro barrado, não-todo. Distinta é a forma como cada singularidade se reencontra com o limite e a parcialidade da verdade diante da castração, da finitude humana. Então, poderia se dizer que é entre a circulação significante e a circulação pulsional que um “lugar de enunciação - de re-nominação do Real” - poderia se situar (POLI, 2005a, p. 221).

Na via de sustentação de um lugar de suposição de saber não-todo, que se coloca como uma questão comum a todos, ao humano, precisaria esmiuçar os diferentes lugares de suporte da transferência. Como o professor que encarna o saber como verdade e cobra do aluno a repetição de seu saber, obtura assim a busca do aluno através da falta, do constante redesenho de seu desejo, obturando a constituição de um processo de aprendizagem que passaria pela transmissão do desejo, de saber.

A autoridade que encarna a lei é o exercício do poder autoritário que impede o sujeito de se reconhecer como submetido à Lei, confundindo a lei como demanda do Outro, onde se torna escravo do mestre, na idealização superegóica, ou “transgressor da ordem” numa constante contestação buscando uma diferenciação necessária. Neste caso, a lei deixou de se estabelecer como representação, como traço de circulação fálica entre pares. O exercício da autoridade serviria para recolocar ao outro sua implicação em seus atos, como autor, no reconhecimento do desejo, pelo reconhecimento do direito enquanto regulação das trocas sociais. A lei da linguagem a que todos estão submetidos.

A psicanálise inaugura e nasce da transferência, de desejo de Freud (COTTET, 1989), da implicação das histéricas, que não deixam seus sujeitos médicos em paz... Põe em causa o desejo, onde as transferências são resistências ao reconhecimento deste. São resistentes à falta constitutiva do Outro, insistindo na ilusória tentativa de se oferecer como objeto de desejo do outro. Será necessário pensar, então, o lugar do sujeito do discurso para avançar sobre os diferentes lugares de implicação da transferência. Mas, isso já é o próprio desenvolvimento desta pesquisa.

1.4 Para concluir o início

Vão se delineando, assim alguns problemas a serem investigados. E, uma diferenciação importante a ser feita, entre a pesquisa em psicanálise e as outras que utilizam o modelo positivado de verificação e mensuração do objeto de pesquisa, é que, freqüentemente, esta definição de objeto positiva o sintoma num apagamento do sujeito na sua singularidade. Alguns serviços públicos se organizam em torno de uma clientela específica, definida por critérios de ingresso. Essa delimitação do campo de atuação, fazendo um paralelo à definição do objeto como campo de pesquisa, acaba por fazer esta “colagem” da identidade (enquanto imagem de si) ao sintoma, dificultando ao sujeito transcender deste lugar.

Brant (2001), por exemplo, toma os conceitos de sujeito e indivíduo, diferenciando-os. A partir do construto teórico de sujeito do desejo, propõe uma mudança no modelo metodológico, no âmbito da epidemiologia, para a saúde pública e as práticas clínicas. O autor vai da filosofia cartesiana ao nascimento da epidemiologia e da psicanálise no século XX, para refletir sobre o percurso destes conceitos no contexto social e ideológico. Propõe a ultrapassagem dos conceitos “populações humanas específicas”, “ser doente” e “não-doente” por meio da incorporação, pela epidemiologia, da noção de “seres-em-grupo-em-sociedade” e as novas formas de viver na contemporaneidade. Esse exemplo propõe que o questionamento de pressupostos naturalizados, na organização e na formulação de serviços públicos, quando “desvendados” na origem do pensamento que os sustenta, pode alterar significativamente seus rumos. Ou, pelo menos, tentar garantir de alguma forma que a *subjetividade* não se apague em meio à tendência, cada vez

maior, de avaliações de impacto, qualidade total, monitoramento e desempenho de programas e serviços públicos.

A pesquisa, no meio científico tradicional, implica na construção de uma hipótese a ser verificada. Nesta elaboração do problema, freqüentemente, há uma antecipação do resultado, a ser confirmado ou não. Uma questão importante para a pesquisa em Psicanálise, e em que se diferencia do que, tradicionalmente, é considerado acadêmico, é não haver uma antecipação do resultado ou conclusão *a priori* (HERMANN, 1994). Há uma pergunta, algo que faz questão, algo que emerge, do discurso, seja da clínica, do texto, da cultura, ou outro *locus* de trabalho. Não é algo qualquer, e o pesquisador encontra-se aí implicado na transferência.

Salientamos, então, o que Birman (1992) considera como “uma certa disjunção” quando se fala em “a clínica e a pesquisa” como se houvesse “a pesquisa *ou* a clínica em psicanálise”. Falar em pesquisa psicanalítica é pressupor sua referência à clínica e à experiência psicanalíticas. O autor considera fundamental, do ponto de vista metodológico, que não se reduza a clínica ao exercício da técnica, mas afirma a clínica como o lugar da pesquisa, como campo teórico bem delineado, fundamentando-se na experiência da transferência.

Conforme situa Elia (2000), a pesquisa clínica, pressupõe o dispositivo da transferência e da associação livre que delimita o lugar do pesquisador e o modo pelo qual o saber em questão será produzido. Propõe-se também o aprofundamento teórico a partir do estudo de caso, de recortes de atendimentos clínicos já realizados, considerando as questões emergentes que se repetem, e tomando cada uma delas em investigação em seus variados sentidos (MARIN, 2002).

Neste contexto, pode-se pensar a escuta como “atenção flutuante” em um sentido de atravessamento, de algo que irrompe no discurso, algo da ordem

significante que remete ao inconsciente. Uma escuta que quer saber da verdade subjetiva, da versão do sujeito do inconsciente. Como o sujeito se implica nos lugares de possível circulação no corpo social a partir de marcas simbólicas ou, principalmente, da ausência destas, traz para esta pesquisa novas questões.

Considerando que o campo de nossa pesquisa focaliza-se no atendimento público na área da assistência social enquanto destinatária de situações de exclusão social, tomaremos a psicanálise desde o recorte da denominada “clínica ampliada”. Há de se colocar a escuta em “atenção flutuante” para poder emergir a questão, que se repete, para poder tomá-la em seus variados sentidos, em variados contextos, nos quais serão priorizadas as questões discursivas emergentes, tomando-as como foco de investigação e debruçando-nos sobre a teoria. Referimos, assim, além da pesquisa sobre a clínica em extensão, também à possibilidade de pesquisa extramuros (MEZAN, 1999).

Ao longo do trabalho de pesquisa estaremos operando com recortes de falas e procedimentos nos serviços públicos que compõe nossa experiência. Procuramos investigar a lógica subjacente às instituições e seus discursos para que se possa repensar as implicações em relação aos seus destinatários.

Neste sentido, é importante salientar a aproximação da leitura que Alberti (2000) faz para verificar as diferentes posições que um sujeito assume no laço social, utilizando-se da chamada “teoria dos quatro discursos”, proposta na obra de Lacan (1992), para pensarmos a circulação de lugares no discurso e as demandas de trabalho que são feitas pelas instituições. Alberti (2000) propõe, uma reflexão sobre um quinto discurso, que não faz laço social, qual seja o Discurso do Capitalista, em relação à eficácia dos fatores econômico e estatístico como fatores contemporâneos da quebra dos laços sociais. Embora seu denso trabalho esteja

referenciado na interface entre a medicina e a psicanálise no contexto hospitalar, entendemos que é possível fazer uma correlação entre a assistência social e a psicanálise no que pese a aproximação dos âmbitos institucionais, das urgências e dos atravessamentos de quantificação de metas, por exemplo. A autora utiliza, graciosamente, o paralelo de expressões “a luta continua” e “a pesquisa continua!” para salientar a importância da produção de pesquisas, no sentido da produção do saber sobre as diferenças e interseções da forma como os diferentes campos estão ancorados no discurso da ciência. Diferenças a serem respeitadas, mas destacadas para que se tornem produtivas.

Alberti considera, ainda, a importância da construção da fundamentação no trabalho de pesquisa, pois a psicanálise é um método de investigação – o é desde Freud – que se insere na ciência moderna “com o único intuito de resgatar aquilo que a ciência propriamente dita excluiu de seu âmbito: o sujeito” (ALBERTI, 2000, p.55).

Na interpretação do contexto, tomaremos a proposição da leitura crítica, de uma realidade discursivamente constituída, para situar seus determinantes históricos bem como seus efeitos políticos. Como Foucault (1997), estaremos operando com a noção de “formação discursiva” entendida como um conjunto de regras anônimas, que definem as condições da função enunciativa, em um momento histórico contextualizado e para uma área social, econômica, geográfica ou lingüística. Nos interessará, especialmente, os endereçamentos possíveis destes discursos e das transferências que os sustentam a partir de posições de escuta, constituídas ou não.

Por fim, vale salientar que essa pesquisa se valerá, fundamentalmente, dos 18 anos de trabalho da autora em instituições públicas. Os casos apresentados ao longo do texto são os já atendidos que emergem durante a revisão bibliográfica na

elaboração das questões de pesquisa. O contexto será o do trabalho em equipe nos atendimentos em programas e serviços da assistência social na rede básica, alguns com interfaces com a rede especializada de abrigos, bem como da experiência de supervisão e de coordenação das reuniões de técnicos do programa Família, Apoio e Proteção (Atendimento à Comunidade, Núcleo de Apoio Sócio Familiar - NASF e Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI) e do Serviço de Atendimento Sócio Educativo em meio aberto (SASE), com a participação nas reuniões da rede interinstitucional de serviços de atendimento à criança e ao adolescente em Porto Alegre.

2 PSICANÁLISE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

2.1 Os caminhos da psicanálise

Quais os caminhos da psicanálise na assistência social? Encontramos, já em 1918, uma conferência de Freud (1918/s.d.), intitulada “Caminhos da terapêutica psicanalítica”, que coloca de início a observação de que os psicanalistas não tinham a pretensão de haver alcançado um saber concluído, a definição da capacidade ou limites de sua prática. Estavam, antes, prontos a reconhecer as imperfeições do seu saber e introduzir modificações no método que pudessem resultar em seu progresso.

É interessante considerar que o contexto desta comunicação de Freud coincide com o final da primeira guerra mundial. Junto com a derrota da Tríplice Aliança, desmoronava a Monarquia Austro-Húngara. Em outubro de 1918, assumia um novo governo que declarou a Hungria como república independente e democrática. Neste pós-guerra, marcado por perdas e em momento de reconstrução, Freud faz esse pronunciamento no V Congresso Psicanalítico de Budapeste, no qual podemos ler a seguinte colocação:

Agora que nos reunimos uma vez mais, após os longos e difíceis anos que atravessamos, sinto-me impelido a rever a posição do nosso procedimento terapêutico — ao qual na verdade, devemos o nosso lugar na sociedade humana — e a assumir uma visão geral das novas direções em que se pode desenvolver. (FREUD [1919], 1996, p. 173)

Freud salienta que o psicanalista não deve pretender transformar alguém, que venha em busca de auxílio ao seu sofrimento, impondo-lhe seus próprios ideais ou decidindo por ele seu destino. Mas considera que, em situações de muito

desamparo, pode ser preciso uma associação da atividade analítica com a educativa, ainda que, com a máxima prudência, procurando desenvolver e dar sustentação para o paciente e não assemelha-lo ao analista. Nesta direção, o autor faz considerações sobre o que chamou de “uma modalidade ativa do método” (FREUD [1918], s.d., p. 310). Como exemplo, refere as fobias graves, como a agorafobia, nas quais é necessário que a pessoa possa estar em circulação para trazer o material à análise.

A responsabilidade do Estado, no oferecimento do acesso público ao trabalho analítico, é também mencionada por Freud:

[...] é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará, e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quando o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose [...] Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres. [...] (FREUD [1919], 1996, p. 180)

De fato, longo tempo se passou e esta consciência ainda precisa ser despertada. Diferente da medicalização dos sintomas psíquicos, tão habitual nos dias atuais, a proposta de trabalho que Freud nos legou implica no resgate do valor da fala do sujeito. Trata-se de uma aposta, que ele apresenta como desafio:

Apresentar-se-nos-á então a tarefa de adaptar nossa técnica às novas condições. [...] teremos de procurar a expressão mais simples e compreensível de nossas teorias. [...] a vida pesada que os espera (os mais pobres) não lhes oferece atrativo algum e a doença confere-lhes um direito a mais à assistência social. É provável que somente consigamos obter algum resultado quando pudermos unir ao socorro psíquico um auxílio material. [...] Mas, quaisquer que sejam a estrutura e a composição desta psicoterapia para o povo, seus elementos mais importantes e eficazes continuarão sendo os tirados da psicanálise propriamente dita, rigorosa e isenta de toda idéia tendenciosa. (FREUD [1918], s.d., p. 312)

Desde essas colocações iniciais de Freud aos nossos dias, há uma longa história da contribuição da psicanálise no âmbito das instituições públicas. Data da década de 40, o início dos trabalhos de psicanalistas franceses como Françoise Dolto (1990; 1998), Jenny Aubry (2004) e Rosine Lefort (1984), na Assistência Social à Infância em instituições de acolhimento, inicialmente dirigido a crianças e posteriormente ao atendimento familiar.

Estes trabalhos foram fortemente influenciados pelo pensamento de Jacques Lacan que, desde seus primeiros trabalhos (LACAN, [1932] 1987; [1936] 1998; [1938] 1987; [1949] 1998), teve como marco de suas contribuições a consideração das condições sociais e culturais na constituição do sujeito. Ao seu lado, Françoise Dolto publica, em 1939, sua tese “Psicanálise e pediatria” (DOLTO, 1984). Os efeitos desse trabalho se fazem sentir até meados da década de 1980, quando a assistência social francesa faz numerosas reformulações nos serviços. A Fundação *Parent de Rosan*, primeiramente um orfanato, depois uma espécie de abrigo da Assistência Pública e por fim um berçário da Assistência Social à Infância para crianças colocadas em famílias de acolhimento, foi um dos locais nos quais Dolto prestava atendimento, supervisão e ensino.

A década de 80 foi profícua no sentido da produção da pesquisa psicanalítica e também pelo trabalho de equipe sobre dados históricos, sociológicos, etnográficos, literários e científicos colhidos na França e no exterior sobre o lugar da criança na sociedade (DOLTO, 2005). Curiosamente, um dos marcos apontados pela psicanalista na reviravolta no discurso literário sobre a criança, é o romance autobiográfico do brasileiro José Mauro de Vasconcelos (1920-1984), “Meu pé de

laranja-lima” (1968)⁹, por seu valor de testemunho na reconstrução e recriação da subjetividade da infância pela arte literária (DOLTO, 2005, p. 35).

Também, a evolução dos estatutos jurídicos e das práticas de atendimento teve a influência das idéias e dos efeitos do trabalho de Dolto (1990), prestando uma contribuição histórica à Convenção dos Direitos da Criança da ONU em 1989 (ABRINQ, 2008). Não é sem importância lembrar que é esta convenção que embasou as principais diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990), no Brasil.

Na psicanálise inglesa, igualmente, encontram-se importantes contribuições para a assistência social. John Bowlby (1988) e Donald Winnicott são seus principais expoentes. Este último trabalhou diretamente nos programas de evacuação e nos lares acolhedores no contexto da Segunda Guerra. Winnicott (1987) desenvolveu atendimento ambulatorial em hospitais e clínicas, com extensa equipe interdisciplinar, e, na perspectiva interinstitucional, com escolas formais e especiais. Aprofundou a temática das relações familiares e saúde mental nos aspectos do desenvolvimento e a constituição dos processos de socialização em sua estreita relação com os estados de privação e delinquência (WINNICOTT, 1987). Destacaríamos sua leitura sobre os efeitos na criança da privação de um “quadro de referência” familiar. Para Winnicott em tal privação não está implicada, necessariamente, uma ausência da família, como na orfandade, e sim uma situação de abandono ou desamparo. A ausência de um “quadro de referencia familiar” refere-se, então, as situações em que:

os pais, por uma série de circunstâncias sociais, políticas, econômicas, não tiveram ou não tem a condição psicológica de assumir a sua função parental

⁹ Para conhecer a obra do autor indicamos também a leitura de “Vamos aquecer o sol”, que trata da passagem da infância para a adolescência, e “Doidão” quando o personagem Zezé está adulto e é visto como vagabundo. (VASCONCELOS, 2008).

diante do filho. Por 'quadro de referência' o autor entende a condição da família de servir de espaço e de suporte para que a criança possa experimentar seus impulsos e limites. (POLI, 2005a, p. 185)

No Brasil, as pesquisas sobre a prática profissional dos psicanalistas nas políticas públicas ainda são recentes (ALBERTI, 2000; FIGUEIREDO, 1997, 2001). Contudo, percebe-se que as práticas que tomam o corpo teórico e metodológico da psicanálise como referência no campo da assistência social no Brasil, já têm história. Cabe salientar o trabalho pioneiro de Isabel Kahn Marin na FEBEM, a partir de 1987, anteriormente à Constituição e ao ECA, propondo reformulações nas concepções de institucionalização, com a humanização do sistema de abrigos, apontando para o atendimento às famílias e a contribuição da psicanálise na clínica e na instituição de abrigagem (MARIN, 1999).

É relevante salientarmos o trabalho de Tânia Ferreira (2001) que aprofundou questões teóricas sobre o percurso de trabalho de vários anos que perpassa desde a instituição total, como os internatos, aos programas de assistência social na rua pela ótica da psicanálise. Transitou pelas questões institucionais, de formulação de políticas públicas, seus serviços, bem como fez uma escuta dos sujeitos implicados. O seu livro "Os Meninos e a Rua – uma interpelação à psicanálise" (FERREIRA, 2001) relata o trabalho com os chamados "irrisidentes" da Febem: crianças e adolescentes em situação de rua, com inúmeras passagens institucionais sem permanência.

Neste trabalho, Ferreira (2001, p. 108) faz uma crítica às políticas compensatórias como reafirmadoras da condição de exclusão.¹⁰ Ela contrapõe à

¹⁰ A relevância do trabalho de Ferreira é também no sentido da territorialidade. Belo Horizonte foi e ainda é modelo de gestão da assistência social a nível nacional, influenciando fortemente o início do trabalho de Porto Alegre, em especial no sentido dos programas de atendimento e, ao lado de Campinas, no sentido dos programas de renda mínima. Os trabalhos de colegas mineiros também

idéia corrente de ser impensável uma clínica na rua com um menino “irresistente”, a possibilidade de um trabalho sustentado na ética da psicanálise. O primeiro passo seria manter permanente a interrogação sobre o que entendemos como “clínica”. Segundo a autora, uma clínica ampliada não se restringe àquilo que chega até nós pelo sujeito, em seu texto, como sintoma, mas também como o impossível de suportar pelo “mal-estar” na cultura, como Freud formulou. Citando Lacan¹¹ quando este afirma que “a clínica é o real enquanto impossível de suportar”, Ferreira (2001, p. 109) propõe, como uma questão para se seguir trabalhando, a relação de lugares públicos e instituições com o discurso sobre o insuportável no social.

Também nas produções de psicanalistas lacanianos brasileiros, ligados à universidade e às práticas de pesquisa, encontramos importantes contribuições nessa interface da psicanálise com a assistência social. Seguindo os caminhos indicados por Freud, que mencionamos acima, Elia (2000) aborda a psicanálise em sua extensão social, referindo-se criticamente à ortodoxia do consultório particular como lugar privilegiado da psicanálise. Ao longo da história, a concepção de *setting* analítico limitou à prática da psicanálise ao mobiliário da sala e sua disposição.

Elia considera que esta concepção de *setting* analítico não é inocente e tem suas conseqüências, como a elitização da psicanálise na restrição a determinadas camadas da população. O autor indica que os princípios teórico-clínicos e éticos da psicanálise foram, em alguns momentos, confundidos com uma exigência das ditas condições “técnicas”. Tratava-se de estabelecer “pré-requisitos socioeconômicos, políticos e ideológicos”, “critérios de encaminhamento e chegada ao consultório que dependem de um determinado código de classe”, “chegando até a exigências do tipo nível intelectual, código lingüístico e outros, que se reduzem a meros critérios de

resultaram na “Carta de Belo Horizonte”, marco da luta pela desinstitucionalização, proferida no III Encontro Nacional da Luta Antimanicomial realizado em Porto Alegre em 1997 (BRITO, 2004).

¹¹ Em “Apertura de la Sección Clínica” ([1977] 1981) Lacan fala do que seria a clínica psicanalítica.

inclusão e exclusão social e econômica” (p. 26). Percebe-se, assim, o grau de deformação que reduz o rigor exigido da prática da psicanálise a estes critérios ideológicos. Segundo as palavras do autor:

[...] os impasses que marcaram a extensão social da psicanálise – a extensão do dispositivo analítico a configurações sociais e institucionais mais amplas e diferenciadas do consultório particular – persistem porque os analistas aderem a uma configuração do dispositivo analítico decorrente de um processo de imaginarização das condições de análise, processo este que é sobredeterminado, resultado de fatores teórico-clínicos, mas também ético-metodológicos e relacionados no mais alto grau a uma ideologização da prática psicanalítica a partir de sua inserção no sistema capitalista. (ELIA, 2000, p.32)

São muitos os autores que vêm colocando questões sobre a psicanálise em extensão ou intensão e da “clínica ampliada” (GUERRA, 2003). Foge aos propósitos desse trabalho percorrer esse debate. Destacáremos ainda aos trabalhos produzidos na interface psicanálise e saúde mental referenciando-se aos serviços de saúde pública e discutindo os novos modelos de atenção psicossocial (FIGUEIREDO, 1997, 2001; RINALDI, 2001; GUERRA; Lima, 2003; FERREIRA, 2004; ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006). Tais abordagens e interfaces já não são mais tabus, e sim um ponto de discussão e aprofundamento: das questões com as quais a psicanálise se depara fora do *setting* tradicional como questões institucionais, interdisciplinares e atravessamentos diversos.

2.2 Política pública de Assistência Social

Para contextualizar este campo de trabalho é preciso um breve percurso histórico. Isso porque a “assistência social” é uma das políticas públicas mais recentes no Brasil. Ainda que tenha sido instituída pela Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), só foi regulamentada em 1993 pela Lei Orgânica da Assistência

Social - LOAS (COUTO, 2004). No artigo primeiro desta Lei, ela é definida como “direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, [...] para garantir o atendimento às necessidades básicas” (BRASIL, 1993).

Freqüentemente percebe-se certa confusão da política pública com a figura do profissional, “assistente social”, que se graduou no curso de Serviço Social. Podemos supor que isso se dê um tanto pela semelhança da denominação, mas possivelmente também pela relação particular que este campo tem com o exercício de sua prática.

Os cursos de Serviço Social surgiram na década de 40 ligados a instituições religiosas e do Estado, e trazem consigo uma trajetória para deslocar o âmbito caritativo/assistencialista para o da compreensão de proteção e direito social. A profissão só foi regulamentada em 1993 e as diretrizes do currículo mínimo aprovadas em 1996. Iamamoto (1994) expressa assim os deslocamentos na concepção de Serviço Social:

[...] cresce no universo cultural do pensamento humanista-cristão e, mais tarde, vai se secularizar e se modernizar nos quadros do pensamento conservador europeu - do anticapitalismo romântico, que tende a ler a sociedade como uma grande comunidade, em que as classes sociais desaparecem da análise - privilegiando-se a ótica da harmonia, da solidariedade no ordenamento das relações sociais. Mais tarde, incorporamos a herança das ciências humanas e sociais, especialmente na sua vertente empiricista norte-americana. A essas fontes de inspiração intelectual alia-se, na década de 70, no auge do movimento de reconceituação, o estruturalismo haurido em Althusser, entre outros, e também o marxismo vulgar, que vêm temperar uma análise de cunho marcadamente positivista e empiricista da sociedade, mas acalentada por um discurso dito marxista, aparentemente progressista e radical. (IAMAMOTO 1994, p.174-175)

Esta trajetória também faz parte do contexto histórico da assistência no Brasil. Não pretendemos aprofundar sobre o tema; muitos autores já o fizeram com êxito¹². Vamos utilizar apenas alguns recortes, com o objetivo de assinalar algumas implicações atuais desta história.

O âmbito assistencialista é relacionado ao sentido caritativo religioso (Cf. ABONG, 1997; SPOSATI, 1998; Yazbek, 1999) ao longo da história. A instituição religiosa associou ajuda à benemerência no apelo à benevolência das almas caridosas para com as necessitadas. A palavra caridade provém do latim *charitas*, significando graça e amor. Por seu uso na herança da “virtude” (que podia ser comprada na Idade Média), carrega o sentido de disposição favorável em relação a alguém em situação de inferioridade, como donativo ou ajuda que se dá aos pobres, como esmola ou dízimo obrigatório.

No Brasil, as primeiras obras sociais estão ligadas às casas de beneficência portuguesa que iniciam sua atividade em 1543, espalhando-se por todo o Império. Em 1908, é a chegada do voluntarismo com a Cruz Vermelha. Em 1910, o escotismo, fundado dois anos antes na Inglaterra por Robert Baden-Powell, se estabeleceu aqui, para "ajudar o próximo em toda e qualquer ocasião".

Em 1942, surge a Legião Brasileira de Assistência – LBA, como órgão de colaboração com o Estado para prestação de serviços assistenciais. Objetivava “congregar as organizações de boa vontade” e instituiu a ação social como ato de vontade e não direito de cidadania. (SPOSATI, 2004 p.20). A LBA tem sua origem marcada com a presença de mulheres e do patriotismo (SPOSATI, 2004, p.19). Novamente, o contexto é da II Grande Guerra e as ações consistem em auxiliar os

¹² Destacam-se aqui as produções de Aldaíza Sposati (1991; 1998); Berenice Rojas Couto (2004); Jose Paulo Netto (1989; 1996); Maria Carmelita Yazbek (1999); Maria do Carmo Brant de Carvalho, Maria Lucia Martinelli, Maria Luiza Mestriner (2001), Maria Ozanira da Silva e Silva, Mariangela Belfiore Wanderley, Marlova Jovchelovitch, Vicente de Paula Faleiros (1980; 1985).

pracinhas combatentes ou ex-combatentes da FEB – Força Expedicionária Brasileira, e suas famílias.

A LBA, nos seus estatutos, designava a presidência às primeiras damas da República, o que deu origem à expressão “primeiro-damismo” junto à assistência social. Passa a atender também calamidades, mas com ações pontuais, ou seja, distribuição de alimentos, leite em especial, agasalhos e utensílios domésticos ou órteses e próteses. Estas necessidades estão intrinsecamente ligadas ao pós-guerra pelas seqüelas de ex-combatentes e das famílias que os perderam. Sua ação assistencial será implementada no sentido de dar apoio político ao governo (MESTRINER, 2001, p. 145). O nome “legião” carrega o sentido heróico e patriótico de mercedores pela luta em campo e também a “boa vontade” associada à “boa ação” do escotismo.

Em 1966, durante a ditadura militar, o aumento da pobreza e da miséria torna-se um ponto estratégico para o Estado Maior que buscará especialistas de diversas áreas para elaboração de programas de governo que dêem sustentação ao “milagre brasileiro”. Oriundos desta época, o Movimento Brasileiro de Alfabetização – Mobral destinava-se à educação de jovens e adultos como investimento e qualificação da mão-de-obra para o desenvolvimento econômico. Subsidiou-se no método de Paulo Freire para a sua criação. Porém, diferentemente do que propunha o pensamento deste educador (a construção do conhecimento e reconhecimento do saber através da experiência e reflexão do próprio alfabetizando), o Mobral veio com cartilhas prontas a partir do universo cultural da elite tecnocrata, carregando dos valores “a serem transmitidos” aos ignorantes. O método distanciado de sua fundamentação, não “liberta pela educação”. A ordem era alfabetizar e a disciplina não permitia questionar, servindo para a dominação e o condicionamento individual. Assim, em

pleno “Milagre Econômico”, as pessoas viviam na miséria e não havia movimentos de protesto significativos. A aprendizagem pela repetição disciplinada calou a voz e a ação.

Na Nova República, com a extinção do Ato Institucional n.º 5, em 1979, iniciou a abertura política e, paralelamente, o meio acadêmico, os intelectuais e a esquerda organizada discutem a garantia de direitos humanos, a má distribuição de renda no país, a organização social. Em 1982, o UNICEF promove o Projeto Alternativas de Atendimento aos Meninos de Rua, que se manteve aproximadamente entre 1983 e 1987. Essa iniciativa reuniu inúmeras instituições de caráter privado, comunitário e religioso, que vinham prestando atendimento à criança e ao adolescente priorizando o meio comunitário, reforço de vínculos familiares e a liberdade, com baixo custo e melhor resultado que as FEBEMs.

Um dos principais resultados do projeto foi a articulação entre educadores e lideranças comunitárias e institucionais, além do fortalecimento da organização de movimentos pela defesa da criança e do adolescente. A partir de 1985, forma-se o Fórum Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (Fórum DCA). Reúnem-se, assim, o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua - MNMMR, a Confederação Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB, a Associação de Fabricantes de Brinquedos, a ABI, (futuramente, ABRINQ) entre outros. Este Fórum terá um papel decisivo na mobilização da Comissão Criança e Constituinte influenciando ativamente a Assembléia Nacional Constituinte.

O resultado da abertura política e desta mobilização nacional foi a inclusão, na Constituição Brasileira de 1988, dos direitos da criança e do adolescente, da descentralização do poder com a participação da comunidade e o reconhecimento da assistência social como dever de Estado no campo da seguridade social e não

mais política isolada e complementar à Previdência. Em 1989, realizou-se a Convenção dos Direitos da Criança da ONU. Nela é reforçada a garantia de direitos à criança e ao adolescente que terão seus princípios e as diretrizes da política de atendimento regulamentados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, em 1990.

Também em 1989, realiza-se em Porto Alegre o Primeiro Encontro do “Sexto Lobo – Clínica do Social”, organizado pela Clínica de Atendimento Psicológico da UFRGS. Iniciativa de um grupo de psicanalistas preocupados em trabalhar as relações entre psicanálise e cultura, na esteira das contribuições de Freud e Lacan, que mencionamos anteriormente. Em uma comunidade analítica bastante marcada pela presença da tradição médica, na qual a clínica tendia a ser concebida em seus moldes clássicos, essa iniciativa teve por efeito abrir o debate sobre a extensão social da psicanálise. Com efeito, tratava-se de afirmar que não existe uma psicanálise do individual e outra aplicada ao social, pois o sintoma é sempre social. “O que se denomina de individual, a singularidade, é sempre o efeito de uma rede discursiva, que é a rede mesma do coletivo” (ARAGÃO, et al., 1991).

2.3 Andanças pelo social: problematizando a rede

Procuramos demonstrar até agora alguns dos caminhos percorridos pela psicanálise e pela assistência social no sentido de seu entrecruzamento histórico. Mais do que a busca pela exaustividade das referências, interessa-nos destacar contextos políticos e sociais que os determinam mutuamente. As escolhas dos recortes, evidentemente, são sobredeterminadas pelas influências que sofremos nessa trajetória. É nessa “zona de fronteira” que podemos situar uma escuta do

sujeito, orientada pela ética da psicanálise, e que tem no social o seu lócus de enunciação.

O psicanalista, preso nas redes do social, busca abrir as vias para que um sujeito possa aí advir. Redes de significantes, mas também redes sociais mapeadas e costuradas pela assistência. Deixemo-nos, então, andar um pouco por essas trilhas...

2.3.1 Seu Machado¹³

O colonizador que abria picadas e estradas no século passado conquistava terras e adquiria respeito e reconhecimento inclusive, em muitos casos, inserindo seu nome na história. Hoje não passaria de um andarilho “meio louco” ou mendigo pedinte “mal trapilho”. É a história de quem vamos chamar “Seu” João Machado, há 12 anos em Porto Alegre, veio “do Butiá” para a capital em busca de melhores condições. Os herdeiros do patrão venderam as terras para “os homens do papel” e ele não teve mais trabalho nem onde morar. Era caseiro das terras, “limpava o mato” (desmatava áreas de capão de mata virgem) e cortava toras a machado, para postes ou lenha, habilidade pela qual era reconhecido na região. Tinha uma horta de subsistência e um pomar que também lhe gerava renda por comercialização local.

Não possuía nenhum documento que lhe assegurasse direitos trabalhistas. Nunca precisou, pois o acordo com o patrão era na palavra, que para os dois era questão de honra. O patrão não deixou testamento, foi morte súbita. Na cidade grande não encontrou trabalho. Não se acertou com o cimento utilizado em obras, nem com o ritmo dos descarregadores de caminhão, descobrindo um severo

¹³ Recorte de atendimento psicológico individual, em apoio solicitado pela assistente social, devido ao estado de angústia apresentado pelo usuário no serviço de Atendimento à Comunidade.

problema na coluna. Não pôde mais sustentar a família e passou ao uso da cachaça diariamente. O pedido de atendimento para a Assistente Social foi, para ele, inicialmente uma humilhação. Fazer carteira de identidade para quê? Se ele estava ali dizendo quem era? Foi preciso espaço de trabalho para a narrativa de suas origens, resgate de referências de filiação, a tradição do “Machado Português”, que levanta o olhar e a cabeça para desbravar um novo território. Desta vez, o território a desbravar era o da leitura e escrita no MOVA (Movimento de Alfabetização), para transitar pelo mundo das letras dos documentos. Hoje, Machado está trabalhando em compostagem, com carteira assinada, decidiu não se aposentar da vida, nem depender da assistência.

A imagem de ajuda assistencialista, comumente evocada, situa a posição de “um que tem condições”, ajudando “outro que não tem condições”. Essa imagem está associada à “boa ação” e à caridade, e implica, de forma subjacente, uma conformidade do “humilde” que deve agradecer a doação. Tais concepções, mesmo que geralmente veladas, refletem uma naturalização da estrutura social de diferenças de classes e fixidez de lugares, sem nenhum questionamento sobre seu funcionamento, acesso a bens e serviços, distribuição de renda ou valorização do trabalho.

Como o caso de Machado nos demonstra, a função, tanto do Assistente Social quanto da Assistência Social, vai muito além da redução, no imaginário social, à concessão de benefícios como cesta básica, vale transporte, vale foto, isenção de taxas de confecção de documentos, encaminhamentos para vagas de emprego, ou aquisição de órteses e próteses. Também não se confunde com a assistência à saúde, ou como um assessorio desta, que a história de ações sociais de caráter higienista, no controle das epidemias tende a evocar. Por muitos anos, a

organização da administração pública manteve ligadas estas duas políticas públicas (a assistência social e a saúde), inclusive sediadas na mesma secretaria.

Poderíamos fazer uma comparação grosseira associando a saúde ao médico e este a um medicamento. Como se tratar da saúde se resumisse a ir consultar o médico, receber uma receita e usar um fármaco. Um reducionismo da atuação de um profissional a uma técnica, um dos procedimentos possíveis, e um dos instrumentos utilizados quando uma alteração orgânica já está instalada. Sabe-se que algumas medicações são indicadas para alívio dos sintomas, mas não resolvem as causas do padecimento. De forma semelhante, a concessão de benefícios, na Assistência Social, é paliativa, ainda que muitas vezes necessária.

O que é, então, uma política pública de saúde? Embora pareça evidente, vale lembrar que envolve a promoção à saúde. Aponta a necessidade de saneamento básico para a comunidade. Recomenda cuidados com o corpo como higiene, atividade física equilibrada e regular, repouso, nutrição adequada, etc. Trata as alterações do estado de equilíbrio funcional, a chamada “doença” do qual a pessoa está acometida.

Foi, e ainda é, necessário um esforço, na política pública de Saúde, para superar a concepção da doença e constituir ações na via da promoção e prevenção. Isso se dá inclusive pela mudança de denominações de setores, por exemplo, de Tuberculose (doença) para Pneumologia Sanitária, ou Ginecologia e Obstetrícia em Saúde da Mulher. Criaram-se as políticas de Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Idoso, como ações características de fases diferenciadas da vida. Alguns serviços relatam que esta alteração dos nomes das divisões, por patologias como cardiopatia ou obesidade, possibilitou uma vinculação diferenciada, aos jovens que procuram ou são encaminhados ao serviço, com uma mudança de

posição da fala fixada na doença para um discurso mais singularizado (JUBRA, 2006).

Considerando o exemplo da política de saúde, a mudança de designação de população “carente” para “usuária” da Assistência, teve a intenção de deslocar este sentido arraigado de falta em negativo, de despossuído, que vive da caridade alheia, pede esmolas, da mendicância (do lat. *Mendícus*: que tem defeitos físicos, inválido) ligada à suplica e a humildade à humilhação do “pobre coitado”. O rol de termos utilizados para designar um estado de necessidade é vasto, e eloqüente se observarmos alguns: indigência (penúria), miséria (desgraça, desventura, infelicidade, vergonhoso, deplorável; indignidade, infâmia, torpeza imperfeição moral; fraqueza, defeito), guardando uma associação com pedinte, preguiçoso, não trabalhador (desqualificado), ocioso, desocupado e vadio. A pobreza e os estados de privação também estão associados de forma direta e generalizada à violência, delinqüência, improdutividade.

Note-se ainda que na Previdência o termo “beneficiário” (Benefício de Prestação Continuada - BPC) com sentido de favorecimento, vantagem e tratamento mais adequado e ampliado, vem na contraposição do “encostado” ou inválido. Já o “pensionista” tem um “status” diferenciado, pois contribuiu “a vida toda” o que lhe confere o reconhecimento social de um direito conquistado com esforço. Não cabe aqui fazermos um aprofundamento das raízes da noção de direito, merecimento e reconhecimento pela valorização do trabalho, mas importa a sua menção como divisória de posições distintas, subjacentes inclusive a quem presta o atendimento.

Demonstra-se assim a importância de reafirmar o caráter de política pública da Assistência Social que constitui, juntamente com a Saúde e a Previdência Social, o tripé de base da Seguridade Social. (BRASIL, 2004) Se assim definida no texto

constitucional, deve-se a um movimento social intenso que a precedeu. Contribuição da ação política de organizações populares, de direitos humanos, de classes profissionais, associações sindicais, entre outras, para o reconhecimento do direito à proteção social pelo Estado como universal, ou seja, a todo o cidadão, independente de contribuição prévia ao sistema de previdência. Bem como a busca da democratização de seu funcionamento com a criação dos conselhos, conferências, comissões e fundos que cumprissem a função de controle social do Estado (CUNHA; CUNHA, 2002).

Movimentos que questionaram a concepção de mínimos sociais e passaram a afirmar as políticas públicas como de garantia de direitos básicos, de bem estar social. A instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente teve também esse objetivo de afirmação de direitos. As denominações de criança e adolescente se contrapõem à definição “de Menor” de idade do antigo Código de Menores, carregado do sentido de “irregularidade”, e utilizado acentuadamente para os menores de 18 anos em condições de pobreza, em associação ao infracional do campo jurídico e das normas de “boa” conduta (SILVA, 2004).

O trabalho na Assistência Social, muito além da utilização de instrumentais de suporte como a documentação legal, o suprimento nutricional, a viabilização do deslocamento ou uma garantia de renda mínima à sobrevivência, objetiva o reconhecimento da pessoa como indivíduo inserido num contexto social. Isso implica em considerá-lo nas suas dimensões de respeito à privacidade e à participação na vida pública, integrante de comunidades pela sua identidade e diferenças, a partir de sua história e seus direitos e deveres de cidadania.

O quanto esse “indivíduo” pode ser ainda considerado como “sujeito” - tal como a psicanálise propõe - é algo que se mantém fortemente em questão. A história do

“Seu Machado”, citada anteriormente, nos auxilia a elucidar esse ponto no qual a possibilidade de reconhecer um sujeito vai além da legitimação de um “indivíduo de direitos”. Implica em dar lugar a uma via singular àquele que, *assujeitado* à sua história e contexto social, busca encontrar uma via de reconhecimento e expressão de uma palavra própria. Certamente que o trabalho de construção da cidadania visada pela assistência social vai de par com essa proposta ética atinente ao campo da psicanálise mesmo que não se confunda com ela. Algumas vezes, no entanto, por incrível que possa parecer - como veremos a seguir - a burocratização da administração pública coloca o trabalho da construção da “cidadania” e o da “subjetivação” em pólos opostos.

2.4 Sistematizações

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, há quase 17 anos. Já a Assistência Social, só vem ter a regulamentação de suas ações pelo Sistema Único de Assistência Social – SUAS (BRASIL, 2004) em 2005, há dois anos, portanto. Seu caráter de política pública de garantia de direitos vem sendo reivindicado nestes últimos anos nas Conferências Nacionais de Assistência Social (ABONG, 1997) e reafirmado constantemente como diretriz.

Aprovada em 2004, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) tem como meta a consolidação do direito à Assistência Social em todo o território nacional. Busca superar o clientelismo e a caridade que marcaram sua trajetória e garantir a efetividade dos direitos universais da PNAS (PAES-SOUSA; VAITSMAN, 2007).

Para a gestão de políticas públicas como a Assistência Social são necessários dados que possam dimensionar a abrangência de uma ação ou da infra-estrutura necessária dos serviços e seu financiamento para a operacionalização do planejamento. O grande desafio deste tipo de planejamento está em se tratar da vida de pessoas e, portanto, baseado em dados não objetiváveis, sem perda da singularidade. As generalizações necessárias sempre vão homogeneizar e apagar diferenças importantes. A saída proposta seria, então, a constante reavaliação das ações a partir dos usuários dos programas.

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS - criou, em 2004, uma Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação - SAGI - com o objetivo de aproximação do conhecimento da realidade do público destinatário de suas ações. É importante reconhecer a intenção de produzir dados que pudessem melhor subsidiar de forma permanente o planejamento, bem como colaborar com as mudanças necessárias na execução das outras políticas públicas, assumindo como desafio que o sistema de informação criado pudesse integrar os dados com as diversas políticas e setores públicos.

Esta secretaria, de início, levou em consideração a experiência do Sistema Único de Saúde (SUS) que criou seus diversos instrumentos a partir de um funcionamento fragmentado por especialidades, no qual os dados da política da saúde da mulher não se cruzam com os dados da política da criança, assim como os dados da tuberculose não se cruzam os das doenças infecto contagiosas, por exemplo. A concepção foi da construção de um sistema de informação que pudesse “dialogar” com outros numa base comum e do estudo da adaptação possível dos bancos de dados vigentes nos diversos setores das políticas nos estados e municípios.

Para tanto, convidou representantes administrativos e técnicos da gestão da política de assistência social dos municípios brasileiros para a construção de um sistema de gerenciamento integrado a nível nacional e de facilitação de acesso, dos locais de origem, ao retorno das informações sistematizadas.

À Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação - SAGI, do MDS, compete a função de avaliar e monitorar. A SAGI exerce papel importante na geração e disseminação das informações que auxiliam no acompanhamento, na avaliação e no monitoramento das políticas sociais a cargo do Ministério. É também responsável por desenvolver e implementar instrumentos de avaliação e de monitoramento das políticas e programas referentes ao desenvolvimento social e combate à fome elaborar, propor, coordenar e apoiar a implementação de planos, programas, projetos e ações, além de promover a gestão do conhecimento, o diálogo de políticas e a cooperação técnica em gestão pública de forma articulada com órgãos, entidades, poderes e esferas federativas, incluindo a de outros países (MDS, 2007).

São muitos os textos, desde diretrizes e normativas, estudos e pesquisas, que indicam a necessidade de constante reavaliação das ações em programas e serviços. Porém, quando são citados avaliação e monitoramento da efetividade entra-se no delicado campo da normalização ou normatização. Está posto como naturalizado, muitas vezes, o que seria esperado como efetividade. As pesquisas tendem a ter forte enfoque quantitativo. Quando qualitativas, por vezes, apresentam-se em instrumentos fechados, com a preocupação da síntese dos resultados.

O Cadastro Único dos Programas Sociais – Cad Un - foi criado na lógica da abrangência populacional nacional e da identificação pessoal. Como em países do primeiro mundo, ele tem como meta a unificação das informações fragmentadas, através do Número de Identificação Social (NIS, que é o mesmo do PIS/PASEP).

Substituiria gradualmente os números de documentos de identidade tal como ocorre hoje com o Cartão de Identificação do Contribuinte (CIC ou Cadastro da Pessoa Física – CPF), mas incluindo toda a população inclusive as crianças (MDS, 2006).

Ainda que se leve em conta a intenção de efetividade da administração pública, não podemos deixar de considerar o controle do Estado sobre o cidadão. Se alguém omite a renda recebida em emprego formal ao realizar o cadastro, na intenção de receber um benefício do governo, o sistema detecta esta omissão e bloqueia a inclusão em programas, através do cruzamento de dados com a RAIS - Relação Anual de Informações Sociais - pelo CNPJ das empresas que informam os dados pessoais dos trabalhadores, com o CPF, para os quais contribuem.

Diante destas transformações dos espaços coletivos e das formas de relações, como preservar referências mais humanas no atendimento? Não há lugar para algumas situações de vida no sistema informatizado do Cadastro Único dos Programas Sociais. Por exemplo, o indicador “mãe” está associado à responsabilidade legal (1 – mãe/responsável legal da família) numa pressuposição de mães mantenedoras da família por conta de alguma pesquisa populacional. Então, se a avó (mãe da mãe) reside no mesmo domicílio e não é a responsável legal da família é preciso marcar “outro” (20 – outro), pois o sistema não aceita duas mães. Ou marcar o indicador avó, o que não corresponde ao parentesco com o “campo um responsável legal - índice de relação de parentalidades”, que seria mãe. Também não é possível a indicação de casais homoparentais, por ser outra situação de vida não prevista no sistema.

A informação, assim registrada, passa a ter repercussão na vida da pessoa dependendo da forma como os dados são computados. Por exemplo, no planejamento de um programa habitacional para o município, identifica-se a

necessidade de terreno e/ou construção de moradia, as localizações possíveis, até as dimensões da construção necessárias para o número de moradores, bem como a renda familiar para cálculo de participação ou não de retorno ou financiamento. Surge, no acompanhamento aos estagiários do Atendimento à Comunidade, um relato sobre um homem que diz que a sua casa é própria e depois informa ser área verde. Ao ser questionado sobre a propriedade do imóvel, mostrou-se alterado dizendo que foi ele mesmo que construiu sua casa com o suor do seu trabalho (descarregador de caminhão) profundamente ofendido com a dúvida levantada por quem realizava a entrevista de preenchimento do cadastro. A questão da propriedade registrada em cartório é simplesmente desconhecida para muitas pessoas. Se não há ninguém ocupando, não é de ninguém!

As diferenças culturais, de informação, de valores, de códigos de conduta, num mesmo local geográfico, mas com territorializações distintas tem outras demarcações e seguem lógicas diferentes, refletindo contrastes. Seres humanos complexos e diversos inseridos ou isolados em redes sociais igualmente distintas. As tentativas de homogeneização falham porque o ser humano é heterogêneo e se reconhece como tal na sua distinção no encontro com seus outros.

Como equacionar o trabalho nestes contextos? A estratégia de ignorar a existência e as conseqüências dos sistemas, não funciona. Seu efeito é de exclusão ao acesso dos bens sociais. Ninguém planeja ou sonha morar na rua. Mas, para alguns é mais insuportável que para outros as regras de convivência de um espaço coletivo como um albergue. Qual o endereço de quem está na rua? O sistema não previu! Coloca o do serviço que o atende na rua. Quem é o responsável legal da criança ou jovem abrigado? Não pode ser o guardião por causa da renda.

Novamente, o sistema não previu. Então, coloca-se ele mesmo como responsável por si, para “passar” o cadastro no sistema, que não se altera.

Vamos tomar, ainda como exemplo, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI, no qual é esperado que a criança ou adolescente volte a freqüentar a escola e participe das ações sócio-educativas no contra-turno escolar. Para uma criança que está na rua há algum tempo, a aprendizagem da sobrevivência na rua implica em formas de relacionamento com outras crianças que, diferente dela, têm sua experiência de vida ligada ao círculo familiar e comunitário, em especial na sua relação com figuras de autoridade. O retorno à escola, implica numa difícil adaptação, uma vez que as escolas (de modo geral) não estão preparadas para esse acolhimento singular. Não possuem espaços alternativos para esta reaproximação, ou para diversificar atividades de aprendizagem, e sequer para os alunos já inseridos.

O fato de que uma criança passe a ir à escola alguns dias e freqüente o sócio-educativo em outros pode ser considerado muito significativo para quem a acompanha. Porém, para o “sistema de acompanhamento” (SAGI – PETI) só cabe como resposta freqüente (= ou > 80%) ou infreqüente (< 80%), não comportando a vida, nas suas diversas nuances. A saída é burlar o sistema: se não tem 80% de freqüência, mas houve avanço no retorno à escolarização, então ‘clica-se’ freqüente (assim não perde a bolsa-auxílio).

Mas, e se o “guri” saiu do “loló” e não dorme mais na rua. Tem ido com a mãe para vender refrigerante nas filas de procura de emprego do centro e está aprendendo a calcular o preço do lanche (para ter lucro na venda)? O objetivo de erradicação do trabalho infantil não foi atingido e o sistema de informação não previu outras possibilidades na vida.

São estes dados que não tem lugar. Menos ainda se avançamos além do observado e escutamos os seus testemunhos. A experiência de avaliação dos serviços e programas com os beneficiários, não relacionada à continuidade do programa ou à sua qualificação, mas com o desejo de saber sobre as experiências de cada um, torna-se riquíssima. Quando não são utilizados questionários fechados e é feita apenas uma provocação do tema em grupo ou em entrevistas familiares e individuais surgem as mais diversas questões, não previsíveis pelo mais cuidadoso “roteiro de avaliação” e, proficuamente, difíceis de sintetizar ou sistematizar.

Considerando experiências de encontros para falar da participação do Programa Família¹⁴, causou surpresa que a maioria dos participantes homens do programa tenha relatado experiências de trabalho anteriores e o desejo de voltar a realizá-las. Esperava-se encontrar uma solicitação de ampliação de prazo ou valor de bolsa auxílio. Ao contrário, as manifestações foram por desejo de trabalho com remuneração percebida por eles como “boa”, “legal”, “bastante” ou “suficiente para o sustento”, “para manter” sua família. Em vários casos, apareceu também o desejo de poder auxiliar parentes, alguns distantes. Houve relatos de sonhos antigos de realização profissional na mesma área de atividade, como o carroceiro que queria ter seu próprio caminhão de mudanças. Surpreendeu também que a grande maioria das mulheres tenha relatado o desejo de ter um marido, companheiro ou homem “trabalhador” que “sustentasse”, “mantivesse”, e “assumisse” a família. Manifestação de vontade de “ser dona de casa”, “do lar”, “com tranquilidade para cuidar das crianças” e de “ter mais filhos”. Relatos de satisfação em esperar o companheiro com “uma comida boa e quentinha”.

¹⁴ Participamos deste processo de avaliação do programa, solicitado pelas instâncias de controle social (CMAS e CMDCA), como facilitadores e recortamos algumas expressões da produção destes grupos. http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cs/default.php?reg=49133&p_secao=3&di=2002-08-20

Muitas famílias¹⁵, deste recorte regional (FESC, 1997a; 1997b), eram migrantes ou descendentes de migrantes, em segunda ou terceira geração, que vieram para a capital em busca de melhores condições de vida ou oportunidade de trabalho. O êxodo rural também se fazia presente. Outro relato freqüente era a dificuldade frente à exigência de escolarização, considerada acima do necessário para a atividade exercida, como por exemplo, primeiro grau completo para serviços gerais.

Na psicanálise sabemos da importância das histórias de emigração, muitas vezes marcadas por rupturas e perdas, transmitidas pelas gerações envolvendo valores provenientes da “memória afetiva” (CALLEGARI, 2000). Os processos migratórios envolvem sonhos e mitologias, que sendo ficção, histórias ou mesmo histórias, carregam imposições simbólicas de uma cultura e o processo da reconstrução de uma nova filiação, numa busca de referentes simbólicos. Em texto sobre este tema, Callegari (2000) ressalta a herança cultural, o valor de expressão da cultura regional do dialeto (como língua verdadeira).

Considerando o dialeto a língua recalcada, que surge num contexto sócio-cultural e emerge de forma simples, de modo tropeçante, cujo eco não escapa ao constrangimento, mas que na fluência verbal do discurso analítico aparece, enganando a censura, criando novas formas de expressão. (CALLEGARI, 2000).

Já Lacan (1985, p. 190) nos ensinara que o inconsciente é o testemunho de um saber que escapa, em grande parte, pelo que comporta de afetos, o que vai além do que o falante suporta de saber enunciado. Desta forma, a linguagem não é só comunicação, diferentemente de resgatar fatos históricos e “dados pregressos” da história do indivíduo, é preciso uma leitura pela interpretação que lhe dá o sujeito, aquilo de que se afeta na fala. Inclusive nos “tropeços” de sua narrativa, pois, não se

¹⁵ Reconhecemos estas características semelhantes na comunidade através de atendimentos realizados, discussões de casos em equipe e na rede de atendimento à criança e adolescente (CT, saúde, educação e assistência social).

trata de realidade, mas da verdade (LACAN, 1953/1998, p.257), da realidade psíquica na rememoração, considerando a ressignificação da história no laço social.

Esses dados de uma vida, enunciados de uma história, não tem lugar no “sistema”. Simplesmente, não cabem ali. Cabe apostar na possibilidade que, diante da surdez da máquina, algum “técnico” ouse não assumir o semblante de aparelho registrador.

2.5 Medidas

Em muitos casos a aplicação da medida de proteção, prevista pelo ECA, é acompanhada por relatos de culpabilização. Diante do abandono pela mãe, por exemplo, quando esta escolhe a permanência com o companheiro que praticou um ato de violência, a criança sente-se culpada por ter sido preterida. De fato, é ela que fica, assim, excluída dos seus laços de pertencimento e possibilidades de circulação, como a escola, os amigos e outros familiares. Na seqüência da culpa, aparece toda sorte de manifestações sintomáticas: desde a inibição, inclusive com dificuldades significativas da aprendizagem, à repetição compulsiva de oferecimento do corpo como objeto.

A medida de proteção, de abrigagem da mãe com os filhos, é provisória e não basta em si mesma. Considerando o significativo número de casos nos quais a violência volta a se repetir, com o mesmo ou outro companheiro, temos o indicativo que não se trata somente do fato de uma violência sofrida e dos agravantes que condições de privação sócio-econômica acarretam. O fato do agressor de um abuso sexual ser o pai ou o padrasto da criança tampouco é sem efeito. Da descrença inicial no relato da criança para a constatação do acontecimento, observa-se na fala

de muitas mulheres a transformação “do pai das crianças” ou “do meu marido” em “aquele homem” ou “aquilo”. Mas, há uma posição subjetiva desta mãe/mulher que permite, inconscientemente, uma repetição do seu lugar de submetimento.

No senso comum e para muitos dos que atuam nestes serviços, aparece a figura caricata da “mulher de brigadiano que gosta de apanhar”¹⁶. Sintoma de repetição que pede a escuta do sujeito, muitas vezes, desimplicado pelo lugar de “vítima” passiva, onde a interdição do ato pela palavra falhou.

No trabalho com famílias na assistência social, freqüentemente é afirmada a visão sistêmica desta como escolha de intervenção, em contraposição à psicanálise, tida como individualista. Consideramos importante marcar a diferença entre individualidade e singularidade. Pois, o risco que se corre no extremo de considerar a família como um todo, “um sistema”, é reforçar este lugar de alienação no discurso do Outro, perdendo-se a possibilidade de escuta do sujeito na singularidade do seu sintoma.

Sabemos que um filho não está colocado no mesmo lugar que outro no imaginário parental, nem no simbólico da transmissão, mesmo sendo gêmeos. É importante estabelecer quem pede escuta de seu sofrimento, quem faz sintoma para quê e que lugares pedem intervenção/interdição. As crianças, algumas vezes, fazem sintoma para “nos trazer” os pais. Checchinato (2007) retoma o manuscrito de Jacques Lacan a Jenny Aubry sobre a posição do filho enquanto sintoma dos pais. Lacan considera que “O sintoma *pode* representar a verdade do casal. Aí está o caso mais complexo, mas também o mais aberto às intervenções” (p. 137).

Checchinato relembra também um recorte de Françoise Dolto dizendo que “lá onde a linguagem pára é onde o comportamento continua a falar [...] a criança e o

¹⁶ Expressão que se repetiu em discussões de casos com serviços especializados de atendimento a situações de violência doméstica.

adolescente é que são porta-vozes dos pais. Os sintomas de impotência que a criança manifesta são, assim, a ressonância de angústias ou de processos reacionais às angústias dos pais”. E quando estes encontram lugar para reconhecer suas próprias questões, estas crianças se liberam para seguir o curso de suas vidas. “A análise de pais permite que estes deixem de projetar seus problemas sobre a criança e, esta, liberta da posição de depositária dos sintomas deles, consegue articular seus desejos na construção de sua subjetividade” (CECCHINATO, 2007, p. 135). Mas, há aquelas que estão aprisionadas na colagem ao gozo do Outro ou em um esvaziamento de desejo, diante de um excesso de real no corpo, da carência simbólica, que exigem trabalho, de escuta individualizada e, algumas vezes, inclusive de um outro que faça suporte terapêutico.

Tomarmos estas questões em conta torna-se importante para podermos romper com determinados automatismos, por exemplo, no preenchimento burocrático de um dado certificado por um documento. Quando, no preenchimento do Cadastro Único dos Programas Sociais do Governo Federal, é possível levar em conta questões que vão além da indicação de um nome que seja legalmente responsável através de um termo de guarda, mas escutar o que mais vem ser dito numa disputa de guarda, por exemplo.

Em uma entrevista inicial, escutar como se dá o exercício das funções parentais e quem efetivamente as exerce, pode passar pela observação da brincadeira das crianças. Não é uma observação qualquer, que se restrinja às condições físicas de saúde, ao desenvolvimento cognitivo ou da coordenação motora. Pode ser escutar a indecisão de onde será “a garagem do carrinho”. Na casa da mãe é onde não pode falar, muitos caminhões vem e vão, passam por cima da casa e não pode fazer barulho. Na casa do pai tem a “bruxa da vassoura que

dói”. Os “vovós” contam histórias dos “bolas” (“quilombolas”), quando ainda não tinha carro e todo mundo andava a pé. No jogo do menino, de cinco anos, encenado para quem deixou a atualização do cadastro esperando para escutar a história, há carros que se chocam e se batem, ficam na chuva, sozinhos no deserto do “Afenitão” (*sic*) e então fogem pela estrada até a Pedreira (onde moram os avós paternos), onde tem oficina de carro que abastece e ninguém bate e o Bumbi (Zumbi) defende sua tribo. Brincadeira de criança... que gera inclusão no programa de atendimento à família¹⁷.

É preciso se ter cuidado para não cair na dedução direta de maus tratos, nem nas interpretações de sentido único que chegam ao extremo de achar indicativo de abuso o simples fato da criança desenhar um pênis, ou outros objetos neste formato. Sabemos que os pais são representados pelas crianças, em muitos momentos, como os vilões da história e os avós, às vezes mais permissivos, como as fadas madrinhas. Mas, também sabemos que as crianças utilizam-se destes mesmos personagens para falar de coisas difíceis. O que nos direciona, neste caso, é que a criança pede para ser escutada e inclui sua família.

Esse pedido também nem sempre, e mesmo na maioria das vezes, não é enunciado de modo direto, tanto pela criança como por sua família. Diz-se muito rapidamente: “não há demanda de atendimento”. Aí também o recurso à psicanálise vem em nosso auxílio. Lacan nos assinala: toda fala pede resposta (LACAN, 1953/1998, p.248-9). Ali onde o sujeito não tem voz (nem vez), que a resposta seja a escuta, antes de mais “nada”.

¹⁷ Este caso foi trazido para supervisão que realizávamos no programa Família Apoio e Proteção.

3 SAÚDE MENTAL NA ASSISTÊNCIA SOCIAL

3.1 Os dispositivos

Na possibilidade de constituir um lugar de escuta do ponto de vista da psicanálise, diante da extrema necessidade, consideramos que, para além desta necessidade positivada por uma pessoa em uma demanda de um objeto de sobrevivência, é também outra coisa que o sujeito demanda: ser reconhecido no seu desejo. No reconhecimento do sujeito de desejo, na linguagem, pode-se abrir, descolar da necessidade, os sentidos que o atrelam a esta. Será que nos estados onde é dito que não há demanda, está aí representado um apagamento do desejo, por esta colagem no objeto da necessidade?

A investigação caminha, então, para além da necessidade, por estas vias em que algo na constituição subjetiva faz obstáculo a esta formulação do desejo. Mas, considera que não é sem relação com a extrema privação no campo da necessidade, e que essa possa contribuir com uma obstaculização do processo. Interrogaremos sobre como, na estruturação do sujeito, opera este excesso de Real, presentificado na necessidade frustrada, na repetição da insatisfação e que conseqüências podem operar numa dificuldade de enunciação.

O que propomos investigar é como se pode constituir demanda de análise onde a necessidade impera e ao mesmo emperra a descolagem para o reconhecimento da circulação do desejo. Como possibilitar, através da escuta, da circulação da palavra, que a demanda possa se representar pela linguagem e o sujeito aceder ao seu desejo?

3.2 Dispositivos Clínicos na Assistência Social

Dóris Rinaldi (2003) aponta o interesse de profissionais que procuram inserir o discurso psicanalítico nos espaços públicos, não só pela ampliação do âmbito de incidência da prática analítica, como pelo seu deslocamento do consultório privado para a inserção em instituições públicas no trabalho em equipe. Vamos acompanhar a produção de sua pesquisa e tentar ampliar a reflexão, para além da assistência em saúde, incluindo outras instituições que compõem a rede de atendimento, como as de assistência social e educação, considerando-se como público o caráter do atendimento sem entrar na distinção de que a instituição seja governamental ou iniciativa privada, filantrópica ou não. Embora, como vimos inicialmente, esta discussão tenha suas implicações, foge ao âmbito a que se propõe este trabalho.

No contexto dos movimentos de direitos humanos, convenções internacionais, abertura política no Brasil, influência de pensadores como Michel Foucault, encontramos as bases da luta antimanicomial e as raízes da reforma psiquiátrica como uma das ações preconizadas. Rinaldi escreve:

A partir da *reforma psiquiátrica* que, aqui como em diversas partes do mundo, colocou em questão a hegemonia do saber médico – psiquiátrico no tratamento da chamada “doença mental”, o campo da saúde mental é hoje um campo multidisciplinar, heterogêneo e plural, onde diversos saberes e práticas se entrecruzam. A escolha do significante “saúde mental” para designar este novo arranjo de forças representou a tentativa de positivizar um campo antes negativizado pela cultura manicomial e excludente que, sob a égide do saber médico, objetificou o sujeito, abolindo-o sob o rótulo da doença mental (RINALDI, 2003, p 01).

A autora assinala que é neste contexto que psicanalistas procuram inserir o dispositivo analítico ao exercerem suas práticas em instituições, suscitando questões neste encontro dos discursos médico, da reforma e da psicanálise. Sua pesquisa identifica a presença no discurso dos profissionais em saúde mental de três

categorias, escuta, sujeito e clínica, na sustentação das propostas da reforma, em que se observa a influência da psicanálise salientando, no entanto, uma diversidade de sentidos.

Rinaldi (2003) indica criticamente que a associação de escuta com cuidado, distancia-se do operador psicanalítico, da mesma forma que sujeito associado à cidadão, distancia-se do sujeito do inconsciente. A clínica associada ao cuidado distancia-se da clínica médica, incluindo a “atenção psicossocial e incorporando a dimensão do *sujeito* atravessada pelas questões da *cidadania*.” Considera que:

A luta pela *cidadania* do louco, constitui-se como a principal bandeira da reforma psiquiátrica, dando a este movimento um caráter político que orienta as reformulações seja no âmbito das instituições e das políticas públicas, seja no âmbito da clínica propriamente dita (RINALDI, 2003, p. 02).

A pesquisadora encontra uma tensão entre as dimensões política e clínica e relaciona a uma oposição histórica entre, de um lado, “individual, particular e privado” e, de outro, “coletivo, universal e público”, sendo que a clínica se situaria no tratamento para cada um, e a política no âmbito público das instituições. Considera que a clínica ampliada estaria no viés da tentativa de articulação entre as duas dimensões que se desdobram também na “dicotomia sujeito x cidadão”. A noção de sujeito, no discurso da cidadania, está implicada aos direitos e necessidades na proposição de inclusão social.

Esta noção de sujeito cidadão aglutina o respeito à pessoa, com direito à privacidade e ao sigilo e a promoção da participação nos espaços coletivos como resgate da cidadania enquanto direito de usufruir os seus bens e serviços e ter reconhecimento público destes direitos individuais e coletivos. Rinaldi considera este “sujeito” abstrato, representante da razão universal, fundado em concepções filosóficas e psicológicas de sujeito.

Considerando o trabalho de supervisão de equipes do Programa Família, bem como as dos Centros Regionais de Assistência Social - CRAS e do Programa de Atenção Integral à Família - PAIF, utilizamos o exemplo de reuniões nas quais freqüentemente são discutidas as rotinas institucionais, através de questões administrativas. Não há discussão de caso ou, quando há, predomina o que fazer, a tarefa, não emergindo a fala do sujeito na relação com esta rotina. O que está ausente é o sujeito do inconsciente. E, por tanto, a escuta é instrumento, não como cuidado do lado de “entendimento” do caso, que pode cair numa prática moral educativa, mas de produção de sujeito do discurso na articulação entre significantes. O sujeito assim não está dado, não tem essência, e sim emerge quando enuncia para um outro que escuta ou quando é falado por alguém.

Mesmo quando é dito “louco”, “fora da casinha”, numa referência a uma situação de crise, o sujeito está implicado em seus atos, ainda que a pessoa não responda judicialmente por eles. Admitindo-se o delírio como manifestação do sujeito, faz-se a distinção do sujeito moral, capaz de escolhas e de situar-se em relação aos fatos, do discurso da cidadania, mas sem a desimplicação dos seus atos. E isto não é tão simples. Na prática este é o nó entre a escuta e a tutela.

Rinaldi cita Lacan em sua afirmação que: “Por nossa posição de sujeito somos sempre responsáveis” o que aponta para

a implicação do sujeito naquilo mesmo de que ele sofre. A responsabilidade em jogo aqui se distingue da idéia de responsabilidade moral, própria ao sujeito livre da vontade – sujeito moral -, e diz respeito a um sujeito que se constitui, paradoxalmente, alienado à linguagem, na medida em que é determinado pelos significantes que vêm do Outro. A linguagem não é capaz, entretanto, de representar integralmente o sujeito, havendo sempre um ponto de falta, enigmático que está na base da constituição do desejo [...] (RINALDI, 2003, p. 06)

Falta no campo do Outro, que é causa de desejo, e que constituem movimentos diferenciados nas diferentes estruturas clínicas. Mas, estruturas que

não estão dadas de saída e se evidenciam a partir do estabelecimento da transferência no percurso de uma análise. Rinaldi salienta a importância da implicação do sujeito naquilo do qual ele se queixa e, considerando o exemplo da psicose, mesmo quando a busca de ajuda parte de outros que não o próprio sujeito.

É neste ponto que, para que uma escuta se estabeleça, é preciso um outro disponível para escutar de um lugar que não tem um saber prévio sobre o sujeito, e por isso mesmo põe-se a escutar. Partindo da relação transferencial que se estabelece, é que irão construir-se hipóteses de estrutura que nortearão a direção dos atendimentos e ou encaminhamentos possíveis. Vamos deixar esta questão, por ora, como ponto a ser retomado mais adiante que, em alguns casos, se trata de uma antecipação a uma demanda de tratamento/atendimento, ainda que partindo de outros. A chamada busca ativa, na visita domiciliar, precisa maior discussão. Aponta uma diferença nesta posição de escuta entre o cuidado e a clínica.

As experiências de encaminhamentos para atendimento em um serviço especializado na saúde mental, às vezes, encontram percalços difíceis. Para chegar a este, seja um CAPS, ou mesmo serviço de internação, por exemplo, é preciso passar pelo encaminhamento da unidade básica de saúde, ou por serviço de triagem, nem sempre preparados para este atendimento. A construção, muitas vezes, tênue de uma demanda de escuta não pode esperar seis meses em fila de espera, nem encontrar como resposta que só há atendimento para psicóticos (sem uma avaliação sequer), ou que a vaga será priorizada para quem pode aproveitá-la. Uma fala de

um profissional da psiquiatria como “esse aí vai morrer na rua mesmo” na frente do jovem, “é mortal!”¹⁸

É certo que, algumas vezes, existem demandas de internação apressadas, por parte dos atores sociais. Mas, diante desta demanda existe um profissional, de nível básico ou técnico, que solicita apoio diante de uma situação com a qual não sabe como lidar, em situações onde não há uma família que se responsabilize por aquela pessoa, e não há vaga em abrigo ou supervisão disponível no momento da emergência.

O resgate do contexto histórico das concepções de atendimento em saúde mental por vários autores¹⁹ e suas implicações sensivelmente apontadas por Elia (2000), Tenório (2001), Alberti e Figueiredo (2006), nos auxiliam a compreender, como acentua Rinaldi, que

O paradigma da desinstitucionalização que norteou este movimento representou não apenas uma crítica à instituição asilar, com sua cultura manicomial segregadora, onde os direitos mais elementares dos loucos são desrespeitados, mas à própria instituição da clínica – referida à clínica psiquiátrica tradicional – que fundamentou e sustentou, em nome da ciência, práticas excludentes. Marcada pela influência do modelo italiano de reforma (psiquiatria democrática), a reforma brasileira valorizou o dispositivo da atenção psicossocial (calcada na noção de reabilitação psicossocial), que tem por objetivo a recuperação da autonomia e do poder de contratualidade dos sujeitos afetados pelo sofrimento psíquico. A negação do hospital psiquiátrico, que para alguns protagonistas do movimento da reforma deve ser sustentada no dia-a-dia das novas instituições como o CAPS, não diz respeito apenas à sua dimensão carcerária, mas também à dimensão clínica, que acaba por perder importância nos novos serviços. (RINALDI, 2003, p. 02)

Retomamos neste ponto as considerações iniciais de que a extensão da crítica à clínica teve também sua extensão à psicanálise, pelas características da prática de

¹⁸ Acompanhamos a discussão de caso, em equipe de serviço de abordagem de rua, na qual foram relatados os atendimentos realizados, durante alguns meses de trabalho, por educadores e técnicos, com um menino, em situação de “rua moradia”, que efetivou um pedido de tratamento para desintoxicação pelo uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA). Um educador e um psicólogo relatam o momento de acompanhamento ao serviço de triagem e encaminhamento para tratamento em saúde mental no qual se deu a “negativa de vaga” pela condição de reincidência na situação de rua.

¹⁹ No interesse do tema recomenda-se a leitura dos trabalhos de Benilton Bezerra Jr. e Paulo Amarante (orgs.), (1992), e de Fernando Tenório (2001).

alguns profissionais, no chamado *setting analítico* associado a condições restritivas a determinadas camadas da população, “chegando até a exigências do tipo nível intelectual, código lingüístico e outros, que se reduzem a meros critérios de inclusão e exclusão social e econômica” (ELIA, 2000, p. 26)

Tipo de postura que podia ser observada na diferença de atendimento oferecida no consultório, frequência intensa e duração de sessões fixas, e na instituição, quinze minutos para a rápida revisão de medicação quinzenal ou mensal, por alguns profissionais sendo justificada “pela técnica” e não pela necessidade do caso. E em algumas instituições psicanalíticas, a prática institucional não era reconhecida como psicanálise, ainda que Freud tivesse iniciado seu trabalho em instituições.

3.2.1 Psicossocial

Em Porto Alegre, diferente de outros lugares do país, os dispositivos da rede de serviços de atenção diária em saúde mental, tais como Hospitais-Dia, Residências Terapêuticas e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), não tiveram um investimento mais expressivo na relação entre população e unidades de atendimento no âmbito municipal. Embora tenham sido implantados serviços que se destacam no trabalho empreendido, a capacidade de cobertura é bem aquém da demanda.

O inverso aconteceu na área de atenção psicossocial da Assistência Social do Município, que nos últimos 12 anos ampliou-se em torno de dez vezes os núcleos de atendimento e o número de famílias atendidas. Nestes atendimentos não estão

incluídos os programas exclusivamente de transferência de renda, embora se entrecruzem nas situações de medida de proteção.

O modelo asilar e de albergagem foi gradualmente sendo transformado em abrigos e os grandes institutos deram lugar às casas lares e atendimentos em pequenas unidades de abrigo.

Na assistência em saúde mental, Rinaldi (2003) aponta:

a importância do termo **cuidado**, que engloba as novas práticas, utilizado de forma generalizada na legislação em saúde mental, na literatura sobre o assunto e na prática dos serviços. Este termo surge como uma categoria que vem substituir a noção de *clínica* – esta última referida à prática psiquiátrica tradicional –, ganhando novos sentidos para além dos tradicionais *cuidados médicos*. [...]

[...] A categoria **cidadania**, por sua vez, é o carro-chefe da Reforma, onde se evidencia sua dimensão política, que não se restringe apenas à proposta de uma revisão das formas de tratamento da loucura, mas busca dar a ela uma outra resposta social (TENÓRIO, 2001, p. 11), que supere a tradicional exclusão social do louco. (p.3).

Na assistência social é o termo **atendimento** que vem na linha do “resgate da cidadania”, incluindo o termo **usuário** do serviço no movimento político de contraposição às práticas clientelistas e assistencialistas, como crítica ao lugar de subalternidade que carregam e para diferenciar do paciente da saúde, na sua relação de identificação como “o doente”, propondo-se a marcar o atendimento ao cidadão (sujeito de direitos) que *está* doente, porta ou sofre de uma doença. Mas, para a assistência social, a doença, o tratamento da loucura, estará atribuído aos serviços de saúde mental, fazendo-se encargo, então, do acesso aos serviços daqueles usuários que estão excluídos do acesso ao tratamento em saúde mental. É a *exclusão* que se coloca como o carro-chefe da Assistência Social.

Neste encontro dos movimentos de reforma psiquiátrica e do resgate da cidadania, no enlace da desinstitucionalização, os dois campos da saúde mental e

da assistência social vão travar lutas comuns e muitos embates, dependendo da “concepção” em causa.

Os termos **escuta** e **acolhimento** foram empregados nos dois campos como proposição de novas práticas de tratamento ou atendimento passando a valorização do sujeito (no sentido amplo). Se a loucura passa a ser considerada uma questão de existência, para o campo da saúde mental, na assistência social ela terá duas vertentes principais a de doença a ser tratada pelos serviços de saúde e a de produto da exclusão social e do modo capitalista de má distribuição de renda (considerando a pobreza e a miséria como uma questão social e não individual).

A visão romântica de que o louco incluído poderia curar-se da sua loucura cai por terra no cotidiano do trabalho, na recusa do sujeito em adequar-se aos dispositivos institucionais de inclusão, quando não são pautados da escuta da singularidade de cada caso. Às vezes, são criadas alternativas coletivas com regras de igualdade para todos. No outro extremo, a negação das diferenças, em prol do coletivo, resulta inclusive que o sujeito tenha que se impor em ato. É quando se criam impasses nos encaminhamentos para a saúde mental, inclusive com demandas de internação e contenção medicamentosa. “Saúde mental (incluindo deficiências) é na saúde”. “Primeiro tem que se tratar (desintoxicar), depois pode vir (SASE, abrigo)”. Logo, “clínica é na saúde”, na assistência é trabalho comunitário²⁰.

Contraditoriamente, o Atendimento à Comunidade (que foi o novo nome dado ao Plantão Social) na prática não se constitui como trabalho de desenvolvimento comunitário pelo profissional de serviço social. Segue sendo atendimento coletivo informativo e individual de “escuta da demanda do usuário”. A designação da escuta

²⁰ Expressões recortadas no trabalho de coordenação de reuniões dos técnicos do programa Família Apoio e Proteção, incluindo o Atendimento à Comunidade, pois o assistente social de cada unidade é o mesmo profissional que atua nos dois programas e nas discussões de casos, para ingresso em abrigos, quando este discurso se repete como uma dificuldade de atendimento nas situações de “doença mental”.

está permeada de ideais políticos de respeito e dignidade da pessoa, mas a demanda se coloca pela necessidade implicada na utilização do serviço.

Pelo norte dos ideais de resgate da cidadania e de “autonomia”, os profissionais de serviço social vão apontar a questão de que não se trata de responder, dar conta das “demandas” do usuário, mas de devolver-lhe a implicação de como pode resolver seu problema no conjunto de sua comunidade.

Rinaldi (2003) propõe três eixos de atenção: “as práticas de cuidado”, “o papel da família na sua função cuidadora” e “as possibilidades de vigência do dispositivo psicanalítico nos novos serviços e sua contribuição, como clínica do sujeito” (p. 3). Ela nos indica ainda que a resignificação do atendimento pela adjetivação de “clínica ampliada” vai possibilitar a inclusão dos diferentes dispositivos de atenção psicossocial e os profissionais das diferentes áreas na perspectiva da interdisciplinariedade.

Na questão da exclusão, o que está posto de fora é o sujeito. Se há um resgate possível, ele necessariamente passa pela escuta do discurso e no reconhecimento do desejo. Se a psicanálise tem algo a contribuir com o trabalho no campo da assistência social é com sua ética implicada nesta escuta do sujeito do inconsciente, o que só é possível na transferência e no laço social.

Em torno das questões do tratamento, como já dissemos anteriormente, Figueiredo (1997) faz uma discussão sobre os três modelos – médico, psicológico e psicossocial – e na composição híbrida das modalidades de intervenção considerando respectivamente a ética da tutela, a ética da interlocução e a ética da ação social que ela relaciona, na intervenção, ao tratamento medicamentoso, às psicoterapias e às oficinas terapêuticas. A interlocução desses modelos modificaria seus procedimentos. Interlocução, salienta a autora, entendida como elocução –

maneira de expressar-se, palavras ou frases, estilo – onde quem escolhe as palavras é o sujeito, quando o enunciado junta-se à enunciação no endereçamento. Coloca-se, neste ponto, de fazer funcionar a elocução, o lugar do psicanalista atravessando as diferentes modalidades de atendimento.

3.3 A visita domiciliar

Um dos instrumentais utilizados na Assistência Social é a chamada VD (visita domiciliar). Para os profissionais de Serviço Social este instrumental é familiar e antigo, acompanhando a prática profissional desde seus primórdios e está relacionado a conhecer o contexto de vida da pessoa bem como a sua família e a comunidade na qual se insere. É instrumento básico para a prática de desenvolvimento comunitário, mas também utilizado nas situações chamadas de proteção à infância e à adolescência. Nas reuniões de técnicos do programa, este tema é levantado como necessidade para outras áreas básicas como educação e saúde, onde identificam que muitas dificuldades de inserção ou permanência nestes serviços estão relacionadas ao fato de não ser levado em consideração o contexto de vida das pessoas.

Como exemplo, uma assistente social salienta o encaminhamento do posto de saúde para o conselho tutelar e deste para o NASF de uma família considerada negligente quanto às condições nutricionais de um filho²¹. A profissional relata a indicação de Sustagem²² não seguida pela família, bem como a introdução de carne e frutas na alimentação. Era uma família que vivia da catação autônoma de lixo e sequer tinha água encanada, em condições precárias de moradia feita de restos de

²¹ Relato colhido na realização de supervisão de casos do programa Família.

²² Produto industrializado para suplemento nutricional de alto custo financeiro.

materiais de construção. Relata a inserção desta família em oficina de nutrição e seu aproveitamento passando a utilizar os talos e folhas de hortaliças, comumente descartados no lixo, e obtidas por doação de um grande hortifrutigranjeiro da cidade. A assistente social relata o retorno do posto de saúde, da avaliação de melhora nutricional de todos os filhos, e a nova atividade de geração de renda da família, que associada a outras vizinhas, passou a vender as balas de casca de banana e a trocar, no pequeno mercado da vila, os produtos alimentícios confeccionados pelos gêneros necessários à sua produção. Relata, ainda, o início da constituição de uma associação de moradores, pela reivindicação de saneamento básico (água e esgoto) para a vila.

Mas, são os casos em que o trabalho com os usuários, constituído de informação, encaminhamento e oferecimento de instrumentos para a resolução de problemas não “surte efeito”, nos quais o profissional da área psi do núcleo, do PAIF ou da rede é solicitado a avaliar conjuntamente e a intervir diretamente. Identificam que algo não vai bem quando a família não segue o encaminhamento, não vai ao atendimento, “tem o recurso e não aproveita” ou logo volta para a mesma situação, “não vai adiante”. Outras situações, já vem com o indicador de complexidade apontado pelo conselho tutelar, nas várias tentativas frustradas de aplicação de medidas.

A política de saúde tem utilizado o termo “busca ativa” incluindo a prática da visita domiciliar considerando-a uma estratégia de adesão ao tratamento na atenção básica, no sentido das ações de promoção, de prevenção de agravos e recuperação da saúde. Começou a ser utilizada a partir das situações de abandono de tratamento de doenças infecto-contagiosas passando a abranger as demais em função de índices de retorno positivos. O Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado

Estratégia Saúde da Família, iniciou esta forma de trabalho, sobretudo pela questão da mortalidade infantil ligada à desnutrição, com avaliações antropométricas, como acompanhamento de condições de desenvolvimento das crianças. Mas, somente a orientação e a informação nutricional pelo agente comunitário de saúde (PACS), em alguns casos, não resultam no efeito de melhoria das condições nutricionais e da criança o que gera o encaminhamento à equipe do PSF e deste, em alguns casos, para um serviço especializado em saúde mental.

Vamos considerar, principalmente, dois dos aspectos em causa nestas situações. O que é esperado pelo profissional do serviço não é o que a família deseja e, em uma idealização do que seja o melhor, cria-se uma resistência ao atendimento. Existem casos, no entanto, em que está colocada uma situação de risco para a criança que a família não consegue reconhecer ou apresenta dificuldades no exercício de sua função protetiva. Muitas situações de atendimento são, então, solicitadas por integrantes da rede de serviços, como saúde e escola, através do conselho tutelar que demanda o atendimento como medida de proteção à criança.

A visita domiciliar se insere como uma forma de conhecer a família e seu contexto, sendo considerada opcional se o profissional já conhece a comunidade e se os membros da família vêm quando solicitado seu comparecimento. E se insere no que poderíamos chamar de “busca ativa”, quando a família encaminhada não comparece ou não retorna ao atendimento nas situações identificadas como de risco.

Cabe fazer uma distinção importante, diferente de outros programas de proteção à família em outros lugares, no caso do NASF, as situações consideradas de risco, não se restringem a condições de vulnerabilidade sócio-econômica, mas

priorizam situações de violência doméstica, abuso sexual e exploração do trabalho infantil, freqüentemente associadas à evasão escolar e situação de rua. E são os casos onde a orientação e o apoio não surtem efeito que o profissional psi é chamado a participar do atendimento.

Não vamos nos deter na caracterização de risco e vulnerabilidade pessoal e social, que vêm sendo amplamente discutida por muitos autores²³. Nos interessa aqui apenas contextualizar como as pessoas chegam ou, no caso de algumas visitas domiciliares, são buscadas ao atendimento.

Visitar vem do latim *visitare* que significa “ver com freqüência”, e tem o sentido de ir onde a pessoa está, utilizado como cortesia, afeição e dever ou profissionalmente, mas também comporta o sentido de inspeção ou fiscalização (FERREIRA, 1975). Algumas pessoas ainda usam a expressão “ir visitar o médico” ou “visitar o doente”.

Quando o primeiro atendimento se dá pelo instrumento da visita, a forma como acontece o momento de recepção pode ser eloqüente, e nos dar indícios do posicionamento do sujeito. Sem interpretações apressadas do gesto, pode indicar que o início da entrevista se dê por perguntar pela própria situação de recebimento de visita domiciliar antes do que pelo motivo que gerou esta visita. Nas comunidades de baixa renda, é comum que as pessoas já tenham passado pelas mais diversas experiências de VD, desde cadastramentos “para ganhar casa” ou outros pouco esclarecidos, como pesquisas identificadas como “perguntação não se sabe para quê”, podendo assim estar associada a possibilidades de ganho ou mera curiosidade.

²³ Por exemplo os trabalhos de Lílian Rodrigues da Cruz (2006), Miriam Abramovay, Maria Angela Silveira Paulilo, e de José Ricardo de C. Ayres, Maria da Gloria Gohn (1995).

Algumas vezes, está acompanhada do sentido invasivo de serviços de fiscalização governamentais, como vigilância sanitária ou fiscalização de água e luz, considerados como aqueles que “só vêm para achar problema e não ajudam a resolver nada”, ou ainda persecutório, como na investigação policial, já que pode colocar a família em risco na mira da desconfiança do tráfico de drogas por possível delação²⁴.

A relação com o Conselho Tutelar tem também muitas vertentes desde a proteção até a agressão, observa-se a influência na identificação de participação do conselheiro em instituições como as do movimento popular, associações de moradores, creches, escolas ou igrejas. A identificação do conselheiro como um funcionário da Assistência Social, freqüentemente, é facilitadora do contato. Mas, a principal origem das solicitações de visitas, muitas vezes, não são reveladas por sigilo ou para evitar uma resistência inicial. A posição adotada é de oferecimento de um serviço, colocando-se à disposição, ou seja, ir para conhecer e escutar.

3.4 Início de atendimento ou entrevistas iniciais

Considerando o início do atendimento a partir da visita domiciliar, é preciso nos determos um pouco em situações onde não se apresenta um movimento da pessoa no sentido de continuidade ou mesmo de resistência à combinar um novo encontro, seja outra visita ou ir até a instituição.

Na escuta de relatos sobre a visita domiciliar²⁵, aparecem expressões como “a assistente social foi me ver” ou ainda “está olhando por mim”, convites como “vem

²⁴ Recortes extraídos no trabalho de visitas domiciliares realizadas como psicóloga e na supervisão de equipes.

²⁵ Realizada nos atendimentos individuais, grupos e nos encontros de famílias.

ver”, ou queixas de que “ninguém olha para nós”. Indicam que inicialmente algo do olhar se põe em cena neste contato inicial.

Luis Eduardo Soares (ABRAPSO, 2003) já assinalou, nos atos infracionais cometidos por adolescentes de periferia, este pedido ou até exigência de um olhar, ainda que no negativo e que produtos de marca, em especial de uso pessoal, como roupas, tênis, bonés, relógios, sejam alvo de furtos e roubos, freqüentemente não tem sentido de comercialização e sim de apropriação.

As entrevistas iniciais parecem, portanto, ter essa função de pôr em causa um “olhar” e “ser olhado”, no dispositivo da visita domiciliar. A hesitação ou resistência inicial de atendimento pode estar, algumas vezes, colocada como um pedido negado. A possibilidade do sujeito de contrapor-se a este Outro, que vem sem ter sido solicitado, pede para ser escutada, como um tempo próprio de constituição do trabalho, no qual isso pode ser falado.

3.5 Atendimento

Vamos considerar aqui algumas particularidades deste oferecimento de escuta a quem, a princípio, não fez uma solicitação, não formulou um pedido, e que, algumas vezes, é interpretado como ausência de demanda. Não vamos nos deter no desconhecimento da existência do serviço ou na dificuldade de acesso ao mesmo, que é uma das ações principais de encaminhamentos do serviço social.

Partimos da noção de clínica ampliada fora do *setting* tradicional na qual o pressuposto é estar em uma posição de escuta do sujeito e não necessariamente a partir de um enquadre institucional específico. Ou seja, ainda que haja uma instituição que sustente o atendimento, o que não é sem efeito, que este

atendimento possa ser dar inicialmente em diferentes espaços, seja no domicílio (casa, abrigo ou rua), estadia provisória (abrigo, albergue, unidade de internação de medida socioeducativa, internação em hospital, clínica ou fazenda terapêutica), no espaço de trabalho (lixão, galpão de reciclagem, oficina, mercado, banca de venda ambulante) na escola (pátio ou sala de atendimento), ou na rua (como local de circulação, trabalho ou moradia). Exemplificar os possíveis locais de encontro já nos indica que são vários os fatores em questão, que interagem no atendimento. Uma interferência que pode dificultar ou facilitar o contato, mas que pode servir também como indicador de que lugares este sujeito se posiciona.

Não estamos com isso propondo que se interprete a partir do fenômeno observado, mas considerando que se possa, a partir do ato, abrir um espaço de escuta, convocar a fala sobre a experiência singular deste sujeito nestes lugares.

Vamos utilizar o recurso da clínica da infância para fazer algumas considerações. A criança pequena não vem pedir atendimento, ela é trazida pelos pais ou responsáveis com a queixa de que algo não vai bem. A criança faz sintoma. No caso das medidas de proteção, o adulto responsável demandatário do atendimento pode ser a escola, o posto de saúde, o conselho tutelar, a comadre ou a vizinha, ao identificarem esta necessidade. Assim como na clínica da infância, uma vez que se inicie a escuta do caso, é possível que seja um dos pais que passe a vir ao atendimento, também pode ser que a “consulta” permaneça sendo com o profissional ou instituição de atendimento demandante.

Mas, também pode acontecer desta ser a forma da criança buscar ajuda e, neste caso, quando a sustentação deste atendimento não se dá pela família, não se pode desconsiderar e excluir do atendimento este outro que lhe dá sustentação. Nestes casos a escuta também precisa ser ampliada.

No próximo capítulo, alguns recortes de casos servirão de apoio a este entendimento, das possibilidades e vicissitudes de estabelecimento, dos dispositivos clínicos diante de algumas particularidades do cotidiano de trabalho na Assistência Social. Não intencionamos fazer um estudo de caso, mas utilizarmos os recortes como contextualização para a discussão.

4 CRÔNICAS DA VIDA COTIDIANA

O ato de escrever requer um endereçamento, um leitor, ainda que imaginário. Como falar para alguém, com um efeito de duplo e, ao mesmo tempo, uma tentativa de distanciamento de si mesmo. Talvez, esta seja uma relação possível quando se ouve tanto, na Assistência Social, a dificuldade de parar para escrever sobre as práticas. Poder olhar uma história, uma experiência e narrar. Ainda que se saiba que fica sempre um resto não dito, atentar para aquilo que “passou batido”, mas ficou ressoando. Há um algo ali que clama re-elaboração. Uma oscilação entre transmissão e questionamento sobre o desejo aí implicado, de escutas possíveis, em diferentes lugares, faz pensar.

Fala-se ali onde se pressupõe que há alguém que quer escutar. Lembro da atendente do Serviço de Atendimento Socioeducativo em Meio Aberto - SASE, que voltou a estudar no Serviço de Educação de Jovens e Adultos - SEJA para terminar o primeiro grau, ou não ia poder continuar neste trabalho²⁶. A discussão dos pré-requisitos necessários ao exercício da função, muitas vezes tem passado pela via da exigência de qualificação reduzida à escolarização mínima e desconsidera o posicionamento e a implicação do sujeito que deseja “ser cuidador”, “fazer diferença na vida de alguém”, “abrir portas para esta gurizada”, “ajudá-los a se enxergar capazes” e outras verbalizações do tipo, para além do emprego, como ouvimos nas seleções para educadores²⁷. Se for certo que muita idealização sem experiência se encontrará logo mais adiante com a frustração, também nos parece que muita experiência e conhecimento, sem nenhuma construção de ideal a ser atingido, no

²⁶ Relato de educadora durante o nosso trabalho de supervisão em entidade de atendimento de SASE conveniado.

²⁷ Expressões colhidas no trabalho de facilitação de grupos na recepção de educadores sociais.

viés educativo, freqüentemente repete a máxima do “não tem jeito”, do “prognóstico” fechado, “esse é assim mesmo” ou “com esta família, não tem futuro”²⁸!

Uma senhora, já de certa idade - trabalhadora e moradora de uma comunidade na periferia de Porto Alegre -, na sua simplicidade, dá um relato do cotidiano do educador social no grupo de capacitação. Sem nomear o caráter sócio-educativo, ou pedagógico, diz por onde passa esta diferença de posição de “escuta” da criança:

[...] eles se ligam quando a gente se interessa, de verdade! Se tu já sai dizendo, criticando, eles nem falam mais, porque não vão ser escutados, mesmo. [...] Tem que ouvir de coração aberto, querer saber a história deles. O ‘Seu Fulano’ diz que só mentem. Vai ver se falam com ele? Só para dar desdobre. É só o que ele escuta mesmo! [...] Às vezes, não é bem invenção não, é como tentar encontrar um jeito de falar de um pai ou uma mãe, como dá. [...] Olha só, o guri diz que o pai é corajoso e que trabalha para sustentar a família. O que adianta dizer que o pai é um ladrão que não se preocupa com ele?! Daqui a pouco ainda tem gente que diz que ele vai ser ladrão que nem o pai! Aí empurra, né? Então, eu digo que, quando ele crescer, vai ser corajoso e trabalhador que nem o pai, mas como ele tem a oportunidade de estudar, que o pai não teve, vai poder fazer outra coisa ter um trabalho bom, que não seja perigoso para ele nem para os outros, que ajude as pessoas. [...] Não é um jeito de apontar outro caminho sem arrasar o pai? Bem ou mal é ele que sustenta sozinho o guri. Não jogou na rua nem deu para ninguém. Quem acha que era melhor ter dado, acha que criança é coisa, desconsidera o amor de um pai pelo filho. [...] Até mesmo sendo ladrão. O pai não estimula o filho a roubar! Diz para ele que vai ser um grande jogador de futebol! Se grande, eu não sei, mas que o guri é bom de bola, ah, isso é! Não gosta de escola? E quantos gostam? [...] Se pedissem minha opinião, era contra tirar o guri dele. Os que voltam de abrigo, às vezes voltam pior, revoltados, desconfiados. A gente custa a chegar perto de novo, de verdade, sabe como é? De coração! [...] ²⁹

Esta posição do educador social, atendente ou monitor, como também são chamados, difere daquela do professor que ensina, que tem uma informação a ser passada ou mesmo daqueles que se entendem como facilitadores da aprendizagem. Esta diferença se coloca numa disponibilidade ao outro, de reconhecimento de sua história e de suporte para sua narrativa, oferecendo recursos de simbolização para a construção destas interlocuções. Através de oficinas de escrita, desenho, argila,

²⁸ Expressões colhidas em trabalho supervisão geral de equipes.

²⁹ Recorte de discussão de caso em capacitação de educadores do SASE, da qual participamos na função de facilitadores.

teatro, música e tantas outras que inventam uma via de dizer do “isso”, do sonho, da dor e do riso.

A grande diferença destas para uma oficina planejada (com temas definidos, materiais específicos, técnicas a serem ensinadas) não é só o método pedagógico bem embasado numa teoria, por exemplo, no construtivismo, no neoconstrutivismo, na pedagogia da autonomia de Paulo Freire, ou outras que propõem a construção da atividade com o grupo e a mediação pela tarefa. Sem tirar o grande mérito da pedagogia que pensa estes processos de aprendizagem e interação social, o que o recorte talvez possa ilustrar é uma implicação do educador com a singularidade da criança e com os efeitos do discurso institucional e social, no qual ela se insere. Algo que se dá ou não na relação, para além do conhecimento, a partir do “desejo de educador”, estando em causa a transferência (SOKOLNICKA, 1998, p. 80).

4.1 Lugares

Françoise Dolto (1990), em “A Causa Adolescente”, faz proposições sobre a constituição da Declaração dos Direitos da Criança. Já em 1986, sobre o tema das primeiras entrevistas em psicanálise, Dolto (MANNONI, 1985) assinalava que “O psicanalista não dá razão nem a retira; sem emitir juízo, escuta” (p.11). Uma sugestão que encontra seus dilemas no campo da assistência social, diante de muitas demandas de emissão de pareceres e avaliações de casos em interfaces em que de alguma forma precisavam de palavras. Talvez por isso, a partir do momento em que trabalha com prevenção, passa a atender apenas os casos institucionais. De qualquer forma, ela posicionava-se como cidadã neste movimento de instituição de uma nova forma de consideração da criança como sujeito de direitos.

Colette Manier (DOLTO & HAMAD,1998) relata como Dolto recebia, em 1973, crianças trazidas por suas maternantes ou responsáveis pela unidade Étienne-Marcel. Também é neste texto que encontramos o assinalamento de alguns tropeços dos psicanalistas neste campo como “maternar as crianças, dar conselhos as maternantes e à instituição e/ou condoer-se das crianças por identificação imaginária com seu sofrimento” (p. XV). Dolto aponta estas diferenças entre as posições de educador, psicoterapeuta e psicanalista no trabalho com crianças na assistência social, ao longo desta coletânea de entrevistas com Nazir Hamad, psicólogo da Assistência Social à Infância no interior da França, que se realizaram entre 1984 e 1986.

Diante da pergunta sobre quando há indicação de atendimento para uma criança, Dolto (DOLTO & HAMAD, 1998) assinala a necessidade de nos perguntarmos pela angústia, pelo sofrimento da criança. Quando ela não a demonstra e não vem para as sessões, considera a possibilidade de escuta dos pais que trazem o problema, no que sofrem com o filho, para o que diz respeito às suas próprias questões reativadas com a maternidade ou paternidade. Quando estes passam a falar de suas dificuldades, isso pode ter efeito de liberação da criança de determinado sintoma (p.8-9).

Mas, aponta também que, às vezes, é necessária uma manifestação em palavras do que ela expressa em ato, como função interpretante. Seriam exemplos como a saída da criança da sala diante de um assunto dos pais ou sua negativa de entrar na sala, indicando que estes o façam. Em muitos recortes clínicos traz interpretações sobre desenhos e atos das crianças³⁰, considerando estes como atos discursivos que pedem palavras. (DOLTO & HAMAD, 1998, p.8-9).

³⁰ Ver, por exemplo, em suas obras: *Psicanálise e Pediatria* (1984) e *A Causa das Crianças* (2005).

Lembramos um grupo com famílias³¹, no qual emerge o tema de brigas, aparentemente sem sentido, entre os filhos pequenos. Algumas crianças constituem um jogo com bonecos, no espaço lateral ao grupo, onde uma “mãe” manda o “pai” embora. Levam este para uma caixa de sapatos, que representa o “bar”. Assinalamos a montagem da cena para o grupo. As mães passam a falar de situações de violência doméstica com os respectivos companheiros. As crianças, aos poucos, deixam a sala e convidam a estagiária para ir para a pracinha.

4.1.1 Cláudio (Sócio-educar ou escutar)

Mas, e quando esta angústia não se endereça e é ato disperso? Cláudio ingressou no SASE por encaminhamento do CT. Saía da escola e ia para o SASE, que têm portões contíguos. Pelo menos assim seria. De fato, Cláudio perambulava pela escola, almoçava e ia para o SASE, pois sua professora o indicava este caminho. Os educadores trouxeram o caso como questão, uma vez que não chegava a permanecer sequer na primeira atividade. Por qualquer motivo fugia, mas “visivelmente angustiado e sem rumo” diziam os educadores, “não consegue dizer qual é o problema e a gente não consegue segurar”³².

O menino passou correndo com lágrimas que cintilam em seu rosto. Fui atrás. Parecia não ouvir quando lhe chamam. Quando percebia uma aproximação, o efeito era uma aceleração no movimento de fuga. O porteiro não lhe permitia sair e ele parecia se ver encurralado. Olhou ao redor, subiu nas grades e transpôs o muro da escola. Um monitor foi na sua direção enquanto o porteiro se dirigiu para a escola. Cláudio subiu a estrutura de ferro trançado que sustenta a cobertura do pátio e da

³¹ Trabalho de coordenação e co-coordenação de grupo realizado com famílias do NASF.

³² Atendimento individual realizado na função de psicóloga do Centro Comunitário, com discussão do caso em equipe multiprofissional e realização de entrevistas com os educadores.

quadra poliesportiva. Subi também. No alto do telhado, ele me olhou visivelmente surpreso e perguntou o que eu ia fazer. Disse-lhe que estava ali para escutá-lo e sentei no telhado. Ele olhou nos olhos, coisa que não costumava fazer com adultos. Pergunto o que ele pensou que eu faria. “Me pegar”. Para que eu lhe pegaria? Deu de ombros. Falou: “Queriam pegar eu!”. Quem? “Todo mundo!” Quem seria todo mundo? Depois de um silêncio, ele perguntou se eu não contaria para ninguém. Respondi que, se algo precisasse ser contado à alguém, seria ele quem o faria, se assim decidisse. Falou-me do “cara” que morava com a mãe, e do quanto estes lhe “pegavam”, batiam “pegando onde pegasse”. Então, ele fugia para se proteger, o que às vezes não adiantava, pois batiam depois. Dizia que, às vezes, não sabia porque batiam, mas que alguma coisa ele teria feito de errado.

Dizia que não sabia para onde ir. Combinamos que quando quisesse, inclusive quando tivesse medo de ser pego, mealaria sobre isso. Ele virou a cabeça de lado, me olhou demoradamente e perguntou “o quê” eu era. “Sou a psicóloga do Centro”, respondi. “Qui é pepsicólica?” perguntou ele, curioso. “Alguém que escuta quando alguém precisa conversar sobre a vida”. “Sobre a morte também?” “Sim, faz parte da vida”. “Meu pai morreu. Outro dia te conto. Posso descer pro lanche? Aqui é meio alto, né? Melhor descer com cuidado. Tu é muito grande e gorda para subir aqui, viu?” “Dá próxima vez, você vai à minha sala, então.” Cláudio voltou muitas vezes, para falar do seu medo de ser pego, das suas estratégias para fugir das agressões do padrasto e da mãe. E de como foi aprendendo a manifestar-se e solicitar interferência de vizinhos.

Sua mãe foi encaminhada pelo CT para o programa NASF, por denúncia de “algum vizinho”. No início não queria vir, achava perda de tempo esse negócio de conversar muito que não resolve nada. Mas, conheceu pessoas que também tinham

dificuldades com os filhos e a bebida dos maridos. Relatou que não tentava mais falar quando ele estava bêbado. Mas, no outro dia, quando estava “de cara”, “conversava a sério”. Um dia fechou a porta. “Ele só entra sem bebida!” A mãe do menino falava no grupo que não sabia “como lidar com o Cláudio”, que só ouvia o pai. Achava que o filho a culpava por ter mandado o pai embora. Cláudio não o viu mais depois que este saiu da casa. Um dia ficaram sabendo de sua morte.

Cláudio falava da saudade do pai, da culpa que sentia por este ter ido embora. Teria feito alguma coisa errada? Depois da notícia da morte do pai, com causa não esclarecida, passou a ter dificuldades na escola. Cláudio vinha falar por sua própria conta. Então, um dia me disse que não viria mais conversar porque precisa treinar para o campeonato. Ia jogar no time do Centro (interclubes amador mirim) e precisa treinar bastante. Elegeu o professor da escolhinha de futebol para seu confidente em “assuntos de homem”. Tinha uma guria nova no SASE...

4.1.2 O caminho do pai

O caso de Diogo foi encaminhado “já sem nenhuma esperança”, disse o conselheiro³³. “Aquela mulher é impossível. Já perdemos a conta do número de vezes que encaminhamos para atendimento (em saúde mental na unidade de saúde de referência). Ela grita. Me ameaçou, diz que vai mandar me matar se eu tentar me meter de novo”. O menino mais velho, 10 anos, já havia sido abrigado várias vezes e fugia. Voltava para casa e fugia para a rua, “já tá metido com uma gurizada da pesada. O menor (5 anos), vai seguir o mesmo caminho, vou encaminhar para o

³³ Caso encaminhado, em reunião de discussão de casos com o Conselho Tutelar, quando trabalhava como psicóloga no Núcleo de Apoio Sócio-Familiar.

Ministério Público. Não dá mais! Tentem conversar com ela, mas não acredito mais... E não sabemos o que fazer. O guri, a gente tem que dar um jeito”.

A Kombi nos deixou na entrada da “invasão”³⁴, dali em diante só a pé. Vamos perguntando pelo caminho. Karina mudou-se. A colega assistente social cumprimenta conhecidos e obtém a referência da casa do irmão de Karina que encontramos fechada. A vizinha nos diz que é melhor nem tentar com ele, “não quer saber da irmã, [...] ninguém quer mais saber, agride todo mundo, não se dá com ninguém, acha que tá todo mundo contra ela. Não sei como vive daquele jeito!”

Quase uma hora depois de caminhada encontramos a casa descrita. Sobre um charco havia um pequeno chalé de madeira que já teria sido azul e erguia-se sob pilastras de tora finas de madeira dando um aspecto frágil à casa com uma porta e uma janela brancas. Havia tábuas de madeira equilibradas em pequenos moirões compondo um estreito caminho até a escada onde faltam degraus. Dentro da casa faltavam tábuas no assoalho e na fenda no meio da peça, pela qual se podia observar o charco embaixo, poderia passar uma criança pequena. “O que tu queres aqui?” Karina dirigiu-se a minha colega pelo nome. “Eu já sei que tu anda perguntando por mim por aí, não quero nada daquele centro de merda, eu me viro sozinha, não pedi nada e não quero ninguém atrás de mim. Tu acha que eu não sei que tu é a assistente social de lá? A Marisa, aquela puta da minha irmã, fala em ti”. Identificamos então sua família, que não havia falado nela, até então. “Minha mãe nunca aceitou meu companheiro”. Ele teria ameaçado de morte o irmão de Karina num desentendimento. “Agora está morto. Apagaram ele, foi vingança, ele ocupou muito espaço e fez muito inimigo”. Minha colega perguntou por Diogo ao que Karina respondeu que ele não era mais seu filho. Não obedecia mais e estaria seguindo o

³⁴ Invasão é como são chamadas as áreas verdes não regularizadas para moradia, ou em terrenos particulares abandonados, onde as pessoas constroem casas “irregulares” que, em geral, possuem vielas estreitas ou becos como passagem de acesso entre as casas.

mesmo caminho do pai. “Já anda até com arma”. Mas que o José, seu filho mais novo, ninguém tiraria dela, e ameaçava que, caso o tentassem, ela poderia até “matar um”.

Falei dos encaminhamentos do menino para o SASE e dela para participação do grupo de famílias no Centro. Desqualificou todas as mulheres que iam, embora de fato não as conhecesse. Iniciou-se assim uma série de visitas e convites para que fosse ao atendimento ao centro. Dizia que não levaria o guri para centro nenhum e sim que “mataria a pau” quando aparecesse. Disse-lhe que não o faria e que o levaria sim ao centro. Ela vociferou e ameaçou. Com toda a calma, disse-lhe que estaria a esperando para conversarmos.

Chamou a nossa atenção que, entre todas as xingações e palavrões de vasto repertório que entremeava suas histórias, contava sonhos perdidos de ter uma casa “direita” com “seu homem” ao seu lado. “E agora está morto”. Pensava que o próprio irmão poderia ter “entregado” o marido. Foi falando e xingando. Mas, quando disse, “nem tentem voltar aqui de novo”, parecia que pedia para que a gente voltasse logo. Voltamos, muitas vezes. Até que aparece no centro e iniciam-se os atendimentos individuais, nos quais fala das inúmeras perdas que teve. “As pessoas que só convivem bem com você, quando você está bem e tem algo para dar”. Fala do afastamento dos familiares e dos amigos.

Karina passou a freqüentar também um atendimento de saúde mental na modalidade de hospital-dia e, posteriormente, os grupos de família, de forma esporádica. José ingressou no SASE, embora ainda não tivesse atingido a idade prevista para ingresso, já estava apresentando situações eventuais de rua. Ele tornou-se assíduo e muito participativo, relacionando-se bem com os primos que também participavam das atividades. Diogo não retornou para casa. Chegou a visitar

o SASE (melhor seria dizer: visitar o irmão) esporadicamente, mas acabava retornando ao atendimento social de rua na região central da cidade.

Este caso tinha quatro pareceres, dos locais de atendimento de saúde mental da região, que indicavam a falta de demanda para atendimento. Para estes locais, parece que a identificação da demanda parte do movimento de deslocamento da pessoa para o local de atendimento. Sobre estes ditos "des-enquadres" de atendimento, Broide (2000) nos exemplifica que o atendimento de uma família pode se dar em um banheiro público ou no meio da praça. Em sua experiência com grupos ele cria, no espaço da rua, o enquadre de dia e horário, mas o local é aquele que for possível.

4.2 Um excesso de privação

Há ainda algo a dizer desta condição de vida denominada miséria absoluta. O próprio termo "absoluto" já nos diz sobre esse excesso de real colocado. Sabemos que não são as condições objetivas, da dita realidade observável, que determinam uma estruturação subjetiva. Mas, se nos reportamos ao muito que já foi pesquisado sobre as condições relacionadas à maternagem, vamos lembrar que em situações de luto, perdas significativas, ou traumáticas como a guerra, este contexto, dependendo do sentido que está colocado para a mãe, pode dificultar o exercício das funções parentais, especialmente a função materna.

Se há um "satisfazer" o filho em jogo, algumas impossibilidades têm efeitos. Das muitas configurações familiares, a criança estar no lugar de tudo o que resta, como ouvimos de alguns pais - "este é meu e ninguém pode me tirar" - também evoca uma posição objetalizada na qual este filho pode estar colocado.

No jogo mãe-bebê, acalmar o choro tem um efeito importante para a mãe. Muitas vezes ouvimos os relatos de situações³⁵ em que se deram atos de extrema violência em relação a bebês ou crianças muito pequenas, por não suportar o choro, “aquele choro não parava, não sei o que me deu, enlouqueci!”; ou “ele não parava de chorar, eu fiz de tudo e nada adiantava, ele jogou (o bebê) contra a parede”. Frequentemente também se associa à incapacidade de prover, alimento, “mamã”, “meu leite é fraco”, “eu não tinha o que dar de comer, dava água com açúcar, dei até água com papelão”. “Achei aqueles ossos, recém tinham sido postos fora, fiz uma sopa, foi o que acalmou”. “Às vezes bate um desespero de chegar em casa sem nada, não tenho nada para dar de comer”.

Lembramos o que tem sido chamado de “resiliência”, esta capacidade de suportar condições de grande adversidade. É preciso, no entanto, levar em conta quando uma “insuportabilidade” está ligada a um amortecimento, há um não sentir. Pode-se pensar em algumas relações com este “não sentir”, quando é dito que “não dá pra parar pra pensar, se não você enlouquece”, “sonhar? Não dá pra sonhar, se não se liga, morre!”, “sonhos não enchem barriga, moça!”³⁶

O discurso desvitalizado, desinvestido de potencialidades dá lugar a uma restrição de recursos simbólicos para o sujeito. Um excesso de real, de não dito, um “embrutecimento”, muitas vezes associado à dor e ao sofrimento, de certa forma recalçado ou nem chegando e ser nomeado. Como se ficasse ao nível da impressão, da percepção sensorial não entrando no âmbito do discurso, numa cadeia significativa, num registro de significação possível. Neste ponto, pensamos que é também para quem se propõe à escuta do sujeito, que pode escapar o acesso

³⁵ Recortes do trabalho como psicóloga em instituição de abrigagem e em centro comunitário, no acompanhamento de casos com medidas aplicadas pelo Conselho Tutelar, em realização de atendimentos individuais, familiares e em visitas domiciliares.

³⁶ Verbalizações de adolescentes em cumprimento de medidas sócio-educativas de internação, alguns já tendo filhos para criar, quando trabalhamos em assessoria técnica na antiga FEBEM/RS.

à simbolização, no discurso do horrível, do impossível, do difícil de lidar. “Não sei como conseguem viver”, diz-se comumente; este impacto que é como “um choque de realidade”, em um trabalho dito que “não é para qualquer um”.

No excesso de frustração/privação também há uma relação com este amortecimento, na drogadição pesada, com a não procura de atendimento médico em caso de mal estar ou doença, na descontinuidade de procedimentos terapêuticos após atendimentos de emergência, como curativos e higienização, que vai além da falta de recurso econômico para o material ou a falta de água corrente. É como uma desistência que se salienta, como pulsão de morte. O abandono de tratamento e proteção nas situações de HIV, que traz uma sentença de morte sem sentido, pois a sentença parece já dada anteriormente: “não vou viver até lá mesmo”, é um exemplo das expressões que ouvimos repetidamente no atendimento de jovens e adultos. O alcoolismo, como anestésico físico ou das emoções, já vem na cultura de longa data. Mas, ainda há quem estranhe de que a pessoa que “não tem nem onde cair morta e ainda bebe”, quando, por outro lado, aí mesmo é que bebe.

As dificuldades no estabelecimento do jogo pulsional de algumas mães com seus bebês podem estar relacionadas às condições vividas por estas. Não pelas condições materiais em si, mas pelo que subjetivamente pode representar como desamparo estas condições. Dificuldades apontadas na literatura, sobre as relações entre a mãe e o bebê, por autores como Bowlby (1988) e Winnicott (1987).

Mas, o que acontece em algumas situações de denúncia de maus-tratos de crianças com dificuldades severas? Eventualmente surgem situações de denúncia de crianças criadas confinadas dentro da casa, ou até presas como um animal doméstico no pátio em uma árvore ou numa espécie de “chiqueirinho”. Difícilmente existe acesso ao tratamento precoce e o dilema é buscar o sustento ou levar a

criança a um atendimento. Em geral, há uma certa padronização que está muito distante da realidade do contexto de vida destas pessoas. Então, ou o técnico/terapeuta ignora esta condição da família e faz indicações inviáveis, ou se horroriza a tal ponto que acha que não há nada o que fazer. Este “muro” entre cultura e valores distintos tem efeitos de obturação da escuta do sujeito. Até mesmo de quem já tem um percurso considerável, pois atinge o próprio trabalhador aí implicado. As verbalizações de “não tem demanda”, “é caso para x ou y”, e a dificuldade de tomar para si a escuta destes casos precisa também ser escutada.

Uma demanda de supervisão, que é tão preciosa ao campo Psi, na instituição é tão difícil de argumentar a sua necessidade, quando a diferenciamos do controle e da fiscalização! Constantemente se coloca um sentido de frustração, um encontro com a castração, o limite do caso. Mas, também há uma distância muito grande entre as idealizações e as possibilidades de trabalho. Este excesso de realidade, o desconforto, a sujeira, o cheiro, o risco estão constantemente presentes demais. Parece que quem vive aí se acostuma, ou não conhece outra forma de vida, ou já desistiu de tentar buscar alguma coisa. Para quem vai e vem, entre estes dois mundos tão distantes quanto à distribuição de renda, não há como não se inquietar. Às vezes, não é mesmo possível suportar. Não se trata apenas do reconhecimento das diferenças, é do campo dos valores, do direito, daquilo que é justo ou não, que se põe em causa. É da condição humana, do campo da cidadania que os assistentes sociais, psicólogos, educadores, etc., se vêem convocados a responder. Uma transformação interessante quanto resulta em maior participação da pessoa nos espaços de organização social da cidade. Mas um problema quando paralisa o olhar, a ação, a escuta.

Sabe-se que, para a desnutrição, o melhor remédio é uma boa nutrição. São coisas muito óbvias, às vezes, mas de um acesso impressionantemente difícil e numa extensão muito grande. Os assistentes sociais sabem bem que os recursos materiais são sempre insuficientes para o tamanho da necessidade. E o que já foi idealizado como solução parcial, compensatória, como os programas de renda mínima do primeiro mundo, já não são também suficientes.

É fato, que para situações emergenciais e eventuais de crise, como calamidades, sinistros, enfermidades incapacitantes ou desemprego, este recurso financeiro cumpre a função de resguardar a não entrada ou permanência numa situação de insustentável excesso de privação. Mas, para situações onde a repetição do descaso, descrédito, da impotência paralisante se impõe, ou nos casos onde a dor e o sofrimento tomam a dimensão de condição relacional, sem que haja uma busca de saída para esta condição, é neste lugar que a assistência se coloca como mediação.

É importante ressaltarmos que se estabeleceu um campo de lutas dicotômico entre o serviço social de concepção materialista dialética, com um ideal comunitário transformador, em contraposição ao serviço social clínico (Eyer de Araujo, 1982) de origem, principalmente norte-americana, numa concepção individualista, onde o indivíduo é pessoalmente responsável pela sua desadaptação ao sistema, sem que se questione a lógica deste sistema vigente. Associou-se, a este movimento de oposição a uma concepção política de organização social, a resistência de grande parte do corpo funcional nas mudanças de atuação institucionais. Sob o nome da clínica, num apelo ao *setting* adequado, profissionais se negavam a atender determinados casos, por não atenderem a certas regras de conduta, como a responder a agendas inviabilizadoras, em condições distantes da realidade como

obrigatoriedade de banho, ou negativa de atendimento pelo uso de palavrões por parte de adolescentes. Motivos para negar o atendimento, sem discussão de caso.

Associa-se a isso também o dilema entre saúde e assistência social, na discussão entre o olhar para a doença rotulante e o resgate da condição de cidadania e acesso a bens e serviços. O serviço social separa-se da saúde, onde era considerado acessório, auxiliar à prescrição médica, para constituir-se e afirmar-se como política pública de garantia de direitos, questionando inclusive algumas prescrições médicas.

Infelizmente, o termo “clínica” fica no meio destas mazelas, como "*non grato*". Mazelas não tão simples quando associadas às funções que a “saúde” se eximiu pela condição desconfortável da pobreza e da miséria, como ao atendimento médico de um morador de rua encaminhado para abrigo ao invés de internação hospitalar de emergência³⁷. Situação que resultou em agravamento de quadro clínico e morte, inclusive, pelo dispêndio do tempo de passagem pelo abrigo e a descoberta, no banho, de processo hemorrágico interno que um exame clínico minucioso teria identificado, talvez a tempo de tratá-lo. Importantes ao se considerar também rotulações discriminatórias, que só serviram para um sujeito identificar-se com o nome de sua doença e fechar as portas de acesso a escolas ou postos de emprego.

4.2.1 Madalena

Chegou ao serviço de Atendimento à Comunidade uma solicitação de avaliação de caso, pela via gerencial do Centro de Comunidade, em função de uma

³⁷ Relato colhido no contexto de trabalho como profissional de psicologia, inserida em serviço de abordagem de rua.

denúncia ocorrida na reunião de CRAS (Comissão Regional de Assistência Social - instância do controle social da execução desta política naquela época). A denúncia era de concessão indevida do benefício da cesta básica para uma usuária que estaria utilizando o benefício para obtenção de drogas. O Atendimento à Comunidade era composto por uma assistente social e, às vezes, também por uma estagiária de serviço social. A colega assistente social solicita a participação de profissional de psicologia³⁸, que não tem carga horária prevista no quadro básico de lotação (QBL) de recursos humanos para este programa, portanto, às avessas do que seria “o determinado institucionalmente”. Este fato gerou questionamentos da supervisão institucional pela participação “indevida” que, no entanto foi respaldada pela gerência do Centro. Segue, então, o registro de memória do caso:

Enfim, encontramos a casa. Casa de material sem reboco por fora e porta sustentada por apenas uma dobradiça superior enferrujada. Madalena é chamada pela vizinha enquanto nos dirigimos à porta. Nos recebe fora da casa com uma camiseta de malha esgarçada e tão puída que tem várias aberturas deixando à mostra seu corpo negro. Não convida a entrar. A Assistente Social pergunta se poderíamos entrar para conversar. “Não poderia ser aqui? A casa não está arrumada, está suja”. A vizinha ressalta que a casa está sempre suja e que “esta mulher não tem cura”. Madalena se cala, baixa a cabeça olhando para o chão. Como a vizinha segue falando e fazendo perguntas que sequer esperam respostas, minha colega diz: “Viemos conversar contigo e não com os vizinhos”.

A janela da vizinha está nas minhas costas, ao meu lado a colega e a parede da outra casa, ficamos meio de lado para que possamos caber no espaço restrito, uma espécie de corredor que leva ao beco que leva à viela, que, enfim leva à rua da

³⁸ Registro de atendimento realizado no contexto de trabalho como profissional de psicologia, em Centro de Comunidade, inserida nos programas NASF e SASE.

vila, e de onde ninguém supõe a existência deste buraco. O esgoto corre a céu aberto e para não pisar nele é preciso caminhar sobre uma estreita tábua podre no chão. Não há como acessar a casa de Madalena de outra forma.

Meus olhos costumam a se acostumar com o escuro da casa, sem rede elétrica, sem água, sem janela, com alguma tinta antiga toda manchada sobre o reboco interno. Não é possível fechar a porta, pois é pouco o ar que entra pela fresta entre os pedaços de Brasilite sustentados pelas ripas de madeira escoradas nas paredes. O interior da casa é ocupado por um pedaço de espuma maior que a cama de ferro encostada na parede dos fundos e da direita no sentido lateral à porta. Há uma mistura de trapos e roupas emboladas e sujas sobre a cama. Entre os pés da cama e a parede da esquerda, dois caixotes de frutas vazios e sobrepostos têm restos que indicam ser a despensa de alimentos. Minha colega fica em pé espremida entre a cama e a parede da entrada e eu sento na cama para poder encostar a porta e resguardar alguma privacidade diante da curiosidade da vizinhança.

O pedaço de espuma fina e mole, que faz às vezes de colchão, está úmido. Os pedaços de telhas não têm vedação e há goteiras. O cheiro acre-doce e azedo que recende, mistura de odores de corpo sem banho com a umidade e o mofo, é estonteante e denuncia a falta de ventilação da peça e a inexistência de instalações sanitárias.

Diante da pergunta sobre o que pode ser escutado aí, muitas vezes ficou o silêncio. Madalena, por exemplo, não aparecia. Reafirmamos, em outras visitas, que a estávamos esperando. Diante da negativa de ficha de atendimento, por ausência de benefícios, pelo “administrativo” na recepção do serviço, Madalena diz que “só” quer falar e consegue a entrevista. O marco, do início do trabalho clínico, se deu

antes da visita domiciliar quando a colega disse que havia “algo mortal” no caso, que ela não conseguia escutar. Já havia escutado, então.

Madalena traz inicialmente como enigma “o que vocês querem de mim?” Na lembrança da primeira visita, repete a fala da vizinha “Essa puta vagabunda não vale nada! Perguntem o que fez com a cesta básica!”. Perguntamos pela vida. Madalena fala da desistência da vida, de um caminho para uma morte certa, diagnosticada (HIV positivo). Lembra a mãe dizer “Vai morrer puta!” Decreto no flagrante do ato sexual com o padrasto aos 12 anos, quando a mãe a pôs para fora de casa, permanecendo com o companheiro.

Madalena se suporta na colega Assistente Social para as indicações de possibilidades. No atendimento, vem falar dos abandonos e das perdas. Revolta-se com a própria submissão e passa a retrucar ofensas.

Madalena constrói uma suposição de que o pai seria como um dos professores de educação física do Centro de Comunidade, pela referência de imagem que uma vizinha de sua mãe lhe fizera. Este colega era responsável pelas oficinas de ginástica abertas à comunidade e para o NASF, atividades recreativas e esportivas do SASE e atividades físicas e recreativas do Grupo de Idosos. Era reconhecido por disponibilizar-se a atender e incluir nos grupos “essa gente fedorenta e maltrapilha”, na expressão utilizada por algumas pessoas da comunidade próxima ao Centro. O colega incentivou Madalena a participar ensinando as idosas a dançar samba, o que fez muito bem.

Madalena não permitiu mais que qualquer um a usasse de qualquer forma. Avisava que agora tinha limites e cobrava, contratava o uso do preservativo. Reivindicava espaços, participou da oficina de geração de renda, e retornou a estudar.

Talvez o que tenha se deslocado neste caso foi uma colagem ao discurso materno de “morrer puta” para ser uma “puta mulher da vida”, exclamação na conquista do primeiro emprego numa empresa de supermercados e na despedida da Assistência.

Por acaso, encontramos notícias de Madalena. Trabalha com mulheres prostitutas. Retornou para a Assistência Social? Um retorno, a partir de um outro lugar, deslocou o “arrependida” para atuar na vida.

4.3 Calamidade das águas

M. era uma mulher de uns 30 anos. Não conseguia beber água. Os momentos de angústia estavam expressos no remexer das mãos, como se as estivesse lavando. Pouco permanecia em ambientes coletivos. Estava quase sempre no quarto, às vezes andando de um lado a outro, sem paradeiro. A crise se deu após uma enchente que inundou sua casa. M. perdera todos os seus pertences. O acompanhamento foi indicado para que M. realizasse os hábitos de vida diários e interagisse participando das atividades coletivas.

M. quase não falava, ouviam-se alguns suspiros, algumas onomatopéias ao acaso, parecendo escapar de si mesma para ninguém. Às vezes, respondia que sim ou não com a cabeça a uma pergunta direta. Não olhava nos olhos. Quase sempre com a cabeça baixa, nos momentos que a erguia tinha o olhar distante e arregalado. Caminhava aparentemente sem rumo, um ir e vir para nenhum lugar. Comia pouco e com muita lentidão, depois da insistência de alguém para que se alimentasse. Aparentemente não demonstrava interesse pelos outros, distanciando-se de qualquer agitação ou conversas.

Encontrei M. numa manhã balançando-se sobre a cama, para frente e para trás, com os braços sobrepostos sobre o peito, segurando-se.³⁹ Respiração rápida, parecia tentar e não conseguir falar pelo movimento da boca. Perguntei-lhe o que lhe ocorria e ela repetiu “o sonho, o sonho”. Perguntei-lhe como fora o sonho? “As águas, as águas”. Outra pessoa que entrara no quarto disse que não havia mais enchente, que já havia passado, que era melhor não ficar pensando nisso e ir tomar café, saindo do quarto em seguida.

M. balançava-se, então, com mais vigor. Perguntei-lhe se queria falar mais sobre o sonho e M. disse telegraficamente que a água vinha, muito rápido, marrom, não dava para enxergar, embaixo. Perguntei o que embaixo? M. colocou a mão na garganta e disse que havia olhos que a olhavam. Perguntei-lhe de quem seriam e ela disse que tentara segurar a mão. Segue gritando, em desespero, pedindo que alguém ajude. Perguntei-lhe que ajuda era preciso. M. fala que “a” vê. Com os olhos arregalados voltados para baixo e para o lado da cama, continua dizendo que não consegue gritar, que falta a voz, que não consegue segurar a mão e que a água cresceu. Que não consegue alcançar a “peia”⁴⁰ no tronco. Perguntei: então, tu era muito pequena?

M. dirigiu seu olhar para mim, olhou em volta, e começou a falar com frases curtas, porém mais elaboradas, que era ela (M.), que viu a irmã, que a irmã olhava para ela, que tentou segurá-la pela mão, mas não tinha força para puxar. Estendeu a mão apertada e disse que estava escapando. Começou a chorar e dizer que demorou a gritar, não sabia o que fazer. Disse que não dava para ver. Só a água,

³⁹ Atendimento realizado como profissional de psicologia, em estágio de familiarização para residência multiprofissional, em ala de internação aguda de hospital psiquiátrico. Primeiro trabalho que realizei conjuntamente com o serviço social.

⁴⁰ Corda de amarrar o cavalo.

que engolia a irmã. Que não se jogou atrás. E, olhando para cima, lembrou a mãe chegando e gritando desesperada.

Contou que ficou ali sozinha, olhando a água barrenta que subia quando um homem a pegou pelo braço e a tirou dali. Não lembrava quem era o homem. Não sabe para onde foi. Não achava a mãe e quando a encontrou, esta não olhava para ela, não respondia, apenas lhe escorriam lágrimas no rosto com o olhar longe parado. Lembra que brigava, às vezes, com a irmã. Aquele dia, brincavam no barranco abaixo da casa. Foi buscar algo dentro de casa, não lembrou o quê, mas “era de comidinha”. Quando voltou viu a água subindo e chamou a irmã, que escorregou e caiu na água agarrando-se em plantas ribeirinhas. Chegou a segurá-lhe a mão, mas escorregava, não conseguiu segurar. Viu o rosto da irmã, que a “chamava com o olhar”, desaparecer nas águas. Repete que não teve coragem de ir atrás, que não sabia nadar. M. chorou e parou de se balançar.

Dias depois, M. estava sentada em um banco na horta, e disse que tinha sede. Buscou um copo de água e perguntou se poderia molhar as plantas que estavam um pouco murchas. Deu água para as plantas, com o copo. Um gole de água para ela e o restante para as plantas. Outro copo de água, outro gole para ela e outro para as plantas. M. tomou para si o cuidado de regar as plantas e passou a beber água com elas. No outro dia tomou o café no refeitório com outras pessoas. Dizia que “não é o barro, é café com leite”. Começa a puxar conversa sobre plantas e a falar sobre a enchente que levou sua casa.

Quando M. foi trazida pela brigada militar, após uma enchente, não havia nenhuma identificação ou informações sobre familiares. Perdera a sua casa com todos os pertences. O trabalho conjunto com a assistente social iniciou na busca de

referências na comunidade. Em vão. Era moradora recente e não tinha proximidade com ninguém dali. Sabiam apenas que ela havia adquirido a casa.

É através de suas lembranças que surgem pistas de possíveis referentes. Pistas que a colega assistente social foi investigando. Às vezes, trata-se de detalhes do pano de fundo da cena narrada, como a visão de uma praça com tal ou qual característica peculiar. M. começa a lembrar da adolescência e o nome de uma tia. Segue falando com a colega em uma narrativa própria na qual resgata lembranças de localidades e pessoas. A partir disto, a tia de M. foi encontrada numa cidade do interior, responsabilizou-se pelos seus cuidados e pela continuidade do tratamento lá. A história de M. foi se recontando por ela, pela tia e pela busca da assistente social.

M. tinha sete anos e sua irmã cinco quando, numa enchente, o riacho que corria abaixo da casa subiu repentinamente e sua irmã foi levada pelas águas. O corpo nunca foi encontrado. A mãe de M. não conseguiu mais cuidar da filha que foi levada pelo pai para a casa de uma irmã deste.

M. dizia que não lembrava nada da infância antes de morar com a tia, apenas do pai a deixando e dizendo que lá poderia estudar. Teve dificuldade de aprender na escola, mal conseguindo se alfabetizar. Cedo começou a trabalhar em “casa de família”, um casal de idosos sem filhos onde permaneceu até ambos falecerem. Passou, a fazer faxinas em diversas casas e é então que começam as crises de angústia, quando havia na casa alguma criança pequena, o que ela passou a evitar. Sentia medo de que “pudesse acontecer alguma coisa” e ela “não saber o que fazer”.

Teve dois relacionamentos que não se sustentaram, segundo ela, pela insistência dos homens de terem filhos, o que ela não queria. Atribuiu a isso terem encontrado outras mulheres.

Acha que nunca mais foi falado sobre esta irmã morta, pois os filhos eram contados como sendo três. Então, era como se a irmã que morreu não tivesse existido. M. lembra que era responsável por cuidar da irmã mais nova.

Soube-se depois que esta tia tinha uma horta na casa e que M. começou a regar e cuidar da horta. Passou a trabalhar com os primos e morar numa casa de uma peça independente no terreno. Participando de uma cooperativa, voltou a estudar com outros adultos. Enviou um bilhete dizendo gostar de lá porque não tinha valão, nem rio, que era água puxada de poço.

Contardo Calligaris (2007) nos lembra, que nas situações de desespero, de morte, do sofrimento de alguém, no primeiro momento, não se trata de consolar, ou tentar minimizar a situação, mas de reconhecer a dor do outro, na intensidade do sofrimento que é para aquela pessoa. Basicamente se trata de acompanhar, dar suporte no reconhecimento da singularidade.

No caso de M., as tentativas de tranquilização pela afirmação de que o risco já havia passado ou de que ela estava em um lugar protegido não surtiam outro efeito a não ser de aumento dos gestos repetidos. Para ela, a situação vivenciada desencadeia uma crise importante na qual não consegue mais dar seqüência sequer aos cuidados pertinentes à manutenção da vida como a alimentação, nem solicitar ajuda para tal. M. abandona-se e evita o contato com outros, dos quais qualquer demanda causa ansiedade. Uma evitação que passa pelo não olhar. Mas, contraditoriamente, se dá a ver, e aceita a ajuda oferecida.

À primeira vista, o evento traumático da enchente atual, que leva a casa, reatualiza o trauma infantil da enchente que leva a irmã. É o encontro com o real, com a morte da irmã. No apagamento da memória, o conteúdo reprimido faz sintoma, retorna na lavagem das mãos que escorregam com o barro, na impossibilidade de beber água pela sensação de se afogar, no mutismo da história que não pode ser contada, no não olhar da mãe.

No sonho, reencontramos fragmentos do evento traumático que, na repetição, apaga a noção de tempo, presentificando o olhar. O que nos chama a atenção é a série que se instala, no significante olhar: não olhar, não poder enxergar, o olhar que olha (da irmã) interpretado como apelo, o “chamado” com o olhar (ir atrás, deixar-se levar), o olhar que não olha (da mãe).

Na narrativa do sonho, reencontra um olhar capturante e parece que se distancia um tempo passado e presente a partir do qual passou a buscar os outros pelo olhar. Quando fala da horta e das plantas para alguém que não está olhando pergunta se está ouvindo. Diz não saber se “fulano” a ouve, pois não olha para ela. A mãe a ignorava ou não a ouvia?

Cabe assinalar que o elemento que indica a passagem do tempo (era pequena) é não alcançar a “peia”, que tanto comporta a indicação de amarra como descida segura (diz-se apeia do cavalo e o amarra com a peia).

Olhar/lembrar o desespero da mãe relaciona “não se jogar atrás”, como culpa: brigava com a irmã / não a salvou e como desamparo desespero/abandono. A mãe não a olha e nada lhe fala. Não se trata de uma recusa, mas do silêncio do olhar para o nada que ignora, indiferente que esteja viva ou morta.

Diante disso, o que faz com que M. siga a sua vida até a segunda situação de enchente, razoavelmente bem? Não sabemos de sua história de vida anterior, entre

as duas enchentes. A própria M. é quem fala destes referentes onde ela se agarra. O pai, ainda que lhe dê para ser criada por outra pessoa, o faz para a sua irmã, em quem confia, e onde ela “poderá estudar e ser grande”. Há nesta fala do pai uma marca que suporta um porvir promissor. Mas, os problemas de aprendizagem vêm a reboque do silêncio familiar na relação de não poder falar/lembrar/saber..

A tia era referida como quem “olhava por” ela e também uma referência do lado do pai. A referência ao casal na “casa de família”, é de que era “protegida” por eles. Refere que depois que morreram, “ficou sem pai nem mãe”.

Mas, é no reencontro com a posição de “cuidar de criança”, fosse no trabalho ou em casa, que começam as crises de angústia, contornadas pela troca de local de trabalho e pelo término de um relacionamento.

É na repetição da água barrenta que vem rápido e leva o que é seu que se dá o reencontro com o real, com a morte. A perda, que não constitui falta, é um todo vazio, não deseja nada, indiferente, nada ressignifica, sem palavras, sem luto, para a mãe deixa de existir tanto a viva como a morta, sem diferença, é aí que M. e a irmã se encontram no espelho, se confundem. Mas, tentando se agarrar na referência da peia, ela não se deixa levar pelo “olhar que chama”, que não é o da irmã, mas do espelho refletido sem diferença. E é no apelo do olhar que faz uma diferença do olhar paralisado da mãe, que entra em estado catatônico, uma morte subjetiva que não suporta perder, separar-se.

M., no entanto, evita o olhar, porque ainda que este lhe cause horror, a chame para junto na morte, ela resiste, sobrevive. E se suporta nos outros em que encontra no semblante diferença, que abre possibilidades. Ir de volta para o interior com a tia paterna permite reencontrar um lugar de reconhecimento pelo saber fazer com o

trabalho. Pode ouvir falar sobre sua história de vida e a da morte da irmã, história que as separa.

Um luto que permite reconstruir a sua casa e exercitar-se a cuidar de sementes.

4.3.1 Despertar traumático

Cathy Caruth (2000) inicia seu texto sobre o despertar traumático lembrando uma definição genérica de trauma “como a resposta a um evento ou eventos violentos inesperados ou arrebatadores, que não são inteiramente compreendidos quando acontecem, mas retornam mais tarde em flash-backs, pesadelos e outros fenômenos repetitivos” (CARUTH, 2000, p. 111). Salaria que comportam um enigma fundamental no que diz respeito à realidade psíquica. As condições de imediatez, visão da cena e possibilidades ou não de representação da experiência podem criar um lapso de tempo, um atraso, diz ela, que com a incompreensão ressurge na repetição. O processo de “lembrar, repetir e elaborar” (FREUD [1914], 1996), poderia nos indicar três tempos necessários a uma via de elucidação ou ressignificação do trauma?

Caruth discorre sobre a vinculação da teoria dos sonhos à questão da realidade externa, da morte, da catástrofe e da perda trabalhada em Freud (FREUD [1900], 1996) na narrativa de um sonho. Questão que Lacan retomará em seu Seminário (1990). A autora, baseando-se na discussão dos dois autores, propõe que é no paradoxal do acordar pelo próprio sonho que se expande o sentido traumático, um paradoxo na necessidade e na impossibilidade do confronto com a morte, considerando-se o texto do sonho como sendo em si mesmo o lugar do trauma.

Apona uma dimensão do trauma temporal como um experienciar tardio, a separação de uma memória traumática da consciência, como a dissociação na histeria.

Seguindo ainda o caminho investigativo dos dois autores - Freud e Lacan -, Caruth considera que o trauma que o sonho reatualiza é uma “modalidade de experiência determinada pela estrutura impossível da resposta” (p. 121), no caso, a responsabilidade de vida, no encontro com a morte do outro, na sobrevivência do sonhador vinculada à morte que ele não testemunha. “O encontro com o real não pode simplesmente ser localizado dentro ou fora, mas deve ser localizado no momento da transição entre os dois, no movimento de um para o outro” (p. 124). Na realidade psíquica, não se trata apenas de “uma questão de ver ou saber a natureza de eventos empíricos”, ou como a experiência foi ou não compreendida, mas da relação de lugar em que o sujeito se situa em relação a esta experiência.

Então, é no texto mesmo do sonho, na sua enunciação, que aparece uma repetição de uma “falha” em responder, neste caso, o sonho revela de que forma o sonhador se vê diante do seu desejo da vida do outro e da impossibilidade de resposta ao apelo, “como o encontro com o real estabelecido em torno de uma impossibilidade inerente” (p. 125).

A autora aponta o movimento de trabalho de Freud (1920/1996) sobre a relação da interrupção da consciência diante de um evento irruptivo, antecipado à sua compreensão, e o trauma como o próprio originário da vida, fundamentos da pulsão. Continuando, pela sua leitura de Lacan, como “a história de uma responsabilidade impossível da consciência, em sua própria relação originária com os outros”(p.127). E nos lembra o dilema da “culpa do sobrevivente” em torno da experiência do próprio trauma. A narrativa de Primo Levi (1988), é exemplar:

Uma parte da nossa existência está nas almas de quem se aproxima de nós; por isso, não é humana a experiência de quem viveu dias nos quais o homem foi apenas uma coisa ante os olhos de outro homem (p. 173).

Caruth vai mais adiante. O “acordar” do sonho além da encenação da inevitabilidade, acordar para viver, “suportar o imperativo de sobreviver”, mas como aquele que pode dizer de sua condição de sobrevivente, a repetição da cena traumática porta então uma diferença, não é um compreender, mas uma transmissão, como um texto, por aquele que o enuncia.

Ai de quem sonha! O instante no qual, ao despertar, retomamos consciência da realidade, é como uma pontada dolorosa. Isso, porém, raras vezes acontece, e os nossos sonhos não duram. Somos apenas uns animais cansados (LEVI, 1988, p. 43).

Não se trata, então, de realidade dos fatos ou de conhecer o evento traumático, mas da possibilidade de falar, neste encontro com o real, pelo reencontro renovado, na bela expressão da autora, “onde as palavras podem cair [...] para acordar, renovadamente, aqueles que escutam as palavras” (CARUTH, 2000, p.130).

Caruth chama a atenção para o que está indicado no texto de Lacan: que a psicanálise transmite a função do encontro com o real enquanto perdido. A transmissão como “um imperativo para acordar”, entre a “repetição traumática e o fardo ético da sobrevivência” (p. 131). Poderíamos dizer que o texto do sonho oferece para a leitura, um reencontro com a miragem do objeto que, enquanto perdido, produz a falta, possibilita o despertar, do desejar.

A autora nos traz então uma relação biográfica entre o sonho narrado por Freud sobre o “pai, não vêes que estou queimando”, sua narrativa sobre o jogo do *fort* [ausente] e *da* [aqui], bem como a análise de Lacan sobre este texto freudiano e a teoria do trauma, com o fato de cada um deles serem sobreviventes da morte de

uma filha. Testemunho que Lacan, resgatando a biografia de Freud, faz em seu Seminário e produz “um acordar que envolve menos o passado do que o futuro desconhecido do vínculo entre o pai e a criança” (CARUTH, 2000, p.134). “[..] transmissão do ato de acordar. Abrindo os olhos do outro (e outro futuro) o ver que ele não contém e nem pode conter” (p. 135).

O que a teoria psicanalítica ensina é que não se trata de um conhecimento, ou de situar precisamente onde se encontra o trauma, mas a transmissão da enunciação de palavras, dos significantes, que não são mera repetição, que acordam para o advir.

Percorrer o caminho dos textos, para cada leitor, não levará ao mesmo lugar. O processo de leitura é singular, do qual cada um extrai os elementos de formulação de suas questões, no (re) encontro com a clínica. Mas, antes do texto, o que se transmite é a própria experiência singular de enunciação. Aquela que reconhece um sujeito do discurso representado de um significante a outro. Cadeia significativa que desliza e se sustenta pelo desejo de analista. Transmite a própria escuta, mas é preciso inicialmente que o outro esteja ali para testemunhar.

O processo analítico é o percurso que desemboca na letra. Quando começamos um processo analítico, não temos a palavra, estamos a sua procura. Lá onde estávamos imobilizados nos pontos dolorosos, uma análise pode nos permitir reencontrar a inscrição inconsciente que jazia sob a palavra. Quando a palavra ou a letra advém, diz Pascale Hassoun, numa bela metáfora, é como o vôo de um pássaro que se deixa levar pelo vento, é o pincel que traça uma linha entre o que é pensado, dito e vivido, onde o percurso de um traço faz uma letra. (KOLTAI, 2007, p. 368)

É onde as palavras podem cair, para acordar...

4.4 “E se o outro não estivesse aí?”

Garro (2004) diz que as emergências se apresentam de diversas maneiras, desde as atuações mais espetaculares até o mutismo mais cruel. Denomina de melancolização na neurose quando se observa “uma forte inibição e uma franca perda da condição desejante. O objeto, por não poder perder-se, sombreia o sujeito e o situa na borda da passagem ao ato” (p. 61). O texto que fala no sonho, que bordeja o traumático, pode ser um enunciado em tempo presente.

Cito um texto de Carlos Skliar (2003) “Entre o e se o outro não estivesse aí? e a atenção à diversidade – notas para um esclarecimento tão confuso quanto entranhável”:

Confesso que não fui fiel. Mas que minha infidelidade foi só corporal, territorial e literária; não foi teórica nem muito menos moral. Que, quando leio e releio estas páginas, não posso senão me perguntar onde ficaram os primeiros esboços, rabiscos iniciais, aqueles rascunhos prolixamente ordenados em papéis naturalmente perdidos. Que quanto mais procuro a origem, mais encontro o final. Que me perdi em infinitos livros de areia (p.17).

O autor indaga sobre a temporalidade do outro e sobre a mesmidade que podem desdobrar-se e se decomporem em infinitas questões de diferentes naturezas (disciplinas), sendo que na mesmidade este tempo do outro pode ser

[...] inventado, domesticado, usurpado, ordenado, traduzido e governado a partir das metáforas temporais da repetição, do constante, do cíclico, do linear, do circular. Assim como existe também um tempo do outro que (nos) é irreconhecível, indefinível, inominável, ingovernável. Um tempo do outro que irrompe em nosso tempo e se torna irredutivelmente inesperado (p. 38).

[...] se o outro não estivesse aí, só restaria a vacuidade e a opacidade de nós mesmos, a nossa pura miséria, a própria selvageria que nem ao menos é exótica. Porque o outro já não está aí, senão aqui e em todas as partes: inclusive onde nossa pétrea mesmidade não alcança ver (p. 29).

Um lugar outro de circulação significativa.

CONCLUSÃO

Na conclusão deste trabalho, mais pontos se abrem do que se fecham. A maioria ficou em aberto. Talvez seja até melhor assim. Não havia a pretensão de que fosse um tratado sobre um assunto ou tema delimitado, mas de abrir espaço, de discussão, de leitura, de escrita, de pesquisa e de diálogo. Espaço que permite tomar distância do objeto, perdê-lo, reconhecer que desde sempre era perdido, e por isso mesmo provoca a aventura da procura.

Procuramos tomar alguns recortes em diversos espaços de trabalho institucional, bem como nos atendimentos oferecidos em serviços públicos, e investigar implicações em relação aos seus destinatários. Na interpretação do contexto, consideramos uma realidade discursivamente constituída, para situar alguns de seus possíveis determinantes e efeitos. A realidade psíquica e a construção ficcional na interpretação, a partir da noção de experiência psicanalítica, representada pelo campo dialógico, centrado na linguagem, na interlocução, e em que “não se pretende apenas conhecer determinados objetos” (BIRMAN, 1992, p. 19), mas consideradas como instrumento de acesso à verdade do sujeito do inconsciente, indicadas por Freud na procura da fundamentação da investigação em psicanálise, diferenciando-a da especulação e da filosofia.

Nas discussões sobre efeitos, reformulações e novos rumos do atendimento na assistência social, os casos que emergiram da supervisão de equipe e nas reuniões de fóruns e comissões foram, principalmente, aqueles que reincidem, que retornam já tendo passado por muitos encaminhamentos e atendimentos. Colocam em questão, por um lado, a dita “efetividade” do programa, a indicação do que “demanda” o caso e de qual seria o “melhor” encaminhamento. Às vezes, resultava

em avaliações apressadas da atuação do técnico, associadas ao imperativo “ter que dar conta” e julgamentos de “merecimento” das famílias, onde efetividade e competência surgem ligadas aos ideais sociais.

Por outro lado, alguns casos nos questionam, até que ponto, o ganho secundário do benefício não mantém e até provoca a demanda de atendimento. Na via contrária, algumas famílias com indicação de inclusão, rejeitam o benefício para não ter que ir falar “nas reuniões do programa”. Estratégia de sobrevivência ou de acesso ao atendimento, por um lado, “resistência ao tratamento” por outro, e ganho secundário ao sintoma, por outro. Pedem estudo de caso, pois generalizações não dão conta da singularidade dos casos. O rigor da psicanálise, algumas vezes confundido com uma certa ortodoxia, se faz necessário retomar na essência de sua ética.

Avaliação não é julgamento ou fiscalização. Para a Psicanálise isto parece tão óbvio que não precisaria ser dito. Psicólogos e assistentes sociais que dizem que bolsa ou benefício é uma questão administrativa, salientando que não são fiscais e que isso não é clínica. Mas, o benefício não é “só uma questão burocrática”, tem implicações no atendimento e o fato de ser identificado como um elemento “complicador”, quer dizer que necessita ser escutado, diferente de excluí-lo de ser falado, ou simplesmente transferido para “outro que se encarregue”. Resulta aí que algo em jogo na transferência que seja com a instituição, seja com o governo, como a equipe ou com o próprio técnico fica não dito. E, como intrinsecamente ligado ao motivo de ingresso no atendimento, carrega outra coisa que fica dificultada na escuta.

Considerar que o “benefício” seria sair de uma posição de gozo na repetição do sintoma, e reconhecer-se em sua posição de desejo, pode aparecer dificultado no

“desligamento” do programa. Nas reuniões dos técnicos que atendem as famílias, surgem relatos de dívida ou gratidão, de regressão e dependência, de agressividade e ameaça, como “incompreensíveis”. Para a psicanálise o que não pode ser dito, retorna em ato.

Ainda aqui é preciso assinalar que qualquer interpretação externa ao atendimento, fora da transferência, seria apenas uma cogitação. O sistema de controle social previsto como agente fiscalizador dos programas sociais, neste ponto, costuma emitir julgamentos apressados, sobre o tempo de atendimento ou sua eficácia, pautados nos ideais sociais e na burocratização da relação custo benefício que exclui completamente o sujeito.

Mas, aqui a função da supervisão, como a concebemos no campo Psi, ou mesmo da escuta entre os pares na reunião de equipe, pode ser de grande importância, para desobstruir o que ficou impossibilitado de ser dito.

Se tudo isso pode parecer muito óbvio para a psicanálise, não o é, de maneira alguma, para as políticas públicas e suas instituições. Então, é preciso ser dito que o governo brasileiro, juntamente com os estados e municípios planeja capacitar⁴¹, em 2008, em torno de 15.600 pessoas para trabalhar diretamente com programas sociais, sendo destas, 14.000 técnicos, 1.600 gestores sociais em 630 cidades, através de um empréstimo milionário junto ao BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento). No entanto, objetiva “melhorar a eficácia das ações de fiscalização, diminuindo o número de famílias beneficiadas que não estão dentro dos critérios do Bolsa Família e de outros programas sociais”(PNUD, 2008).

Cada vez mais há um investimento na distribuição de um benefício dependente, pois no próprio caráter fiscalizatório, com aperfeiçoamento no sistema

⁴¹ Fonte: site do PNUD em 07/01/08.

<http://www.pnud.org.br/administracao/reportagens/index.php?id01=2851&lay=apu>
<http://www.pnud.org.br/administracao/reportagens/index.php?id01=2843&lay=apu>

de controle, não se trata de um direito ou de redistribuição de renda. A capacitação perde o sentido da qualificação do atendimento a título de eficácia na fiscalização do Bolsa Família e PETI e do “cumprimento das condicionalidades”. A capacidade de atendimento de famílias por profissional dá lugar à territorialização aumentando em Porto Alegre sua abrangência, mas diminuindo as possibilidades de um atendimento mais freqüente ou intensivo. A focalização no “preventivo” exclui “quem não responde”. Nas reformulações da implantação do SUAS, a supervisão passa a ser espaçada, perde o caráter de acompanhamento dos casos, tornando-se institucional, com foco administrativo e regional na gestão da política.

Retorna como demanda de encaminhamento para as equipes de atendimento o discurso de que saúde mental é na saúde (serviços daquela secretaria) e, inversamente como “neste caso não se sabe o que fazer” das próprias equipes. Aumentam os pedidos de vagas para internação em saúde mental, em especial em dependência de drogas para as fazendas terapêuticas. A maioria delas depende da adesão da pessoa, inclusive ao caráter religioso e não dispõem de equipe de saúde mental. Inicialmente idealizadas como “solução mágica”, já tem inúmeras situações de “fugas”, evasões, e reincidências, recaindo a “culpa” sobre o indivíduo que “não se adapta” ou não “aproveita a chance”. Aumentam também as demandas de avaliação dos casos.

É preciso então reafirmar, mais uma vez, que avaliar uma situação, diferencia-se de verificação de fatos, é dispor-se a escutar, às vezes, para além das palavras faladas, o gesto linguageiro que não cabe em atuação ou *acting out*, mas abre a possibilidade de enunciação. Como no caso de Madalena, não se trata de verificar o que fez com a cesta básica, mas que lugar está colocado para Madalena, em não se

permitir sair do mesmo lugar, e, quando vem, nos diz “Eu só queria falar”... E o que veio dizer não foi sem efeito...

Figueiredo (1997, p. 93) nos alerta para a hipervalorização da palavra “social”, e as velhas oposições indivíduo psicológico *versus* realidade social que favorecem “a resistência à psicanálise por parte dos próprios profissionais”, quando tomada “como uma condição intransponível do sujeito”. Situações muito adversas raramente encontradas no consultório, que são consideradas inviabilizadoras do trabalho analítico sob a chancela da condição social ou de miserabilidade “absoluta”. Considera que, como qualquer terapêutica, “há um limite real do alcance da psicanálise” mas salienta que este “é o final da história e não o seu começo” (p. 94).

Concordamos com ela que a possibilidade analítica de lidar com situações-limite será o oferecimento de uma escuta que possibilite um espaço de enunciação, “tematizar, ressignificar e elaborar sua ‘miséria’, até onde for possível para tomar uma outra posição frente a toda essa desgraça cotidiana”(p. 94). As “Madalenas” da vida nos ensinam isso. Figueiredo ainda nos aponta que, diante das evasões de tratamento, existe “o recurso de um chamado sem repreensão”, um convite ao retorno e que “o resto cabe a ele, seja com que recursos for” (p.94).

A assistência social pode, algumas vezes, ser este recurso, este suporte, antes do retorno no próprio acesso, na busca ativa, “na passagem”, no duplo sentido que comporta de vale-transporte e de travessia de um atendimento a outro, no convite que indica a possibilidade, na dificuldade da vaga, ou ainda *in loco* no oferecimento da escuta. Seja como uma modalidade ativa do método como previu Freud ([1918], s.d., p. 310), seja no acompanhamento terapêutico -AT, como uma clínica em ato, como nos sugere Palombini (2004, p. 78).

Num campo marcado pelo fazer para “dar conta da demanda”, há necessidade de deslocamento deste fazer para a produção de demanda pela escuta do sujeito do desejo e o deslissamento da resistência à psicanálise para a “resiliência” da psicanálise.

Abordar a resiliência no sentido de capacidade de enfrentar o “assustador contato com a tessitura do viver”, segundo a expressão cunhada por Clarice Lispector (ASSIS et. al, 2006, p. 13) resignificando a vulnerabilidade. Resgatar as narrativas de vida como testemunho da experiência abrindo espaços de reconhecimento no social. O que pode ser o melhor efeito terapêutico de um trabalho de grupo, seja com crianças, adultos, famílias, seja na saúde, na assistência social, na educação, no abrigo ou na praça, desde que não se ofereça como lugar (de identificação) para tratar do sintoma e sim como um grupo de trabalho da palavra.

Às vezes, até de forma lúdica, uma palavra metáfora que desloca a série significativa. Existe um dito popular que diz “Não dê o peixe, ensine a pescar!” Mas, como ensinar a pescar? Não basta dizer que se arrume uma linha e um anzol. Não basta dar um caniço com anzol e mostrar a isca. Não adianta um curso e uma apostila. É preciso ir pescar, às vezes, é preciso ir junto. “Ensinar a pescar” é, antes de qualquer coisa, transmitir o gosto pela pescaria, desejar pescar. Falar dos peixes, do seu sabor, conhecer o rio, suas profundidades e correntezas, experimentar lançar-se na pesca, suportar a frustração do retorno do anzol vazio sem isca ou peixe, descobrir que para cada tipo de peixe são necessárias iscas e anzóis diferentes. Saber que quando “o mar não está para peixe” é preciso respeitar o tempo, as condições meteorológicas e persistentemente retornar outro dia. É preciso observar o vento, o sol, a sombra, o calor, os “mocós” dos peixes.

Uma forma metafórica de abordar o labor, entrar em função, como algo que se trilha, seja em grupo de geração de renda ou grupo terapêutico, seja no atendimento clínico, em estudo de caso ou na própria pesquisa em psicanálise. Os peixes são significantes no mar do inconsciente, a transmissão se dá pela via da transferência dos pescadores, o método é a fisgada da interpretação em atenção flutuante. Alguém já disse: pesca-dores.

Ainda há muito a ser pesquisado nesta forma de busca de início de atendimento. É preciso cuidado na leitura dos casos e das transferências que se estabelecem. A “pressa” colocada pela meta de travessia e acesso às políticas públicas, nas falas de encaminhar ou “transferir para a saúde”, pode repetir e reforçar uma resistência ao tratamento. Em especial quando o endereço da “saúde” ainda não tem nome, ou seja, uma discussão prévia do caso com o serviço e, na indicação do profissional que irá acolher, uma transferência de trabalho.

A discussão do encaminhamento, na avaliação psicossocial, deve poder abrir perguntas que diferenciem os casos. Por exemplo, quando um encaminhamento informativo produz a busca do atendimento, às vezes, até com o retorno com uma reclamação de falta de vaga encontrada no local, mas que nos indica uma posição reivindicatória, de um sujeito que o demanda em posição desejante, ou permanece no lugar da queixa. Outra situação, no entanto, é quando, informado da possibilidade, disponível o acesso, ou até encaminhado o atendimento como medida, a posição é de imobilidade, impossibilidade.

São muitas posições que vão se delineando ao longo do caminho. Por exemplo, quando esta posição é de recusa, em oposição, do lado de um não submetimento a algo percebido como imposição “de fora”, seja uma questão defensiva ou persecutória, invasiva do Outro e formula um pedido de “barra” para um

“representante da lei”. Ou ainda, na posição de constante desafio dos limites e da lei, de afrontamento e enfrentamento. Ou ainda de quem seduz e usa o outro para que burle as regras e as normas em seu lugar “saindo-se sempre livre” de responsabilizar-se por seus atos.

Do lado da neurose há uma pressuposição de que há um saber que limita o Outro, efeito de função paterna e, por tanto, possibilidade de eleição de um sujeito suposto ao saber. Diferentemente ocorre do lado da psicose, onde na forclusão do Nome-do-pai, lugar do interdito, no submetimento à linguagem, faz retornar o real, onde a demanda do Outro primordial não é barrada pela castração, quando a falta do referente de enodoamento à cultura, dificultando o enlace ao social, deixa o sujeito como que sem defesa, destituído de qualquer significação, no lugar de puro objeto, em errância (CALLIGARIS, 1989)

Em ambas as estruturas, não é a avaliação fenomenológica das situações, nem os testes padronizados, menos ainda as estatísticas que indicam a condução do caso. É o que se estabelece na relação transferencial e para isso é preciso que o outro, o técnico ou terapeuta, esteja ali, na rua, se necessário.

Não cabe aqui fazer um tratado de psicopatologia ou psicodiagnóstico, mas salientar uma diferença no atendimento quando se leva ou não em conta a singularidade e apontar que a psicanálise pode contribuir na direção desta escuta. O que não quer dizer que os profissionais tenham que se tornar psicanalistas, mas que a ética da psicanálise pode ser norteadora. Faz diferença também que esteja ali um psicanalista e, enquanto tal, a exerça, pois não há nada o que garanta. A possibilidade é o exercício de sua prática. Muitos são os dilemas nas “novas modalidades do método” e não há cartilha. Ou melhor, até há quem pense que sim, mas a história já nos mostrou os seus “destinos tão funestos”.

Então, a possibilidade de construção de uma via de atravessamento nos impasses seja mesmo a possibilidade de falar, de se escutar, seja no retorno ao divã, seja no estudo, na escrita, na pesquisa, ou em tudo isso junto, mas no compartilhamento com seus pares, no laço social.

Continuamos, como Freud (1918) sem a pretensão de haver alcançado um saber concluído, que definisse a capacidade ou os limites de nossa prática, estamos buscando, não preencher lacunas, mas cavar buracos, retirar os “tampões de ouvido”, para que possam advir mais perguntas sobre os rumos da terapêutica psicanalítica neste campo. Então, quais os limites e as possibilidades da psicanálise na assistência social? Os limites são os da castração no encontro com o Real, que nos assujeita à linguagem, e as possibilidades são aquelas que encontramos quando levamos à consequência “não aceder de seu desejo”... E continuar pesquisando em campo. O tempo de pesquisa não deveria ser cronológico, e sim lógico.

Durante todo este percurso procurei saber em que parte da obra de Freud há um relato de atendimento que ele levou a efeito caminhando sob as árvores. Tinha certeza de já ter lido, muitos outros também afirmam com certeza. Algumas pessoas me disseram que leram, não lembravam em que parte. Outras ouviram alguém dizer e indicaram a quem perguntar. Alguém lembrou que era depois do almoço, mas não aonde. Transitei de livros em livros, nas pesquisas do Google, na ferramenta de busca da versão eletrônica das obras completas de Freud: caminhar, caminhando, andar, andando, passear, passeando, árvores, ao ar livre, pátio, jardim, parque, almoço. Encontrei alguns trechos de outros textos, aparentemente “nada a ver” com o tema, mas que me chamavam a atenção, tentava “me disciplinar” e retornava para a busca.

No cotidiano retornam alguns destes trechos e lamento não tê-los anotado, tentei repetir a busca, não encontrei mais o trecho que havia me chamado a atenção e me dei conta, então, que o melhor de toda esta busca foi ter perdido as certezas. Não sei se Freud realmente relata um atendimento caminhando a céu aberto. Mas, se você, por acaso souber, não me diga agora. Quero continuar buscando, pela passagem do “tranco”⁴² para a “pesquisa andando”.

Na conclusão desta pesquisa esperamos ter despertado o desejo de novos pesquisadores em psicanálise e, quem sabe, reativá-lo nos que já tem alguma estrada.

⁴² Expressão utilizada popularmente como equivalente a “colocar-se a trabalhar” (“Vou pro tranco!”), denotando esforço, interrupções ou encontrão, empurrão, sacudida. Para o gaúcho, a expressão surgiu do salto que o cavalo dá para se pôr em marcha e, em “aos tarcos e barrancos”, do solavanco da tomada de impulso para atravessar um obstáculo, em um terreno difícil, como um barranco (FERREIRA, 1975).

REFERÊNCIAS

ABONG - Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais. "O sistema descentralizado e participativo: construindo a inclusão e universalizando direitos" - Conjuntura, Assistência Social e Seguridade Social – Subsídios às Conferências de Assistência Social – I. In: *Cadernos ABONG*, n.º 19. São Paulo: ABONG, 1997. Disponível em: <<http://www.rebidia.org.br/assis/cnas1.html>> Acesso em: 06 de jun de 2007.

ABRAPSO - Associação Brasileira de Psicologia Social – Simpósio 7 - *Psicologia e políticas públicas: a função social do estado*. Palestra de Luís Eduardo Soares In: XII Encontro Nacional da ABRAPSO, 2003.

ABRINQ. *Convenção Internacional dos Direitos da Criança* de 1989 da ONU - Organização das Nações Unidas. Disponível em: <http://www.fundabrinq.org.br/portal/alias__abrinq/lang__en-US/tabID__186/DesktopDefault.aspx>. Acesso em: 28 jan.de 2008.

ALBERTI, Sonia. Psicanálise: a última flor da medicina In: ALBERTI, Sonia; ELIA, Luciano (Orgs.), *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000, p. 37-56.

ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina.(Orgs) *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

ARAGÃO, Luiz Tarlei de. [et al.] *Clínica do Social: ensaios*. São Paulo: Escuta, 1991.

AUBRY, Jenny. *Psicanálise de crianças separadas: estudos clínicos*. Rio de Janeiro: Campo Matêmico/Companhia de Freud, 2004.

AULAGNIER, Piera. *Um intérprete em busca de sentido, I e II*. São Paulo: Escuta, 1990.

BEZERRA Jr., Benilton; AMARANTE, Paulo (orgs.) *Psiquiatria sem hospício: contribuições da reforma psiquiátrica* Rio de Janeiro:Relume Dumará, 1992.

BIRMAN, Joel. Ata do 2º Encontro de Pesquisa Acadêmica em Psicanálise. In: *Psicanálise e Pesquisa*. São Paulo: Núcleo de Pesquisa em Psicanálise, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, PUC-SP, nº2, 1994.

BIRMAN, Joel. A clínica na pesquisa psicanalítica. In: Atas do 2º Encontro de pesquisa acadêmica em psicanálise: *Psicanálise e Universidade*. São Paulo: PUC-SP, 1992.

BIRMAN, Joel. O objeto teórico da Psicanálise e a pesquisa psicanalítica. In: *Ensaio de teoria psicanalítica*, 1ª parte: metapsicologia, pulsão, linguagem, inconsciente e sexualidade. Rio de Janeiro: Zahar, 1993, p. 12-24.

BIRMAN, Joel. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Ed. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 2000.

BOWLBY, John. *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

BRANT, Luiz. C. O indivíduo, o sujeito e a epidemiologia. In: *Ciência e saúde coletiva*, v.6 n.º 1, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100018&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 16 de jun. 2005.

BRASIL. (1988) *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília/DF: Senado/Ministério da Educação, 1988.

BRASIL. (1990) *ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei n.º 8.069/90, de 13 de junho de 1990.

BRASIL. (1993) *LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social*. - Lei 8.742 de 7 de dezembro de 1993. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília/DF, 7 de dez. 1993.

BRASIL. (2004) *PNAS - Política Nacional de Assistência Social*. Brasília/DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - Secretaria Nacional de Assistência Social, 2004.

BRASIL. (2006) *Política Nacional de Atenção Básica - Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Portaria Nº 648/GM de 28 de Março de 2006. MS - Ministro de Estado da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html> Acesso em: 28 jan. 2008.

BRITO, Maria Mercedes Merry. Novas formas de pensar o coletivo. In: FERREIRA, Tânia (org.) *A Criança e a Saúde Mental – Enlaces entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Autêntica / FUMEC, 2004.

BROIDE, Jorge. *A família em situação de rua: alguns aspectos de sua dinâmica*. In: Correio da APPOA n.º 82, ano IX, Porto Alegre:APPOA, 2000.

CALLEGARI, Anna Irmã. Tropeçando no Dialeto. In: COSTA, Ana Maria Medeiros; MELMAN, Charles; CHEMAMA, Roland (Orgs.) *Imigração e Fundações*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000. (Coleção Letra Psicanalítica)

CALLIGARIS, Contardo. *Depressão e terapia*. Folha de São Paulo, São Paulo, 27 set. 2007, Ilustrada.

CALLIGARIS, Contardo. *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

CARUTH, Cathy. Modalidades do despertar traumático (Freud, Lacan e a ética da memória) In: NESTROVSKI, Arthur; SELIGMANN-SILVA, Márcio (orgs.) *Catástrofe e representação: ensaios*. São Paulo: Escuta, 2000

CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.

CECARELLI, R. Violência simbólica e organizações familiares. In: FÉRES-CARNEIRO, T; (org.) *Família e casal: efeitos da contemporaneidade*, Rio de Janeiro, Editora PUC - Rio, p. 266-277, 2005. Disponível em: <http://www.ceccarelli.psc.br/artigos/portugues/html/viol_org_fam.htm> Acesso em: 03 de jul. de 2005.

CHECCHINATO, Durval. *Psicanálise de pais: criança, sintoma dos pais*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2007.

COSTA, Ana Maria Medeiros da. *A ficção do si mesmo: interpretação e ato em psicanálise*. Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 1998.

COTTET, Serge. *Freud e o desejo do psicanalista*. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

COUTO, Berenice Rojas. O direito social, a Constituição de 1988 e a seguridade social: do texto constitucional à garantia de assistência social. In: COUTO, B.R. *O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?* São Paulo: Cortez, 2004.

CUNHA, E. P.; CUNHA, E. S. Políticas públicas sociais. In: CARVALHO, A. [et al.] (orgs). *Políticas Públicas*. Belo Horizonte: Editora UFMG; PROEX, 2002.

DOLTO, Françoise. *Psicanálise e pediatria*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1984.

DOLTO, Françoise. *A causa dos adolescentes*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

DOLTO, Françoise; HAMAD, Nazir G.G. *Destinos de crianças: adoção, famílias de acolhimento, trabalho social*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

DOLTO, Françoise. *A causa das crianças*. Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2005. (Coleção Psi-Atualidades)

ELIA, Luciano. Psicanálise: clínica & pesquisa. In: ALBERTI, Sonia; ELIA, Luciano (orgs.). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000, p.19-36.

ELIA, Luciano. *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

EYER DE ARAÚJO, Verli. *Serviço social clínico: transferência, contra-transferência*. Rio de Janeiro: Agir, 1982.

FALEIROS, Vicente de Paula. *A política social do Estado capitalista*. São Paulo: Cortez, 1980.

FALEIROS, Vicente de Paula. *Metodologia e ideologia do trabalho social*. São Paulo: Cortez, 1985.

FASC – Fundação de Assistência Social e Cidadania (2002). *Relatório do Encontro de famílias*. Porto Alegre: PMPA/FASC, 2002. (Mimeo).

FERENCZI, Sandor. (1932) Confusão de língua entre os adultos e as crianças: a linguagem da ternura e a linguagem da paixão. (1932). In: *Escritos psicanalíticos: 1909-1933*. Rio de Janeiro, Taurus, s.d. p.347-56.

FERNÁNDEZ, Myriam Rodrigues. *A prática da psicanálise lacaniana em centros de saúde: psicanálise e saúde pública*. (2001). Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Orientador: Prof. Dr. Antenor Amâncio Filho. ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://portaldeseres.cict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2001/fernandezmrm/capa.pdf>> Acesso em: 26 mar. 2006.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FERREIRA, Tânia. *Os Meninos e a rua; uma interpelação à psicanálise*. Belo Horizonte : Autêntica/FUMEC, 2001.

FERREIRA, Tânia (org.) *A Criança e a Saúde Mental – Enlaces entre a clínica e a política*. Belo Horizonte: Autêntica / FUMEC, 2004.

FESC - Fundação de Educação Social e Comunitária. *Caracterização das famílias atendidas no programa de apoio e orientação familiar*. Porto Alegre: PMPA/FESC, 1997a. (mimeo)

FESC - Fundação de Educação Social e Comunitária. *Relatório caracterização das famílias atendidas no Programa de Apoio e Orientação Familiar*. Porto Alegre: PMPA/FESC, dez.1997b. (mimeo)

FIGUEIREDO, Ana Cristina. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. (org.) *Psicanálise: pesquisa e clínica*. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001.

FOUCAULT, Michel. *Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

FREUD, Sigmund. (1900). A interpretação dos sonhos. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. IV e V.

FREUD, Sigmund. (1914). Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise - recordar, repetir e elaborar. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XII.

FREUD, Sigmund. (1918) Caminhos da terapêutica psicanalítica. In: _____. *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Delta, s.d. vol. X

FREUD, Sigmund. (1919) Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: _____. *Obras psicológicas completas*, Edição Standard Brasileira, Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XVII.

FREUD, Sigmund. (1920). Além do princípio do prazer. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVIII, p. 13-75.

FREUD, Sigmund. (1921a) A identificação. In: _____. *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Delta Editora [s.d.].

FREUD, Sigmund. (1921b) O Instinto gregário. In: _____. *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Delta Editora [s.d.].

FREUD, Sigmund. (1926). Inibições, sintoma e ansiedade (Angst). In: _____. *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. vol. XX.

FREUD, Sigmund. (1929) O mal estar na civilização. In: _____. *Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Delta, s.d. vol. VIII

FREUD, Sigmund. Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago / Z-Movie Studio, 1998.

GARCIA-ROZA, L.A. (1991) Pesquisa de tipo teórico. In: Atas do 1º Encontro de pesquisa acadêmica em psicanálise: *Psicanálise e Universidade*. Psicanálise e Universidade, n.1, São Paulo: PUC-SP, 1994.

GARRO, Cláudia. Tiempos y dificultades em la elaboracion de um duelo. In: Holgado, Mirta & Pipkin, Mirta. *Intervenir em la emergencia*. La clínica psicanalítica em los limites. Buenos Aires: Letra Viva, 2004.

GOHN, Maria da Gloria. *História dos Movimentos Sociais: uma construção da cidadania dos brasileiros*. 2. ed. Edições Loyola: São Paulo, Brasil, 1995.

GUERRA, Andréa Maris Campos. Tecendo a rede na assistência em saúde mental infanto-juvenil: interfaces entre a dimensão clínica e a dimensão política. In: GUERRA, Andréa Campos; LIMA, Nárdia Laguárdia. (orgs.) *A Clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental*. Belo Horizonte: Autêntica; FUMEC, 2003.

GUERRA, Andréa Campos; LIMA, Nárdia Laguárdia. (orgs.) *A Clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da psicanálise e da saúde mental*. Belo Horizonte: Autêntica; FUMEC, 2003.

HERRMANN, F. Pesquisando com o método psicanalítico. In: HERRMANN, F.; LOWENKRON, T. (orgs.) *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. *Relações sociais e Serviço Social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1982.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *Renovação e conservadorismo no Serviço Social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1994.

JUBRA - II *Simpósio Internacional sobre Juventude Brasileira*, CD-ROM (Resumo em anais) Porto Alegre, PUCRS, 2006, ISBN 8574306053

KEHL, Maria Rita. O sexo, a morte, a mãe e o mal. In: NESTROVSKI, Arthur; SELIGMANN-SILVA, Márcio (orgs.) *Catástrofe e representação: ensaios*. São Paulo: Escuta, 2000.

KOLTAI, Caterina. A língua exilada. In: COSTA, Ana; RINALDI, Dóris (orgs) *Escrita e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud: UERJ, Instituto de Psicologia, 2007 (pg. 361-369)

LACAN, Jacques. (1932) *Da psicose paranóica* em suas relações com a personalidade. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

LACAN, Jacques.(1936) O estádio do espelho. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, Jacques. (1938) *A Família*. Lisboa: Assírio & Alvim, 1987.

LACAN, Jacques.(1949) O estádio do espelho como formador da função do eu. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, Jacques. (1957-1958) O Seminário. Livro 5. *As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

LACAN, Jacques.(1953) Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, Jacques. (1964) O seminário: Livro 11 - *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

LACAN, Jacques. (1969 -1970) O seminário: livro 17 - *O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LACAN, Jacques. (1972-1973) O seminário: livro 20 - *Mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LACAN, Jacques. (1977) Apertura de la Sección Clínica. In: *Ornicar?* Nro. 3 (edición castellana), págs. 37-46, editorial Petrel, Barcelona, España, 1981. Disponível em: <<http://www.con-versiones.com/nota0608.htm>> Acesso em: 10 jul de 2007.

LEFORT, Rosine. *Nascimento do Outro: duas psicanálises*. Salvador: Ed. Fator Livraria, 1984.

LEVI, Primo. *É isto um homem?* Rio de Janeiro: Rocco, 1988.

MANDELBAUM, B. Família e desemprego: o impacto do real na estrutura familiar. In: HERRMANN, F.; LOWENKRON,T.(orgs.) *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MANNONI, Maud. *A primeira entrevista em psicanálise*. 4ªed. Rio de Janeiro: Campus, 1985.

MARIN, Isabel da Silva Kahn. *FEBEM, família e identidade: (o lugar do Outro)* São Paulo: Editora Escuta, 1999.

- MARIN, Isabel da Silva Kahn. *Violências*. São Paulo: Editora Escuta/FAPESP, 2002.
- MDS – Ministério do Desenvolvimento Social. *Programa de Atenção Integral à Família* (Paif). Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/programas/paif/>> Acessado em 20 de mar. de 2005.
- MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Instrução Operacional de 14-03-06 – *Cadastro Único, Bolsa Família e PETI*. Disponível em: <<http://www.sine.pr.gov.br/caixa/docs/InstrucaoOperacionalConjuntaSENARC-SNASn%C2%BA01de14-03-06.pdf>> Acesso em: 10 jul 2007.
- MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *SAGI*: Secretaria de Avaliação e gestão da Informação. Brasília: MDS, 2007. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/sagi/>> Acesso em: 03 jun 2007
- MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.. *Síntese das Pesquisas de Avaliação de Programas Sociais do MDS*. Brasília: MDS, 2007. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/sagi/publicacoes/cadernos-de-estudo/>> e hipperlink: Síntese das Pesquisas de Avaliação de Programas Sociais do MDS. Acesso em: 04 jun de 2007.
- MESTRINER, Maria Luiza. *O Estado entre a filantropia e a assistência social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- MEZAN, Renato. (1999) *Psicanálise e Pós-Graduação*: notas, exemplos, reflexões. Disponível em: <<http://www.geocities.com/hotSprings/Villa/3170/renatomezanhtm>> Acesso em: 07 jun. 2004.
- MS – Ministério da Saúde. *Centros de Atenção Psicossocial* - Portaria Nº 336/GM, de 19 de Fevereiro de 2002. Diário Oficial - Nº34 - Seção 1, quarta-feira, 20 de fevereiro de 2002. Disponível em: <www.cdsm.ufes.br/files%5CPortaria336.doc> Acessado em: 28 jan. 2008.
- MS – Ministério da Saúde. *Atenção Básica e a Saúde da Família*. Departamento de Atenção Básica (DAB) Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>> Acesso em: 28 jan.de 2008.
- NETTO, José Paulo. *Notas para a discussão da sistematização da prática em Serviço Social*. Cadernos ABESS. São Paulo: Cortez, 1989. n. 3.
- NETTO, José Paulo. *Transformações societárias e Serviço Social* - notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, 1996. n. 50.
- PAES-SOUSA; VAITSMAN. *Síntese das Pesquisas de Avaliação de Programas Sociais do MDS*. Brasília: MDS, 2007. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/sagi/publicacoes/cadernos-de-estudo/>> Acesso em: 04 jun de 2007.
- PALOMBINI, Analice de Lima. (et al.) *Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: a clínica em movimento*. 1. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

POLI, Maria Cristina. *Clínica da Exclusão: a construção do fantasma e o sujeito adolescente*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005a.

POLI, Maria Cristina. Pesquisa em Psicanálise. In: *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, n. 29, Porto Alegre: APPOA, 2005b.

POMMIER, Gerard. *O amor ao avesso: ensaio sobre a transferência em psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

PORGE, Erik. A transferência para os bastidores. In: *Littoral: a criança e o psicanalista*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998, p. 07-19.

RINALDI, Doris. *A ética da diferença*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

RINALDI, Doris. (2001) *Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental*. Disponível em: <<http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/art106.htm>> Acessado em: 02 abr. 2006.

RINALDI, Doris Luz. (2003) *Clínica do Sujeito e Atenção Psicossocial: Novos Dispositivos de Cuidado no Campo da Saúde Mental* In: *Estudos e Pesquisas em Psicologia: Comunicação de Pesquisa*, Vol 3 n.º 1 (UERJ) Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v3n1/sumariov3n1.html>> e <<http://www.revispsi.uerj.br/v3n1/artigos/Comunic%20de%20Pesquisa%20-%20V3N1.pdf>> Acesso em: 19 de dez de 2007.

ROSA, Miriam Debieux. O discurso e o ato na produção do laço social: observações sobre a delinquência. In I Congresso Internacional de Psicanálise e suas Conexões - *Trata-se uma Criança*. Rio de Janeiro: Ed. Cia de Freud, 1998.

ROSA, Miriam Debieux. *O não-dito e a psicanálise com crianças*. Taubaté/SP: Cabral Editora Universitária, 2000.

SCARPARO, Maria de Lourdes D - E.; CRUZ, Lílian R.; GUARESCHI, Neusa M. F. Atendimento à família na assistência social: constituindo demanda por meio da escuta. In: *Argumento*, jan/mar, v.23, n.40, 59-65, 2005.

SCARPARO, Maria de Lourdes D - E.; CRUZ, Lílian R. Programa de Orientação e Apoio Sócio-Familiar: antigos e novos desafios no campo psi. In: I *Seminário Regional de Práticas Sociais: Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco Social*. Fundação de Assistência Social e Cidadania (org.). Porto Alegre: Editora Evangraf, 2004. (pp. 157-169).

SILVA, Enid Rocha Andrade da (org.). *O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil*. Brasília: IPEA/CONANDA, 2004.

SKLIAR, Carlos. *Pedagogia (improvável) da diferença*. E se o outro não estivesse aí? 1. ed. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2003.

SOKOLNICKA, Eugenia. Análise de uma neurose obsessiva infantil. In: *Littoral: a criança e o psicanalista*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998, p. 65-80.

SOUSA, Edson Luiz André de. O obstáculo da teoria. In: *Correio da APPOA*, Porto Alegre, v. 86, p. 49-51, 2000.

SPOSATI, Aldaíza. (Coord.). *A Assistência Social no Brasil 1983-1990*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

SPOSATI, Aldaíza. (et al.) *A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise*. São Paulo: Cortez, 1998.

TENÓRIO, Fernando. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2001.

VASCONCELOS, José Mauro de. *Meu pé de laranja lima; Doidão e outros*. Site Projeto Democratização da Leitura – Biblioteca virtual gratuita. Disponível em: <<http://www.portaldetonando.com.br/forumnovo/viewtopic.php?p=36714>> recuperado em 25 de jan. de 2008.

VIOLANTE, Maria Lúcia. *A criança mal-amada: estudo sobre a potencialidade melancólica*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

VIOLANTE, Maria Lúcia. Pesquisa em Psicanálise In: PACHECO FILHO, R.A., COELHO JUNIOR, N. E ROSA, M.D. *Ciência, Pesquisa, Representação e Realidade em Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

WAISELFISZ, Julio Jacobo (et al.) *Nos caminhos da inclusão social: a rede de participação popular de Porto Alegre*. Brasília: UNESCO, 2004.

WINNICOTT, Donald. *Privação e delinqüência*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

WINTER, T.R.; DUVIDOVICH, E. *Maternagem: uma intervenção preventiva em saúde; abordagem psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

YASBEK, Maria Carmelita. *Classes subalternas e assistência social*. São Paulo: Cortez, 1999.