

## CLÍNICA AMPLIADA E ARTICULAÇÃO EM REDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO SUAS

### ENLARGED CLINIC AND NETWORK: EXPERIENCE REPORT IN SUAS

### CLÍNICA AMPLIADA Y ARTICULACIÓN EM RED: RELATO DE EXPERIENCIA EN EL SUAS

Débora de Toledo Moura

Victor Stefaniszen

Tatiana Benevides Magalhães

Marciana G. Farinha

*Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia*

#### Resumo

Este relato de experiência aborda o desenvolvimento de modalidades interventivas visando o olhar psicossocial, o território e a ação articulada da rede de assistência abrangendo a complexidade da situação de crianças e adolescentes em vulnerabilidade. Foi utilizado como método a cartografia clínica, sendo a experiência relatada em diários de bordo, relatórios e supervisões gravadas. Seguidamente, elaborou-se uma narrativa analisada fenomenologicamente. Os participantes foram uma mãe e quatro filhos, equipe de extensão universitária e profissionais da rede de saúde e de assistência social. O relato indica que a carência de rede de apoio comunitário, rede de saúde e de garantia de direitos contribuíram para o agravamento do caso, o que direcionou a equipe para a clínica ampliada, buscando construir autonomia através de um espaço referencial no qual a complexidade do caso pudesse ser abarcada.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas; Violência na Família; Clínica Ampliada

#### Abstract

This experience report approaches the development of intervention modalities aiming the psychosocial gaze, the territory and the articulated action of the care network covering the complexity of the situation of vulnerable children and adolescents. Clinical cartography was used as a method, and the experience was reported in logbooks, reports and recorded supervisions. Then, a narrative analyzed phenomenologically was elaborated. Participants were a mother and four children, university extension staff and health care and social work network professionals. The report indicates that the lack of community support network and health and rights guarantee network contributed to the aggravation of the case, which directed the team to the enlarged clinic, seeking to build autonomy through a referential space in which the complexity of the case could be covered.

**Keywords:** Public Policies; Family Violence; Enlarged Clinic

### Resumen

Este relato de experiencia aborda el desarrollo de modalidades interventivas buscando el enfoque psicosocial, el territorio y la acción articulada de la red de asistencia que abarca la complejidad de la situación de niños y adolescentes en vulnerabilidad. Se utilizó como método la cartografía clínica, siendo la experiencia relatada en diarios de a bordo, informes y supervisión grabados. A continuación, se elaboró una narrativa analizada fenomenológicamente. Los participantes fueron una madre y cuatro hijos, equipo de extensión universitaria y profesionales de la red de salud y de asistencia social. El relato indica que la carencia de red de apoyo comunitario, red de salud y de garantía de derechos contribuyó para el agravamiento del caso, lo que dirigió al equipo a la clínica ampliada, buscando construir autonomía a través de un espacio referencial en el cual la complejidad del trabajo si se pudiera abarcar.

**Palabras clave:** Políticas Públicas; Violencia Doméstica; Clínica Ampliada

### INTRODUÇÃO

O presente relato trata de uma experiência de clínica ampliada nas políticas públicas, articulada ao Sistema Único de Assistência Social, ao Sistema Único de Saúde, ao sistema escolar e a outros dispositivos da rede pública. Todavia, para compreender os elementos implicados nesse processo, é preciso resgatar historicamente a construção da rede de assistência na qual a psicologia se insere atualmente. No decurso de redemocratização do país (1975-1985) e promulgação da Constituição entre 1985 e 1988 (Brasil, 2001) movimentos sociais impeliram mudanças institucionais e jurídicas que reorientaram as políticas públicas à promoção da cidadania. Criticou-se a precariedade do atendimento em saúde pública, dando início à reforma sanitária, à reforma psiquiátrica (Ferrazza, 2016) e ao Sistema Único de Saúde; discutiu-se práticas educativas produtoras de fracasso escolar (Ferrazza, 2016), dando início à universalização da educação básica; debateu-se o lugar da criança e do adolescente como sujeitos de direitos, originando o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, 1990), entre muitos outros direitos sociais, como os voltados a idosos, pessoas com deficiência, à mulher, etc. Embora tenha se realizado em conflito com a agenda neoliberal, a implementação de tais políticas obteve melhoria significativa de indicadores como expectativa de vida, índice de alfabetização, mortalidade infantil, etc. (Yamamoto & Oliveira, 2010).

No que concerne à Assistência Social, a análise de sua relação com a rede como um todo, elaborada a seguir, visa apontar algumas fragilidades cujas consequências se apresentaram ao longo da experiência relatada no texto. No campo da Assistência Social, os movimentos redemocratizantes criticavam um sistema fracionado pelo arranjo desarticulado e descontínuo de programas oriundos de distintas instituições governamentais e filantrópicas, sem foco e com um olhar caritativo. Todavia, contrariamente a outras áreas, como a saúde, a Assistência Social assistiu uma implantação de políticas incipiente e lenta até 2003, quando se estabeleceu o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Na saúde,

as diretrizes redemocratizantes se refletiram nos princípios de integralidade, universalização e descentralização do SUS, considerados meios de garantir a participação popular já na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2001).

Na Assistência Social, princípios universalizantes e descentralizantes foram enfatizados em tal Constituição e na lei orgânica, mas não efetivaram um sistema estruturado. Apenas com a IV Conferência Nacional de Assistência Social em 2003 e a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), em 2004, estruturou-se uma rede de serviços como direitos sócio-assistenciais direcionados à efetiva superação do paradigma filantrópico em prol da promoção de direitos. Para tanto, definiu-se o papel de cada nível da esfera estatal e o traço complementar do setor privado, subordinado à regulação pública. Tais medidas ampliaram o número de cidadãos atendidos logo nos primeiros anos de implementação, dando visibilidade à população marginalizada, levando à expansão da noção de inclusão social e à mobilização do debate social sobre políticas públicas, pobreza e desigualdade no Brasil, centralizado sobretudo no Programa Bolsa Família (Vaitsman, Andrade, & Farias, 2009). Embora o Bolsa Família possuísse jaez compensatório, dois aspectos mostram-se significativos. A mudança da lógica assistencial pela primeira vez exige como contrapartida a adesão a medidas de prevenção do ciclo da pobreza, tais como frequência escolar e médica, ao invés de troca de votos ou outros mecanismos clientelistas. De outra parte, em seu histórico de implementação o programa efetivamente auxiliou a retirar grande parte da população da linha de pobreza: de 40 milhões de pessoas ou 27% da população em 1990, para 16,7 milhões de pessoas ou 8,7% da população abaixo da linha de pobreza em 2010, sendo o programa Bolsa Família presente em 99,9% dos municípios em meados de 2006, beneficiando 47 milhões de brasileiros (Yamamoto & Oliveira, 2010).

O SUAS organiza-se em unidades que abrangem territórios em nível sub-regional ou municipal, buscando considerar especificidades de cada região e considerando a família como lócus central dos programas. Subdivide-se em dois níveis de proteção: 1) a Básica, voltada à prevenção de situações de vulnerabilidade à violação de direitos e realizada pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS); e 2) a Especial, direcionada a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social por violação de direitos já instalada e é realizada pelos Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS). Entre as demandas atendidas pelos CREAS estão casos de violência (física, psicológica, sexual e patrimonial), negligência, afastamento do convívio familiar, abandono, situação de rua, discriminação, trabalho infantil, descumprimento de condicionalidades do Programa Bolsa Família e do PETI (Programa de erradicação do trabalho infantil), entre outras (Silva & Cardoso, 2017).

Com a disseminação das políticas e a demanda por atendimento qualificado, amplo e voltado ao cuidado, houve maior abertura de vagas na rede pública para psicólogos, uma das profissões que mais se inseriu na saúde e na assistência social. Por outro lado, se intensificaram questionamentos quanto à formação do psicólogo, mormente diretiva e centrada na figura do especialista, herdeira da clínica médica voltada à identificação de sintomas individuais e ao procedimento curativo, e de teorias e técnicas calcadas na naturalização de modelos burgueses de subjetivação e família. Historicamente, a Psicologia privilegiara métodos avaliativos voltados às classes populares e, doutro lado, o atendimento privado voltado à classe média. Com o ingresso do psicólogo na rede pública, a partir da década de 1990, ampliou-se o contato com demandas em claro contexto de desigualdade, opressão e violência social. Tal cenário alterou a perspectiva de atuação, considerando as diferenças sociais e a criação de novos tipos de escuta e intervenção voltados à transformação psicossocial, que têm se difundido, fortalecido e tornado o campo de trabalho do psicólogo cada vez mais contextualizado e flexível (Braga, 2014).

Nesse contexto, vários desafios e impasses se impuseram à Psicologia: a) ambiguidades e discrepâncias entre a práxis socialmente implicada, b) a herança fragmentária e caritativa das políticas públicas e c) a formação ainda calcada num viés individualista, normativo e despolitizado (Ferrazza, 2016). Havia dificuldades da população ao compreender a práxis psicológica, e dos psicólogos em dialogar seus saberes com o contexto comunitário e situar a relação cliente-terapeuta nos atravessamentos sociais e culturais da intervenção em cenário institucional (Spink, 2010). A atuação solitária da clínica individual foi substituída pela convivência com outros profissionais de saúde, educação, assistência jurídica e social, saberes muitas vezes mais antigos e solidificados na rede pública, apresentando o desafio da multidisciplinaridade e requerendo tanto clareza da própria especificidade profissional, quanto negociações para a atuação conjunta (Spink, 2010). Além disso, a fragmentação das políticas públicas amplia dificuldades de efetivação das intervenções, pois requer o diálogo entre instâncias discrepantes, levando a um processo interventivo mais desgastante ou ao isolamento das práticas e reprodução do atendimento clínico individual.

Desse modo, o atendimento psicológico de crianças e adolescentes em violação de direitos comporta um cenário complexo, em que encontramos demandas do campo da saúde, da assistência social, da justiça e da tutela de crianças e adolescentes pelo Estado, da Educação, entre outras. Desta maneira, o cenário social que constitui os atendimentos abrange diferentes esferas de demandas às políticas públicas, esbarrando nas diversas dificuldades de realização conjunta, oriundas tanto da formação profissional quanto das contradições do serviço estatal, bem como da divisão estrutural do sistema de políticas públicas brasileiro. É nesse sentido que ganha importância a investigação de experiências

que procuram articular os campos das políticas públicas e as diversas áreas de saber necessárias a uma atuação contextualizada, pois possibilitam campo de experimentação e reflexão para a superação das dificuldades encontradas no trabalho clínico inserido no território. Assim, o presente relato de experiência tentou refletir sobre o processo de construção de modalidades interventivas focadas no olhar psicossocial, na práxis territorial, e na ação conjunta e articulada da rede de assistência.

## **MÉTODO**

O presente relato de experiência versa sobre um caso atendido ao longo de 30 meses entre os anos de 2015 e 2017, em parceria com um projeto de extensão universitária e com o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS/SUAS) do município e refere-se a uma família em violação de direitos e vulnerabilidade psicossocial. Os participantes dessa experiência incluem uma equipe de extensão de uma universidade do interior de Minas Gerais (supervisora e três estudantes estagiários de psicologia), família acompanhada (composta por mãe e quatro filhos, de 12, 6, 4 e 1 ano de idade), psicóloga e assistentes sociais responsáveis pelo caso junto ao CREAS, profissionais da instituição de acolhimento, membros da vara da infância e do conselho tutelar, todos referenciados com nomes fictícios e tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantido a confidencialidade de todas as informações do relato de acordo com os procedimentos cabíveis ao contexto.

O relato e análise da intervenção realizada baseou-se na perspectiva da cartografia clínica fenomenológica existencial, tendo como eixos considerados: a) o ato de pesquisar como fator de influência sobre o fenômeno, o pesquisador e suas reflexões, integrando experiência e o saber criado; b) pesquisador e participantes enquanto integrantes do mesmo fenômeno, porém nele diversamente posicionados; c) a concomitante elaboração e investigação de estratégias clínicas no âmbito da experiência descrita, focando na análise do processo de contínua construção na práxis; d) acompanhamento dos rumos do processo a partir da criação conjunta das intervenções em diálogo com os atendidos, com metas interventivas e investigativas traçadas no caminhar (Braga, 2014).

Na acepção original do termo, cartografia denotava a dualidade concreto-simbólica do território – simultaneamente signo dos espaços materiais e de suas ocupações míticas, psicológicas e culturais (Braga, 2014). Criticando o paradigma da hegemonia da causalidade e da matematização, a cartografia imerge no território, descrevendo e analisando conexões entre experiências, redes sociais, elementos materiais, cultura, instituições no emergir integrado da vida. Buscou-se, assim, considerar não apenas referenciais e fontes matematizáveis, mas alegorias, impressões e experiências que

acompanham os usos e percursos pelos espaços e propostas desenvolvidas, abrangendo elementos materiais, construções sociais e o próprio devir do processo clínico.

Os dados do processo interventivo-cartográfico foram registrados por meio de três instrumentos: diários de bordo, relatórios de atendimento e de avaliação judicial e registros de supervisão. Os diários de bordo (Braga, 2014) ofereceram uma descrição do desenrolar no campo, registrando reflexões e experiências dos pesquisadores, percepções dos encontros e suas complexidades, tonalidades das relações, diálogos e ocorrências. Possibilitaram, ainda, um percurso de constituição dos sentidos, informações e do panorama do processo interventivo e da pesquisa no olhar do pesquisador que comunica como o outro se desvelou. Os relatórios de atendimento e avaliação judicial permitiram ponderações sobre os procedimentos adotados diante do contexto, sua comunicação institucional e fundamentação técnica, contribuindo para a elaboração das reflexões da pesquisa. As gravações em áudio das supervisões proporcionaram uma observação do contexto e das análises feitas na emergência dos atendimentos a partir de todos que participam do processo, com um olhar dialógico sobre o desenrolar dos acontecimentos, revisitando momentos em que se elaboraram e redirecionaram as intervenções e permitindo uma reconstituição e análise dos caminhos e intervenções adotadas (Braga, 2014).

As práticas interventivas criadas e investigadas foram atendimentos individuais, familiares, acompanhamento terapêutico e visitas, todos em territórios diversos (escola, abrigo, clínica-escola, domicílio, prefeitura, CRAS, hospital psiquiátrico, Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas - CAPSad, UBS), reinserção educacional e socioprofissional, inserção na rede de saúde, contatos com a equipe da rede de saúde, justiça, educação e assistência social via reuniões presenciais e por via digital, visita domiciliar conjunta com a agente de saúde, internação em hospital psiquiátrico, acompanhamento pós internação e reencaminhamento. Para efeitos de análise, inicialmente foi construído um relato narrativo do caso com base nos dados obtidos, a partir do qual foi elaborada a contextualização entre criação das práticas interventivas e a especificidade das demandas emergentes. Na análise de cada ação, buscou-se compreender as articulações da proposta com o contexto institucional, com as possibilidades de acesso do território e com o desenrolar do processo terapêutico, pela implicação da família, bem como pelos vínculos construídos com os profissionais e pelas mudanças geradas em seu decurso. Finalmente, buscou-se construir o panorama da experiência interventiva, articulando-o ao processo como um todo, ao território e à situação encontrada, descrevendo a paisagem social e a fusão de horizontes que a constituiu.

Utilizou-se, ainda, a análise fenomenológica como apontada por Critelli (2016) em que desvelamento, revelação, testemunho, veracização e autenticação atuam como desveladores do “movimento de realização do real”, não oferecendo uma dinâmica linear,

mas simultânea. A partir de um fenômeno trazido à luz, nesse caso as dinâmicas interventivas e questões suscitadas ao longo dos atendimentos, o desvelado abre-se aos que o testemunham - vêem, ouvem e registram. Testemunho e revelação se expressam nos diários de bordo, relatos de atendimento, documentos, supervisão e discussão na rede. A veracização e autenticação, dadas pelas referências que conjuntamente conferem legitimidade à compreensão realizada, foi construída no diálogo com pesquisas e autores que discutem os temas emergidos, discussões das análises iniciais junto ao grupo de pesquisa, à rede a outros pesquisadores em diversos espaços de debate.

### **CLÍNICA AMPLIADA, REDE E TERRITÓRIO: NARRATIVA DE UMA EXPERIÊNCIA**

O caso foi encaminhado ao projeto de extensão universitária pelo CREAS e por um abrigo do município em março de 2016. O pedido inicial de atendimento psicológico foi realizado pela equipe da instituição de acolhimento para crianças e adolescentes e era voltado para Ágata, 12 anos, com queixa de problemas comportamentais. Antes da institucionalização, Ágata vivia com a mãe Vânia, 29 anos, e três irmãos, Lucas, 6 anos, Lia, 4 anos, e Carlos, 1 ano. Vânia trabalhou regularmente durante seis anos, perdeu o emprego, iniciou um namoro e recebeu encaminhamento para o cadastro no bolsa família, que recebia irregularmente. Após denúncia de que Ágata sofria violência sexual pelo recente namorado da mãe, violência física e baixa frequência escolar, iniciando atendimento pelo CREAS, que buscou encaminhamentos para atendimento em saúde, atividades de contra turno escolar e cursos profissionalizantes, mas não havia vagas na rede. Com os impasses do atendimento e o agravamento da situação, ela foi acolhida no abrigo em questão.

Em reunião inicial, a equipe universitária, a equipe do CREAS responsável pelo caso e a coordenação do abrigo, esclareceram a demanda, articulando uma compreensão comum e definindo ações a serem adotadas por cada um. Relatou-se que Ágata declarava-se a alguns meninos do abrigo e da escola, constrangendo-os e tornando-a alvo de piadas entre os colegas. O atendimento semanal com Ágata iniciou alternando o abrigo (para cartografar o território e intervir in loco) e a clínica-escola da universidade, para favorecer, noutro espaço, o acolhimento de conteúdos subjetivos numa experiência de privacidade alheia à massificação institucional (Goffman, 2018). Ágata então revelou desconhecer o pai, preso noutra cidade desde seu nascimento, idealiza um relacionamento amoroso com algum garoto que cuidaria dela e reproduz no brincar tarefas domésticas e cuidados com os irmãos. Após um mês, a equipe foi notificada de que Vânia retornou a guarda, buscando um ambiente familiar mais protetivo: tentava resolver problemas econômicos, fora indicada a um emprego fixo, conseguira vaga para psicoterapia e afastara-se do abusador.

Mesmo antes dos resultados dessas tentativas, o retorno foi decidido pelo abrigo e a Justiça, sem participação da universidade, recente no atendimento do caso. O abrigo encerrou o atendimento, enquanto o CREAS e a equipe universitária o continuaram, com reuniões presenciais mensais e contato constante por telefone. O atendimento seguiu na escola de Ágata após as aulas, num trabalho de readaptação ao lar, abordando seu amadurecimento e autonomia em contraponto à romantização da relação de cuidado com os meninos de seu convívio. Ao falar da mãe, Ágata relatou novas situações de violência física, perda de peso e faltas escolares constantes, devidas à restrição de ir à escola para fazer tarefas domésticas.

Discutiu-se o proveito de atender mãe e irmãos, para entender a condição familiar e desenhar um percurso interventivo. Na manhã marcada, ninguém estava em casa, todavia a estagiária notou dois bares vizinhos com algumas pessoas embriagadas, alertando para a vulnerabilidade do território, que se confirmaria durante o processo. Na visita seguinte, Vânia estava sozinha e os filhos na escola ou creche. O interior da casa estava arrumado, porém pequeno para a quantia de coisas a guardar. A mãe relatou que deixara a psicoterapia após duas sessões e não conseguira efetivar o emprego. Fazia faxinas eventuais e insuficientes para o sustento familiar, e após alguns meses acabou por prostituir-se. Os sinais de vulnerabilidade na casa, na vizinhança e na condição materna de se reerguer mostraram um desabrigo precipitado de Ágata, influenciado pela carência de vagas nos abrigos na cidade. Alguns encontros depois, Vânia afirmou estar “bebendo muito” e, perguntada sobre isso, revelou que no estabelecimento onde se prostituía era obrigada a consumir álcool para ampliar gastos de clientes. Por trabalhar à noite e não possuir parentes ou amigos próximos na cidade, buscava deixar os filhos aos cuidados de vizinhos. Porém, na ausência de dinheiro e no impedimento de colaboradores eventuais, acabava deixando os filhos sozinhos.

Vânia relatou considerar difícil o convívio com Ágata, saturado por discussões e violência. Mostrou desejar o atendimento psicológico domiciliar, iniciado por outro estagiário. Ao mudar-se de escola, Ágata passou a ser atendida em casa. Alguns atendimentos incluíram os dois estagiários, Vânia e Ágata, visando trabalhar o vínculo, e outros eram individuais e em espaços separados da casa. Com Ágata, trabalhou-se suas relações, sua trajetória, sua autonomia e a possibilidade de vínculos confiáveis de cuidado. Com Vânia, abordou-se dificuldades de autocuidado, responsabilização por si e outrem e idealizações de relações amorosas baseadas na dependência material e existencial, percebendo-se ligações com as idealizações da filha.

Após poucas semanas, o quadro financeiro agravou-se. A família mudou-se por não pagar o aluguel e não conseguia comprar alimentos, cuidar da higiene e da saúde. Vânia relatou, ainda, que Ágata roubara um pacote de bolachas na mercearia local e fora



flagrada pelas câmeras de segurança, gerando receios dos vizinhos. Embora a psicoterapia fosse crucial para mobilizar empoderamento, amadurecimento, reflexão e saúde relacional, era percebida em segundo plano frente à carência material. Em falas como “você vêm aqui, mas ninguém ajuda” e “falar não enche barriga”, Vânia indicava a perda de parte do sentido da psicoterapia, pois seus resultados pareciam lentos e tênues frente à premissa de obter meios tangíveis de sustento. A equipe discutiu a impertinência de abordar apenas os conflitos familiares frente às carências concretas e urgentes na família. A conexão entre condições materiais e subjetividade diz do existir compartilhado: sofrimentos ligados à exclusão social vivida têm interface política. Para Arendt (2009), o labor lida com a sobrevivência e supre necessidades da vida biológica cíclica. O trabalho refere-se à produção: artifício do homem o instrumentaliza e cria um mundo de coisas, esfera da utilidade que se incorpora à condição humana. A ação remete à relação entre homens e à dimensão da significância: articula o mundo comum, em que aparecendo a outrem, criamos espaço para compreender, comunicar, construir sentidos e lembrar experiências e, assim, para a história pessoal e coletiva.

Nessa ótica, a privação de condições de sobrevivência, como nutrição, moradia, higiene e saúde, restringia a apropriação de espaços relacionais íntimos e públicos. Frente a isso, o foco na clínica individual figura distante da população (Spink, 2010) e experiências de marginalização e humilhação social podem gerar desconfiança quanto ao apoio de dispositivos públicos (Penso & Moraes, 2016). Como significar a experiência com outros e apropriar-se de si dependia da garantia mínima de dignidade, a psicoterapia, da ordem da ação (Braga, 2014), foi ampliada para o Acompanhamento Terapêutico que intenta abarcar tais demandas na mediação entre sujeito e território, visando fortalecer o vínculo e articular reflexões e ações de autocuidado. Ao acompanhar Vânia na procura por dispositivos públicos como renda social, elaboração do currículo e acesso à saúde, a equipe mostrava-se atenta à demanda e, simultaneamente, lidava com a promoção da cidadania no acesso a direitos.

O território foi desvelando a relevância da clínica ampliada para um atendimento efetivo da família, já que não é costume da clínica tradicional se engajar em ações voltadas a fatores sociais e acesso a direitos e à melhora das condições de vida como elemento terapêutico de apropriação de si, atendo-se à relação terapeuta-cliente enquanto estratégia psicoterapêutica. A equipe contactou o CREAS e o CRAS para reavaliar o valor recebido via Bolsa Família. As equipes aferiram que não só havia condições para aumentar o benefício, como também para uma Tarifa Social de Energia Elétrica. A partir das instruções oferecidas, a paciente recorreu às instâncias devidas e obteve os auxílios. Discutiu-se, ainda na rede, o Auxílio-reclusão ao pai de Ágata, mas não havia contribuição deste ao INSS suficiente para tanto. A rede requereu também pensão alimentícia relativa aos deveres legais de João, pai

dos filhos mais novos. Após a ação da rede, porém, o pai pagou apenas um mês e, mesmo criticando os cuidados de Vânia, nunca se envolveu na criação dos filhos ou os acolheu.

Para garantir a renda familiar, a equipe auxiliou na revisão e distribuição do currículo de Vânia. Com pouca escolarização e dados imprecisos sobre sua trajetória profissional, Vânia possuía um currículo incompleto, com descrição inadequada das funções realizadas, típico dos entraves na inserção laboral de pessoas marginalizadas, marcada por problemas de requisição documental, de organização das informações, de redação devido à educação precária e pela informalidade (Delboni, 2007). Vânia aceitou o projeto, porém se esquivou em realizá-lo. A equipe aos poucos percebeu que ela camuflou o fato de não saber escrever e ler o suficiente para tanto, e ela acabou revelando ser analfabeta e envergonhar-se disso. O disfarce do estado de analfabetismo desvelou o fenômeno da humilhação social (Gonçalves Filho, 2010), remetendo a situações limitantes da cidadania e distintivas de preconceito social, amiúde enlaçadas à vivência de vergonha social (Garcia, 2008). A equipe procurou criar espaço para elaborar a experiência de humilhação social e facilitar a inserção escolar de Vânia, indo com ela na inscrição na Educação de Jovens e Adultos (EJA), no turno da noite.

Embora animada com as propostas, Vânia apontou obstáculos: o convívio com uso de drogas no local do EJA e o mister de um cuidador para os filhos no período, pois já não contava com os vizinhos devido às queixas recebidas sobre Ágata. A equipe a auxiliou a produzir o currículo; a psicóloga do CREAS contactou o serviço de EJA perto da residência e solicitou prioridade para obter vagas de turno integral em creche, para que Vânia estudasse ou trabalhasse de modo fixo durante o dia. Porém, mesmo com o trabalho conjunto, não foi possível conseguir vagas nas creches da cidade. Novamente, operam as falhas na rede de assistência pública: a carência de vagas em creches e escolas de turno integral consiste um dos principais percalços enfrentados por mães trabalhadoras (Silva & Schifino, 2017).

No tocante a Ágata, discutiu-se a opção de inseri-la no Projeto Jovem Aprendiz aos 14 anos, visando apoiar o sustento familiar, construir um currículo, desenvolver a autonomia e perspectiva de futuro. Ágata envolveu-se e suas sessões se voltaram à reflexão sobre a situação familiar e relacional, ao autocuidado e à escolaridade. Enquanto isso, a equipe passou a ter entraves na regularidade das sessões com Vânia: ela, por vezes, desmarcava, ficava sem telefone ou mudava de número, o que obstruía ainda o contato de um possível empregador. Quando perguntada, Vânia alegou perda ou quebra dos aparelhos e faltas para resolução de outros problemas, além do encontro com uma vizinha que a auxiliava, entre outros. Mais tarde, revelou medo de obter emprego e perder o apoio da equipe universitária e do CREAS, entre os poucos conseguidos até então. A equipe garantiu a continuidade do trabalho, mas discutiu seu sentido: o cenário de empoderamento e

autonomia ligado à apropriação de suas experiências e do território. Abordou-se as esquivas frente a situações delicadas e Vânia percebeu que essa atitude se ligava ao modo como reagiu às violências sofridas em sua história, mergulhadas em fugas e silenciamentos.

Por outro lado, o receio de Vânia era paradigmático da desconfiança da população sobre a garantia de serviços públicos (Furlan & Sousa, 2014): o atendimento garantido apenas em casos graves e precários, longe de consistir uma insegurança particular, figura em muitas diretrizes de governo, impostas no lugar do que deveria ser direito (Yamamoto & Oliveira, 2010) e nos impasses da assistência pública, que frente à crise de efetividade e abrangência, amiúde necessita priorizar tais casos devido à carência de vagas. Relegando a segundo plano parte dos solicitantes de assistência, mas com condições mínimas de autocuidado, contribui-se para o agravamento dos casos (Penso & Moraes, 2016).

Após poucos meses, Vânia apareceu embriagada na sessão domiciliar e disse estar bebendo muito álcool não só ao prostituir-se, mas em outras situações. Também uma amiga que fora morar algum tempo na casa disse suspeitar que ela estava usando crack e outras drogas. A equipe propôs a Vânia tratamento no CAPSad e Vânia envolveu-se com a ideia, tanto por reconhecer o abuso de substâncias psicoativas, quanto pela constante necessidade de amparo psicossocial frente aos problemas materiais e emocionais que enfrentava. Enquanto uma estagiária ficou com as crianças, outra a acompanhou à instituição. Ocorrido o acolhimento, o CAPSad informou que só receberia novos casos no ano seguinte, assim Vânia iniciaria o tratamento apenas dali a dois meses. Apesar da implicação inicial de Vânia, a perspectiva de demora no ingresso mostrou-se preocupante, visto sua dificuldade em manter iniciativas quando os resultados tardavam.

Novamente, o caso de Vânia é representativo de problemas corriqueiros na assistência, já que as dificuldades de acesso e de continuidade são fatores significativos para o abandono do tratamento de usuários de álcool e drogas na rede pública de saúde (Salema, 2013; Magalhães & Coiado, 2007). A maior precariedade desse público na crítica de morbidez, na organização psíquica para buscar ajuda e na estrutura psicossocial de apoio denotam não apenas maior vulnerabilidade psicossocial, quanto maior risco, já que a não adesão ao tratamento pode levar ao adoecimento grave, ao envolvimento com a violência e à morte (Silva, 2011). Depois do tempo de dois meses estipulado pelo CAPSad, Vânia compareceu ao tratamento por dois dias, disse ter gostado muito e querer prosseguir, mas o preço do transporte tornava-o inviável. A dificuldade de acesso também é citada pela literatura como fator de abandono do tratamento (Salema, 2013; Magalhães & Coiado, 2007). O descuido dos filhos mais novos levou a equipe a também atendê-los num espaço de escuta. O número elevado de faltas escolares levou à perda do bolsa família, agravando ainda mais a situação econômica da família.

Vânia começou a relatar sintomas físicos e a equipe marcou consulta médica na Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima à residência. Vânia não compareceu e a UBS marcou uma visita domiciliar. Na visita, a agente de saúde marcou exames ginecológicos na UBS. Vânia faltou e disse à equipe que esquecera e que sentia medo de fazer tais exames médicos. As estagiárias elucidaram dúvidas sobre os exames e ofereceram acompanhamento ao posto de saúde, mas de novo ela se negou a ir. A recusa de Vânia remete novamente à humilhação social (Gonçalves Filho, 2010), visto que buscar cuidados ginecológicos implicaria em tratar de seu trabalho na prostituição. Vânia temia ser culpabilizada por possíveis doenças e também pela negligência com o uso de preservativos e abusos de seus clientes, já que veio a relatar que fora violentada por um deles e abandonada num lugar ermo sem o pagamento, o que a deixou com o corpo marcado. Enquanto isso os atendimentos com os filhos prosseguiram em outro ambiente da casa, sendo abordados conflitos entre os irmãos, queixas escolares e conscientização sobre a situação familiar, na medida do amadurecimento de cada um.

Adiante, Vânia começou a sair de casa nos horários de atendimento, deixando as crianças sozinhas e trancadas, sob os cuidados de Ágata. A equipe as atendeu através da grade do portão. As crianças relataram estar passando muito tempo sozinhas (até dois dias), faltando às aulas e angustiadas quando filhos de vizinhos os chamavam pra sair ou assediavam Ágata. Por vezes, as crianças pulavam o muro para brincar na rua. Ágata pediu para voltar ao abrigo, apesar do vínculo com Vânia, pois os deveres com os irmãos, a ausência escolar e o medo de algo acontecer a levavam a reconhecer riscos psicossociais, na medida em que o processo terapêutico foi gerando amadurecimento e autonomia. Sem outros recursos estatais ou sociais, o abrigo se tornara o único espaço conhecido em que era possível viver fora da vulnerabilidade, levando-a a preferir a perda de vínculos ante uma perspectiva de futuro. Os estagiários discutiram com a menina sobre o processo de abrigamento e notaram que as crianças precisavam de atendimento médico, estando com piolhos e uma delas com febre. Visitou-se a escola para constatar a situação de Ágata e verificou-se que Ágata reprovaria por frequência, a despeito de avisos anteriores dos professores a Vânia.

Assim, a equipe se reuniu com a rede (Ministério Público, Conselho Tutelar, e CREAS) para pensar possíveis medidas protetivas, elaborando um relatório para a Vara da Infância e Juventude, que recomendava acolhimento institucional aos filhos de Vânia, visto a situação de vulnerabilidade em que se encontravam. Durante o encaminhamento burocrático para acolhimento, houve denúncia de um vizinho, relatando que Ágata e Lucas estavam sozinhos em casa há uma semana. Com a visita do Conselho Tutelar e flagrante violação de direitos, os quatro irmãos foram institucionalizados de imediato, antes do término do processo requerido. Com o abrigamento, a equipe da instituição foi designada

para o atendimento psicológico infantil, fragmentando o trabalho realizado. Tal instituição mostrou-se, desde o início, favorável à destituição familiar, adotando o posicionamento de que o abrigo já significa impossibilidade de recuperação dos responsáveis. A equipe universitária e o CREAS deram continuidade ao atendimento de Vânia, que se mudara de casa novamente por não pagar o aluguel. Vânia mostrava-se desistente, em suas palavras: “meus filhos eram a única coisa que importava pra mim”, “não consigo mais cozinhar, passo dias sem comer”, “vou desistir de tudo” (sic). Buscou-se trabalhar com Vânia o autocuidado e a autoestima e informá-la que o processo de destituição estava aberto, havendo tempo de reaver os filhos mediante tratamento do uso de álcool e drogas e efetivação de meios de proteção social: obtenção de atividade remunerada, organização de uma estrutura de cuidado e garantia de frequência escolar, reafirmando o suporte da equipe.

O caso agravou-se com o aparecimento de feridas na pele de Vânia, havendo suspeita de sífilis. Ela relatou muita dor em lidar com a perda dos filhos, além do sofrimento de sua história de vida e das dificuldades econômicas, intensificou o uso de substâncias psicoativas e passou a apresentar desagregação psíquica: muitas vezes não sabia em que dia se estava, arrumava a casa esperando os filhos, acreditava curar-se sem tratamento, pensava constantemente em morrer e chegou a relatar à psicóloga do CREAS que havia visto Ágata. A equipe percebia o risco de Vânia agravar o quadro de saúde ou colocar-se em risco na rua, além das limitações para a adesão ao tratamento em meio aberto. Assim, propôs uma internação em hospital psiquiátrico, onde ela obteria diagnóstico e tratamento tanto para a sífilis, quanto para o uso de drogas. Vânia rejeitou, afirmando traumatizar-se com a ideia de “ficar presa” e lembrando os percalços do atendimento (falta de vagas em creche e no CAPS, ausência de programas sociais de trabalho, dificuldade em obter trabalho remunerado), a despeito do bom vínculo com a equipe.

Em novo agravamento do quadro, Vânia passou a falar em suicídio, a quebrar objetos em casa por não lograr conter o impulso, a idealizar um tratamento para a abstinência e a Infecção Sexualmente Transmissível (IST) no qual se curaria em poucas semanas. Tendo em vista o risco que Vânia representava para si mesma, o CREAS e a equipe universitária buscaram articular uma internação compulsória breve em hospital psiquiátrico, visando à prevenção de demência ligada à sífilis, a preservação da vida e a recuperação de condições mínimas de responder por si. Ante à ausência de Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) no município, o corpo de bombeiros e a polícia militar foram designados, e ao chegar alegaram não poder levá-la, nem permanecer no local devido a chamadas urgentes. Contudo, observou-se a clara expressão de preconceito de um dos policiais, que disse: “ninguém mandou ela ser vadia”. Na falha da internação em razão da desarticulação da rede, foi necessária nova conversa com a paciente, em que ela aceitou a hospitalização.

Durante a internação a demanda de Vânia por acompanhamento aumentou. Ela dizia estar se sentindo sozinha e apresentava demandas constantes. Ao menos uma das duas estagiárias, supervisora e psicóloga do CREAS a visitavam quatro a cinco vezes por semana. O vínculo terapêutico se fortaleceu e a paciente aprofundou o relato de suas vivências: abandono materno, violência sexual aos 11 anos, sentimentos constantes de solidão e culpa. Relatou que fora presa por causa do primeiro marido, detalhou violências sofridas na infância. Nesse processo, foram ressignificadas questões ainda abertas no trabalho psicoterapêutico, tais como os movimentos de fuga frente a situações ameaçadoras ou difíceis, a reprodução da violência vivida na família de origem para com os filhos e consigo mesma, as dificuldades em cuidar, tendo tido poucas experiências de cuidado. Ficava mais claro para Vânia como o rompimento precoce com figuras de cuidado a levava a reproduzir em relações adultas, principalmente amorosas, a idealização dependente de um cuidado ausente. Ao aproximar ambigualmente sua autorresponsabilização à vivência de abandono, Vânia criava constantes rupturas no desenvolvimento de seu autocuidado e sua autonomia, observadas durante todo o processo.

Após um mês, Vânia recebeu alta hospitalar e equipe abordou com ela o risco de recaída e dificuldades de adesão ao CAPSad, sugerindo ingresso em uma clínica de reabilitação. Vânia não aceitou e alegou preferir ficar em casa, próxima do atual companheiro, dado que seu tratamento para uso de drogas era ainda incipiente, além da situação ainda intensa de vulnerabilidade, com risco de despejo e carência econômica. A equipe continuou a visitá-la em domicílio, mas Vânia se mostrou cada vez menos implicada no atendimento, voltando a usar substâncias psicoativas, denotando desesperança de recuperar os filhos, desinteresse no autocuidado. Em algumas sessões marcadas, a equipe não a encontrava em casa e, por vezes, alguns vizinhos vinham reportar preocupação sobre Vânia, com relação aos riscos vividos frente à polícia e ao agravamento da dependência, pois sua casa havia virado ponto de uso de drogas.

As estagiárias endureceram a abordagem com Vânia, avisando-a que o tratamento psicológico só continuaria caso ela se implicasse em seu próprio cuidado e reconhecesse quando não conseguia fazê-lo, pois ainda que a equipe a apoiasse, ela precisaria contribuir para promover mudanças em sua vida. Após Vânia negar recorrentemente o cuidado, a equipe decidiu encerrar os atendimentos. Após meses, um amigo da paciente procurou a equipe, relatou que Vânia estava presa por tráfico devido ao uso comunitário de drogas em sua casa e solicitou o apoio da equipe a pedido da paciente. Após orientações e discussão com a paciente, que percebeu naquele momento a necessidade de tratamento, e o término do processo jurídico, Vânia foi encaminhada a uma comunidade terapêutica e atendimento psicoterápico, iniciando uma desintoxicação que

durou um ano, após a qual voltou ao meio aberto, continuou a psicoterapia, retomou a escola e voltou a realizar faxinas, embora não tenha recuperado os filhos.

### **CLÍNICA AMPLIADA, DESAMPARO SOCIAL E VIOLAÇÃO DE DIREITOS**

A violação de direitos apresentou-se como fenômeno plural, envolvendo questões geracionais, econômicas, sociais e de saúde. Num cenário de múltiplas vulnerabilidades, a criação de recursos de diálogo e autonomia junto à família depende de uma articulação entre o trabalho terapêutico das experiências de abandono e violência e garantia mínima de necessidades básicas e promoção da cidadania, não apenas no acesso a direitos, mas na possibilidade de perceber-se com direito a ter direitos (Arendt, 2009). É nesse sentido que a opção da equipe direcionou-se à clínica ampliada, de forma a construir autonomia através de um espaço de referência psicossocial no qual a complexidade dessas dimensões pudesse ser abarcada. Para isso, torna-se fundamental o apoio e a articulação das políticas públicas e da rede de saúde e de assistência social para garantir os Direitos da família.

Entretanto, a rede municipal mostrou-se ineficaz em ofertar suporte desde o desabrigo precipitado de Ágata. Foi determinante a falha do Estado em mobilizar ações produtoras de nova condição de vida para além do simples afastamento da criança: suspensão do Bolsa Família por óbices burocráticos, desarticulação no retorno de Ágata ao lar, falta de tratamento imediato no CAPSad, ausência de vagas integrais em creches e de programas de profissionalização, dificuldade de internação em situação de risco, falta de garantia de moradia, suporte econômico e de saúde, Esses fatos que compuseram uma negação de direitos de recursos cruciais em tais casos (Rossetti-Ferreira et al, 2012), influenciando no reabrigo de Ágata, na primeira institucionalização de seus irmãos e na posterior prisão da mãe, já em frágil situação de saúde física e mental. Ao buscar apoio do Estado para enfrentar as condições de abandono, paradoxalmente, a família acabou encontrando outro modo de desamparo, que assumiu ativamente uma postura excludente e violenta (Costa, Paravidini, Próchno, & Neves, 2016), o que acabou reproduzindo o abandono familiar e social vivido de modo geracional. Para algumas famílias, é possível criar laços sociais como subversão micropolítica, independente de um poder estatal excludente (Costa et al., 2016), mas esta via é limitada em situações de grave desenraizamento.

Por outro lado, também é significativo o movimento de desresponsabilização de si presente em todo o contato com Vânia, que nunca conseguiu assumir efetivamente seu autocuidado. Nesse aspecto, tanto seu direcionamento existencial singular quanto sua história, também marcada por violências, abandono, ausência de referências de cuidado e

de construção de projetos de vida, estavam amiúde presentes no abandono de si e dos filhos, nas dificuldades em implicar-se em melhorias de longo prazo. Ainda que a mãe se interessasse em manter a guarda dos filhos, para ela não abandonar significava não “ir embora” fisicamente, como sua mãe lhe havia feito. Igualmente, as responsabilidades precoces que Ágata era levada a assumir reproduziram as que a própria Vânia fora obrigada a assumir ainda muito jovem, numa reprodução geracional da vulnerabilidade (Furlan & Sousa, 2014). A violência geracional inicia-se na destituição da cidadania: muito cedo se ocupa lugar social em que se está a serviço de outrem. Lugar que tanto limita reconhecer-se sujeito de direitos quanto acentua marcas distintivas de humilhação - raça, classe, gênero. A violência e precariedade familiar vividas por Vânia reincidiram em Ágata, que pediu desvinculação via abrigo para encontrar um espaço de cuidado já não reconhecível na família.

O entrecruzamento de diversas esferas compôs o ciclo de violência. No âmbito psicossocial, há o aspecto geracional: o abandono e violência vividos constroem uma herança social que marca os processos de singularização, bem como o aspecto da humilhação social que cria relações com a violência pelo rompimento, desenraizamento, proletarização e privação de direitos, como o analfabetismo (Gonçalves Filho, 2010). No âmbito material, a falta de alimentos, remédios e itens essenciais tornou mais distante a perspectiva de lutar pela própria vida, precarizou as relações, obscureceu a dimensão reflexiva do espaço terapêutico, gerou medo do enfrentamento e desesperança do futuro. Na esfera psicológica, observou-se a infantilização, esperar a solução vinda de outrem e recusa em lidar com os problemas.

Laing (1989) discute o modo como a responsabilidade existencial necessita de uma capacidade de estar só: por mais que outros nos apoiem, escolhas, sentimentos, pensamentos e consequências são vividos na dimensão pessoal. A solidão, referente à responsabilidade individual, muito se difere do isolamento provocado pela ausência de apoio e de diálogo. Todavia, o rompimento precoce do cuidado e a vivência do abandono tornaram indistinguível para Vânia a capacidade de estar só do isolamento, dificultando a responsabilização. Do mesmo modo que a ambiguidade da situação de abuso, em que o gesto usualmente carinhoso torna-se veículo da violência, contribuiu para uma dificuldade de exercer um cuidado efetivo.

Ao investigar o processo terapêutico, observou-se que os períodos de maior vínculo e desenvolvimento terapêutico e psicossocial junto à família foram durante os atendimentos individuais na clínica e na escola com Ágata, durante período de sua primeira institucionalização até o primeiro mês de seu retorno à família, na entrevista com a mãe e, posteriormente, nos atendimentos no hospital psiquiátrico, onde ela passou a ter suas necessidades básicas atendidas. Pode-se considerar que os dispositivos institucionalizantes



foram, por vezes, mais capazes de oferecer as condições de amparo para viabilizar o processo terapêutico em meio à desarticulação da rede. A maior implicação das pacientes no processo terapêutico, somada à institucionalização e que se deveu às carências e falhas dos dispositivos externos para oferecer segurança à família, apontam para um grave risco das políticas públicas, já que a institucionalização, além de representar o último recurso interventivo, pode acabar por criar novas dificuldades para a socialização e a autonomia, além de tornar os sujeitos mais vulneráveis a violências institucionais (Goffman, 2018). Nesse sentido, observa-se um ciclo da precariedade: a falta de acesso à assistência pública efetiva em âmbito territorial leva ao agravamento da situação psicossocial e de saúde, passando a requerer uma institucionalização que, em longo prazo, pode prejudicar ainda mais as condições de acesso e inserção territorial (Barros, 2012).

Os atendimentos domiciliares apoiaram a continuidade do cuidado e permitiram a construção de um vínculo terapêutico. No entanto, outras intervenções mostraram dificuldades: as propostas de confecção e distribuição de currículos, escolarização de Vânia e as tentativas de inserção dela nos serviços oferecidos pela rede de saúde (CAPSad, EJA, UBS, Agente comunitário de saúde, internação compulsória). O trabalho de articulação dos dispositivos da rede de assistência, possível apenas pelo acompanhamento territorial e forte comunicação entre CREAS e equipe de atendimento, foi fundamental para dimensionar as condições de saúde e pensar a alteração da vulnerabilidade social.

A efetividade dos atendimentos implicou em ampliar a consideração das dimensões envolvidas na violência, incluindo psicoterapia, atendimento domiciliar, acompanhamento terapêutico, ações de Unidades do SUS e do SUAS, Conselho Tutelar, recursos da comunidade, sistema de justiça e outros dispositivos, exigindo maior articulação da rede na discussão dos casos e no conhecimento das estruturas funcionais e possibilidades assistenciais de cada instituição. No entanto, ainda que a rede buscasse medidas e objetivos comuns, tais referências acabaram esbarrando em empecilhos – como a não aptidão da família para o recebimento de benefícios – que dificultaram o trabalho conjunto e o acolhimento das demandas, agravando a situação familiar. Tal fato aponta para um limite: o acompanhamento clínico em território precisa de uma rede sólida e acessível para desenvolver seu potencial, já que questões psicossociais complexas possuem frequentemente demandas múltiplas.

A precariedade dos dispositivos para lidar com uma situação divergente do perfil usual para o qual um serviço está preparado gerou dificuldades, tanto no acolhimento das demandas por parte da rede quanto na construção de soluções que viabilizassem maior adaptação da família aos atendimentos. Essa dificuldade de acesso na rede de saúde também foi verificada em situações nas quais foram feitas ações despropositadas do ponto de vista clínico, como o não acolhimento de Vânia pelo CAPSad por questões

administrativas, sem oferecimento de um serviço que possibilitasse sua frequência posteriormente, ou que fosse de encontro a ela, ainda as dificuldades enfrentadas no momento da internação devido à inadequação da equipe de bombeiros e polícia para esse fim. Assim, em diversos aspectos essas famílias são atingidas por condições sociais e objetivas de vida em que impera a exclusão e miséria sociais (Cavalcante et. al., 2010, Furlan & Sousa, 2014) para as quais as respostas são por vezes precárias, já que, tanto nas instituições privadas quanto nas públicas, continua havendo um direcionamento dos cursos de Psicologia e de saúde em geral para a área clínica, em uma perspectiva individualizante (Macedo, Pessoa, & Alberto, 2015). O aprisionamento dos agentes sociais a padrões prescritivos regularmente restringe possibilidades de ação e aceitação social na ampliação dos espaços de protagonismo dos sujeitos atendidos, pois exige que os usuários se adaptem ao serviço, e não o contrário (Braga, 2014).

Com o apoio da rede e das políticas públicas, a família pôde ter acesso ao Bolsa Família – ainda que por um tempo – e à Tarifa Social de Energia Elétrica, porém, tais recursos se mostraram insuficientes para garantir aluguel, alimentação e outras despesas diante de sua instabilidade econômica. Além disso, a família não conseguiu ter acesso à creche em tempo integral, dificultando a saída da genitora da prostituição e sua escolarização, que eram agravantes da vulnerabilidade familiar.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A recuperação socioeconômica de famílias assistidas por programas sociais contribui para melhorar a qualidade de vida de crianças, adolescentes e adultos, assegurando sua sobrevivência de maneira digna. Entretanto, é preciso que tais recursos estejam articulados à formação de uma rede de apoio e espaços de superação individual e coletiva, material, política e simbólica de processos de objetificação e rebaixamento, a fim de que a cidadania possa tornar-se concreta. A experiência deixa claro que retroceder os danos provocados por anos de privação material não é uma tarefa simples, visto que viver em ambiente pouco estimulante acaba resultando em privações de caráter afetivo. A expressão concreta das iniciativas pontuais e desarticuladas das políticas públicas frente ao problema encontra expressão concreta na fragmentação e limitação de boa parte dos recursos e serviços aos quais a família estudada teve acesso, levando a uma constante experiência de privação do acesso ao público e, portanto, da cidadania.

A vulnerabilidade psicossocial, as múltiplas violências, negligências e a ausência de recursos financeiros resultaram num ciclo: as experiências vividas levavam Vânia a ter maior dificuldade em criar condições socioeconômicas estáveis; a instabilidade financeira a tornava mais vulnerável social, física e psicologicamente, o que era reproduzido com os filhos. O cuidado a tais dimensões deve mirar condições dignas de vida. As políticas

públicas de complementação de renda constituem parte importante da rede de proteção à família, principalmente em termos de garantia de escolaridade, empregabilidade e formação profissional. Entretanto, observa-se que muitas vezes o auxílio se limita ao pagamento de um complemento de renda, quando as iniciativas deveriam ir além do recurso material, oferecendo uma possibilidade concreta de inserção no mercado de trabalho ou em outras formas de empreendimentos ou economia solidária, como o associativismo ou o cooperativismo. À dimensão da estabilidade financeira, deve-se acrescentar a necessidade de que a família possua chances reais de acesso a serviços e direitos do Estado, como educação e saúde, e à própria experiência da dignidade.

As situações que levam ao abrigamento são reflexos da falta de investimento nas políticas de atenção à família, acarretando, portanto, em situações que fogem ao controle dessas famílias e que as impossibilitam de terem uma vida digna, com seus direitos garantidos para cuidar de seus filhos. Frente a essa pluralidade de infâncias e adolescências, os profissionais de Psicologia muitas vezes concebem o desenvolvimento de tais sujeitos de forma descontextualizada, dissociando-os da situação em que vivem, o que pode estar relacionado à formação acadêmica.

No contexto de vulnerabilidade social, deve-se considerar não só a maior propensão à violação de direitos em situações como violência e negligência, mas uma violação mais ampla do próprio acesso a condicionantes de promoção da cidadania como saúde, educação, justiça, moradia, etc, que configuram uma violência social cotidiana antes mesmo de concretizar-se na violência especificamente vivida. É esse contexto de violação constituinte que cria um pano de fundo para a correlação entre sofrimento psíquico grave e violação de direitos. O duplo fenômeno que se desvelou, em que a falta de acesso a um atendimento efetivo gerou institucionalizações que agravam as condições de inserção territorial e, simultaneamente, a precariedade psicossocial gerou agravos em saúde mental que, por sua vez, intensificaram as dificuldades psicossociais, é conhecido na prática dos profissionais dos serviços tanto de assistência social quanto de saúde. Todavia, embora representativo de uma situação recorrente na assistência pública brasileira, ainda é pouco estudado, apontando para um direcionamento para futuras pesquisas que auxiliem na compreensão dos determinantes psicossociais e de gestão pública para a melhoria do tratamento.

## REFERÊNCIAS

- Arendt, H. (2009). *A condição humana*. (11a. Ed. trad. R. Raposo). São Paulo: Forense/Edusp.
- Barros, R. M. (2012). *Re-internações psiquiátricas: influência de variáveis sócio-demográficas, clínicas e de modalidades de tratamento*. (Tese de Doutorado) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Recuperado em 25 de janeiro de 2019 de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-12112012-225207/en.php>
- Braga, T. B. M. (2014). *Atenção psicológica e cenários sociais: Ação clínica, instituições e políticas públicas na promoção de cidadania*. Curitiba: Editora Juruá.
- Brasil, (2001). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. [Coleção Saraiva de Legislação]. (21a ed.). São Paulo: Saraiva.
- Cavalcante, L. I. C., Silva, S. S. C., & Magalhães, C. M. C. (2010). Institucionalização e reinserção familiar de crianças e adolescentes. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 10(4), 1147-1172, Recuperado em 08 de Novembro de 2018 de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482010000400005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000400005&lng=pt&tlng=pt)
- Costa, P. H. L., Paravidini, J. L. L., Próchno, C. C. S. C., & Neves, A. S. (2016). Do Estado à micropolítica: laço social e modalidades de (r)existência. *Psicologia & Sociedade*, 28(1), 26-34. Doi: 10.1590/1807-03102015v28n1p026
- Critelli, D. M. (2016). *Analítica do sentido: Uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. (2a. ed.). São Paulo: EDUC: Brasiliense.
- Delboni, D. P. (2007). Empregabilidade e o mercado de trabalho no Brasil. *Revista de economia e relações internacionais*, 6(11), 75-89. Recuperado em 05 de novembro de 2018 de [http://www.fAAP.br/revista\\_faap/rel\\_internacionais/pdf/revista\\_economia\\_11.pdf](http://www.fAAP.br/revista_faap/rel_internacionais/pdf/revista_economia_11.pdf)
- Ferrazza, D. A. (2016). Psicologia e políticas públicas: desafios para superação de práticas normativas. *Revista Polis e Psique*, 6(3), 36-58. Recuperado em 10 de novembro de 2018 de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2238-152X2016000300004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2016000300004&lng=pt&tlng=pt)
- Furlan, V., & Sousa, T. R. P. (2014). *Família, acolhimento institucional e políticas públicas: um estudo de caso*. *Revista Psicologia Política*, 14(31), 499-516. Recuperado em 23 de novembro de 2017, de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2014000300006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2014000300006&lng=pt&tlng=pt)
- Garcia, E. L. (2008). *A vergonha de si mesmo no processo de subjetivação: da alienação à mortificação do sujeito*. *Cinergis*, 9(1). Recuperado em 3 de maio de 2018 de: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/796/1045>
- Goffman, E. (2018). *Manicômios, prisões e conventos: instituições totais*. São Paulo: Perspectiva.
- Gonçalves Filho, J. M. (2010). *Humilhação social: humilhação política*. Em: B. P. Souza. *Orientação à queixa escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo

- Laing, R. D. (1989). *O eu dividido*. (7a. Ed., Trad. A. B. Weissenberg). Petrópolis: Vozes. *Lei nº 8.069*, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: DOU, 16.7.1990. Retificado em 27.9.1990. Recuperado em: 16 de novembro de 2018. de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)
- Macedo, O. J., Pessoa, M. C. B., & Alberto, M. de F. P. (2015). *Atuação dos Profissionais de Psicologia Junto à Infância e à Adolescência nas Políticas Públicas de Assistência Social*. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 916-931.
- Magalhães, F. E., & Coiado, C. R. P. (2007). *Assistência de enfermagem ao paciente etilista: uma análise dos últimos oito anos*. *Revista Instituto Ciências da Saúde*, 25(2), 113-119. Recuperado em 3 de maio de 2018 de: [https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2007/02\\_abr\\_jun/V25\\_N2\\_2007\\_p113-119.pdf](https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2007/02_abr_jun/V25_N2_2007_p113-119.pdf)
- Penso, M. A., & Moraes, P. J. F. S. (2016). *Reintegração familiar e múltiplos acolhimentos institucionais*. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(2), 1523-1535. Doi: 10.11600/1692715x.14243180815
- Rossetti-Ferreira, M. C., Almeida, I. G. de, Costa, N. R. do A., Guimarães, L. de A., Mariano, F. N., Teixeira, S. C. de P., & Serrano, S. A. (2012). *Acolhimento de crianças e adolescentes em situações de abandono, violência e rupturas*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 390-399. doi: 10.1590/S0102-79722012000200021
- Salema, A. S. (2013). *Considerações sobre o abandono do tratamento dos dependentes de álcool dos CAPS-ad*. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Católica de Brasília.
- Silva, L. F. C. B. (2011). *Alcoolismo: Do Cálice que Cala à Escuta que Liberta - O Pedido Silencioso de Dependentes e Abusadores de Bebidas Alcoólicas no Acolhimento de um CAPS-AD. 01*. Curitiba: Juruá
- Silva, M. R. M., & Cardoso, F. S. (2017). *Afirmção de direitos humanos a partir de serviços da proteção social especial de média complexidade*. *Revista Brasileira de Sociologia do Direito*, 4(2), mai./ago. 2017 Doi: 10.21910/rbsd.v4n2.2017.138
- Silva, M. R. P., & Schifino, R. S. (2017). *Do “balde” ao direito à creche: lutas de mães operárias*. *Revista Educação e Emancipação*, São Luís, 10(4esp.), 166-185. Doi:10.18764/2358-4319.v10n4especialp166-185
- Spink, M. J. P. (2010). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. (2a. ed.). Petrópolis: Vozes.
- Vaitsman, J., Andrade, G. R. B. de, & Farias, L. O. (2009). *Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 731-741. Doi: 10.1590/S1413-81232009000300009
- Yamamoto, O. H., & Oliveira, I. S. (2010). *Política Social e Psicologia: Uma Trajetória de 25 Anos*. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, 26(n. esp.), 9-24. Recuperado em 25 de janeiro de 2019 de: <https://revistaptp.unb.br/index.php/ptp/article/view/484/80>

**Nota sobre as autoras**

**Débora de Toledo Moura**, Psicóloga pelo Instituto de Psicologia, *Universidade Federal de Uberlândia*

**Victor Stefaniszen** – Psicólogo pelo Instituto de Psicologia, *Universidade Federal de Uberlândia*

**Tatiana Benevides Magalhães** - Doutora, Docente do Núcleo de práticas Clínicas do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (IPUFU), [tatibmb@gmail.com](mailto:tatibmb@gmail.com)

**Marciana Gonçalves Farinha** Doutora, Docente do Núcleo de práticas Clínicas do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (IPUFU), [marciana@ufu.br](mailto:marciana@ufu.br)

**Recebido em:** 11/08/2019

**Aprovado em:** 13/12/2019