

## ARTIGO

# Assistir, proteger e cuidar de crianças e adolescentes pobres em liberdade no território

**Assist, protect and care for poor children and adolescents living freely in the territory**

Silvio José Benelli<sup>1</sup>

### Resumo

Discutimos os significados dos termos cuidar e assistir. Apresentamos e discutimos três casos diferentes e emblemáticos quanto às práticas de cuidado em Saúde na sua interface com práticas de Assistência Social ofertadas para crianças e adolescentes pobres que vivem em liberdade no território. Diferentes perspectivas teórico-técnicas, políticas e éticas subsidiam tais práticas na atualidade: as práticas de intervenção disciplinadoras normalizadoras e seu avesso, que seriam práticas intercessoras clínicas. A ética que orienta tais práticas é o critério fundamental que as distinguem.

**Palavras-chave:** Atenção Integral à saúde da criança e adolescente. Assistência Social. Direitos humanos.

### Abstract

We discuss the meanings of the terms care and assist. We present and discuss three different and emblematic cases regarding health care practices in their interface with social assistance practices offered to poor children and adolescents living freely in the territory. Different theoretical-technical, political and ethical perspectives support such practices today: normalizing disciplinary intervention practices and their opposite, which would be clinical intercessory practices. The ethics that guide such practices are the fundamental criterion that distinguishes them.

**Keywords:** Comprehensive health care for children and adolescents. Social assistance. Human rights..

### Introdução

Os termos “práticas de atenção assistencial em liberdade” podem remeter inicialmente à área da Saúde, como, por exemplo, à linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias que vivenciam situações de violências<sup>1</sup>. Ou então ressoa às medidas socioeducativas que podem ser aplicadas para adolescentes que cometem ato infracional<sup>2,3</sup>. O termo “cuidado” se tornou um significante muito importante, que definiria e expressaria uma modalidade de atenção em Saúde, falando-se em “profissões do cuidado”, incluindo a psicologia como parte da área da Saúde.

<sup>1</sup> Silvio José Benelli (silvio.benelli@unesp.br) é psicólogo, doutor em Psicologia Social pelo Instituto de Psicologia (IP) da Universidade de São Paulo (USP). Livre Docente em Psicologia Clínica pela Universidade Estadual Paulista (Unesp). Professor Associado do Departamento de Psicologia Clínica do curso de graduação em Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Unesp, Faculdade de Ciências e Letras, Assis (SP), linha de pesquisa Políticas Públicas e Produção de Subjetividades: processos clínicos e institucionais. Coordenador do Laboratório transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e Subjetividade da Saúde (LATIPPSS), inscrito no CNPq.

O termo “assistência” também possui diversos sentidos. Assistir é oferecer assistência, é fazer-se cargo de uma demanda, fazer-se presente e ver, olhar para a situação ou problema, “assistir” enquanto mirada, procurando oferecer respostas que podem incluir um conjunto de ações e de práticas, tais como: ajudar e proteger, cuidar e educar, formar e desenvolver, socializar e ressocializar, inserir e reinserir, capacitar e habilitar, dentre outras. Por hipótese, olhar e ver, assistir e proteger, educar e cuidar ainda remetem ao poder disciplinar que vigia e puni, trata e cura, educa e cuida, tal como proposto por Foucault<sup>4</sup>. Seria possível um tipo de assistência ou de atenção que não fosse disciplinar e tuteladora?

Há formas de cuidar que possuem sentidos variados: há cuidados que são tuteladores, repressivos, infantilizantes e controladores, inviabilizando o sujeito, sua cidadania e seu desejo. Há cuidados que seriam humanistas, humanizados, dialogantes, personalizados, focalizados na pessoa, no cliente. Há cuidados que seriam baseados na compaixão, na relação emocional empática, na solidariedade com aquele que sofre. Há cuidados que seriam dialéticos, críticos, emancipadores, politizados, baseados na pedagogia da Educação Popular, promotores da transformação social que interessa para as classes populares. Há formas de manejo do cuidado nas quais se procura interceder junto ao sujeito do sofrimento para que ele possa se reposicionar como aquele que pode “cuidar-se” e “curar-se”, situando-se ativamente em relação aos impasses que o atravessam, tais como são as injunções da realidade e quanto aos impasses subjetivos que ele próprio atravessa<sup>5</sup>.

### ***Os fenômenos da psicologização, da patologização, da psicopatologização e da pedagogia terapêutica em meio aberto***

Vejamos um exemplo sobre as novas práticas médicas que operam a partir da estratégia do cuidado em liberdade no espaço territorial. Chiaverini<sup>6</sup>, numa cartilha sobre matriciamento em Saúde Mental, ao elencar os problemas comuns da saúde mental na Atenção Primária, quando aborda o que denomina de problemas da infância e da adolescência, afirma que “a criança é um indivíduo em formação e o meio ambiente é fundamental para ela ter uma boa qualidade na sua vida futura, complementando sua genética e sua vida intrauterina” (p. 142). Considera que:

*Muitos são os transtornos na infância e adolescência e devemos estar atentos às etapas evolutivas da criança e do adolescente. Dessa forma, não corremos o risco de transformar em patológico algo que é normal para aquela faixa etária, como, por exemplo, agressividade na adolescência ou enurese noturna e agitação numa criança de 4 anos.<sup>6</sup>*

Apesar de sua ressalva evolutiva, é possível notar a hegemonia da perspectiva organicista e desenvolvimentista, típica do discurso médico mais comum, sobre o tema da saúde. Isso se verifica pelo emprego do termo “transtorno”, de tonalidade psiquiátrica que pretende ser neutro e genérico. Transtorno é um substantivo masculino que significa o ato ou efeito de transtornar, sendo também sinônimo de alteração, contratempo, contrariedade e prejuízo. Os termos transtorno, distúrbio e doença combinam-se aos termos mental, psíquico e psiquiátrico para descrever qualquer anormalidade, sofrimento ou comprometimento de ordem psicológica e/ou mental. Um transtorno é algo que foge ao padrão de normalidade estabelecido, tanto no plano moral, quanto social e também da saúde física, conforme a classificação:

*Os transtornos mais comuns na infância e adolescência incluem: transtornos de conduta; transtorno depressivo; transtorno de ansiedade; transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; transtorno*

*global de desenvolvimento; violência e transtorno de estresse pós-traumático; transtornos alimentares; retardo mental; transtornos de aprendizagem; transtorno por uso de substâncias psicoativas; comportamento suicida.<sup>6</sup>*

Chiaverini<sup>6</sup> adota efetivamente o discurso e a lógica médica e psiquiátrica. Quanto ao tratamento, a primeira resposta apresentada é medicamentosa:

*A maioria desses transtornos, tais como depressão, ansiedade, comportamento suicida, transtornos alimentares e transtorno de estresse pós-traumático, pode apresentar clínica semelhante à dos adultos. Dessa forma, quando pensamos no tratamento, devemos saber que: os psicofármacos em muito se assemelham aos usados com adultos; a abordagem psicológica no matriciamento deve incluir uma abordagem familiar, além da possibilidade de encaminhamento para um grupo na comunidade e/ou atendimento e/ou psicoterapia no nível secundário.<sup>6</sup>*

O caso de Jonatas é exemplar quanto à moralização, patologização, medicamentalização e psicologização de uma situação social complexa, que inclui a pobreza e que foi localizada no território. Sua simplificação pela lógica médica permite seu encaminhamento prático e efetivo:

*Uma Agente Comunitária de Saúde passou a observar e começou a ficar preocupada com Jonatas, 11 anos, que está apresentando uma alteração de comportamento, não compatível com as exigências sociais e legais. Ele comete pequenos furtos, tornando difícil o convívio coletivo e correndo risco de vida, já que vive numa comunidade onde existe grande interferência do narcotráfico. A mãe está muito preocupada, pois desde que o pai morreu, há três anos, e também pelo fato de ela trabalhar o dia todo, o filho fica sozinho em casa. Ao comentar com a enfermeira, esta solicitou um matriciamento para melhor avaliar a situação. Transtorno de conduta foi a conclusão no matriciamento realizado pela equipe do ESF com a psicóloga e o psiquiatra na presença do menor e de sua mãe. Na interconsulta, a mãe estava muito preocupada, porém Jonatas estava cínico, demonstrando pouco caso, sem culpa pelas suas ações. Conversaram sobre a falta de limites, muito importante para a prevenção desse transtorno, e de como o menor não costuma ter crítica de seus atos, não sente culpa. Foram pontuados diagnóstico diferencial com manifestações encontradas em etapas do desenvolvimento específicas: teimosia e desobediência no pré-escolar, rebeldia na adolescência. No projeto terapêutico foi proposto incluí-lo em grupos de crianças e adolescentes ou em outros grupos já existentes na ESF, na tentativa de criar vínculos. Deveriam procurar grupos para essa faixa etária nos recursos da comunidade, reintegrá-lo na escola. Após a interconsulta, o psiquiatra pontuou os psicofármacos que poderiam ser usados – neste caso, estabilizadores de humor, antidepressivos, antipsicóticos.<sup>6</sup>*

Não há nenhuma menção sobre os marcadores de classe e raça no relato sobre Jonatas e sua família, lacuna importante. Por hipótese, Jonatas e a mãe seriam negros e pobres, moradores de um bairro periférico, tomado pelo tráfico. Nada se diz sobre a causa da morte do pai, mas ele poderia ter morrido vítima da violência local. Trata-se de um processo de invisibilização descontextualizadora e eloquente.

A Agente Comunitária de Saúde poderia ser substituída por uma professora, por um conselheiro tutelar, por uma assistente social, psicóloga ou trabalhadora social do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e os procedimentos e encaminhamentos

poderiam permanecer praticamente os mesmos, numa interface medicalizadora entre Saúde e Assistência Social que Oliveira e cols<sup>7</sup> denominaram de circuitos socioassistenciais-sanitários.

O que nos parece interessante nesse relato é que ele exemplifica uma das possibilidades atuais das práticas de cuidado em saúde em liberdade no território, por meio dos agentes comunitários de saúde da Estratégia de Saúda da Família (ESF). Tornou-se possível dispensar completamente a reclusão e a internação de uma criança como forma de promover seu tratamento: ela pode permanecer em liberdade e ser medicada, inserida em grupos diversos na área da Saúde, da Educação ou da Assistência Social, tanto no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) executado pelo CRAS quanto por uma entidade assistencial privada<sup>8-10</sup> e, assim, ser devidamente supervisionada, acompanhada e orientada, de modo a desenvolver comportamentos supostamente normais e adaptados.

Apresentaremos a seguir um exemplo de um caso de atendimento psicoterapêutico encontrado na bibliografia que consideramos orientado pelo que caracterizamos como clínica do olhar enquanto prática de cuidado. Trata-se de um caso intitulado “Transtorno de oposição desafiante: perspectiva da Gestalt”, sobre “problemas de comportamento” de um menino negro e pobre. Apesar da denominação Gestalt, a autora do caso clínico utiliza o DSM-V para formular o diagnóstico:

*“Petrios Henrique (nome fictício), 09 anos, gênero masculino, negro, classe social baixa, residente na capital de Fortaleza, estudante do 1º ano do ensino fundamental, chegou para atendimento psicológico acompanhado de sua mãe, encaminhado pela escola em que estuda. A principal queixa apresentada pela mãe da criança foi de um comportamento desobediente, agressivo, hostil, surtos de raiva, resistência para executar tarefas escolares, culpabilização do outro pelos seus erros além de não ter controle sobre suas emoções. O paciente traz como demanda um quadro de transtorno de oposição desafiante (TOD), pois os comportamentos de raiva, oposição e agressão são constantes e excessivos já que não se limita a um único ambiente e se manifesta em diferentes espaços como escola e a casa dos amigos e família. A mãe do paciente relata que desde os seis anos de idade Petrios Henrique tem este comportamento, porém percebe que depois que o menino soube que seu pai havia sido preso, as explosões de raiva se tornaram mais recorrentes, com impulsividade, conduta rancorosa e vingativa. O que causa para a mãe dificuldade em dar limites à criança.*

*Petrios Henrique, natural de Fortaleza, vive em uma periferia da cidade, tem uma irmã caçula de cinco anos, mora com seus pais, porém, atualmente seu pai está preso por ter cometido um assalto e feito refém os clientes de uma clínica médica. Estuda em uma escola pública do seu bairro. Sua casa é localizada em uma região próxima à escola e acima da casa dos avós maternos, perto da casa da tia materna e de seus primos que são da mesma idade que ele.*

*O paciente diz que gosta de brincar com seus primos e amigos, não gosta da polícia, e que sua mãe o colocou para fazer aulas de música mas o professor quer ensina-lo a tocar flauta, porém ele entrou na aula para tocar bateria e não vai tocar nenhum outro instrumento além desse. Petrios Henrique diz que gosta muito de seus avós maternos, mas ao perguntar sobre seu relacionamento com eles começa a brincar, rir e não responde.*

*O primeiro atendimento ocorre entre a mãe e a psicóloga, nesta consulta a responsável pela criança admite que durante a gravidez utilizou vários tipos de drogas, não planejou ter o bebê, sempre teve um relacionamento conturbado com o marido. Afirma que a criança já presenciou cenas de briga entre*

*os pais várias vezes. A criança diz que sua mãe sempre sai e ele passa o dia em casa apenas com a irmã, já tentou colocar fogo na casa, pois fica muito irritado quando é deixado em casa trancado, apenas com a irmã ou sozinho.*

#### *Hipótese diagnóstica*

*Nos primeiros atendimentos o paciente estava disperso, mostrando interesse apenas em conhecer e explorar o espaço. Chegava ao Setting terapêutico sempre muito agitado, tentava desestabilizar o ambiente e a psicoterapeuta através de atitudes provocadoras e questionamentos congruentes com sua própria opinião.*

*A criança apresenta um transtorno de oposição desafiante com grau grave pois já ocorre há mais de seis meses, tanto no ambiente escolar quanto familiar. É frequente o padrão de humor raivoso/irritável além do comportamento questionador e índole vingativa. Este comportamento ficou perceptível no momento em que são sugeridas as brincadeiras e o paciente questiona e desafia as regras tentando se beneficiar, já a índole vingativa fica explícita durante as consultas no momento em que o cliente diz que quebra objetos ou agride a irmã, pois não gosta quando fica sozinho em casa, sempre questiona seus pais e professores quanto às regras a seguir na escola ou em casa, se mostra sensível ou incomodado em uma brincadeira com amigos e primos.*

*No início do processo terapêutico Petrios Henrique mostrou dificuldade para lidar com as regras e com a frustração da perda, através de mentiras e de um comportamento verbal agressivo tentava burlar o resultado dos jogos e brincadeiras. Era muito difícil para ele ceder, perder e admitir que estava errado em alguma situação.*

*Foi possível perceber que a conduta agressiva e desafiadora que o cliente apresentava está relacionada ao ambiente e sistema familiar que ele faz parte. Por isso foi importante fazê-lo perceber o quanto as suas atitudes prejudicavam-no, para que a partir disso tivesse interesse em mudar seu comportamento.*

*Por se tratar de um atendimento infantil a psicoterapia ocorrerá de forma mais lúdica e durante as brincadeiras o cliente será submetido a reflexões e a um ajustamento criativo mais saudável, tornando sua convivência com os amigos e família mais prazeroso e divertido".<sup>11</sup>*

Um psicólogo disciplinar pode atuar num estabelecimento institucional de Saúde, de Educação de Assistência Social ou num consultório privado e, dada sua formação profissional eclética, ele pauta seu trabalho com base em conhecimentos que adquiriu no seu curso de graduação sobre a Psicologia Clínica, conhecendo teorias sobre o modo de funcionamento psicológico humano, tais como: Psicologia da Personalidade, teorias da identidade, teorias psicológicas da consciência, teorias sistêmicas, teorias humanistas e comportamentais, teorias da dinâmica de grupos, teorias derivadas de diversas modalidades de psicanálise, como, por exemplo, a "Psicologia do Ego" norte-americana e a psicanálise do ego.

Sabendo disso ou não, para esse psicólogo, intervir significaria aplicar técnicas pedagógicas que produzem efeitos terapêuticos. Trata-se de pedagogizar os conhecimentos *psi* e de terapeutizar as práticas pedagógicas.

O que ele faz pode ser considerado como uma ampliação da clínica, numa direção pedagógica e terapêutica. Como ele pensa que o conhecimento científico já produziu a Pedagogia e a Psicologia, se trata, portanto, apenas de sua aplicação prática. O que interessa nessa modalidade de intervenção é produzir efeitos “transformadores” ou, em outras palavras, “modificadores” dos comportamentos das pessoas, provavelmente na direção de parâmetros sociais e ideais estabelecidos pela classe dominante como sendo normais e adequados, de modo técnico, prático e efetivo.

O terceiro caso que apresentamos pode ser considerado como um exemplo pertinente de intercessão clínica institucional, que pretende superar tanto a medicalização quanto a psicologização das dificuldades sociais enfrentadas por um adolescente pobre que foi abrigado. Périco<sup>12</sup> o nomeou como “Caso Robson, ‘entre a neurose e o embrutecimento’”.

*“Foi uma experiência de trabalho em uma Unidade Básica de Saúde. Devido à constatação de que a Casa de Acolhimento de Crianças e Adolescentes estava encaminhando sistematicamente todos os seus acolhidos (procedimento que passava pelo discernimento do psicólogo do Estabelecimento), decidimos convidar a equipe para uma reunião, com o pretexto de que queríamos discutir os casos recentemente encaminhados. Com esse “pretexto” tínhamos a intensão de instalar um analisador construído. Após uma primeira reunião com a equipe técnica, a fim de darmos seguimento a esse assunto, dispomos-nos a ir até o Estabelecimento para participar de algumas reuniões junto com os trabalhadores “cuidadores”. Em um desses encontros, surge o assunto sobre Robson, um adolescente que estava tendo muitos acessos de heteroagressividade, dentro e fora da Casa de Acolhimento. Aos poucos, com muito cuidado, conseguimos discutir sobre a forma como este rapaz era tratado no local, sobretudo pelos “cuidadores” que mais tempo passavam com os acolhidos. A partir de nossas perguntas, eles próprios foram concluindo que estavam, como diz uma cuidadora, “exigindo demais do garoto”. Reconheceram que, muito inconsistentemente, estavam cobrando do jovem que abaixasse a tampa da privada, que arrumasse a cama e que comesse de garfo e faca, do que ele sempre se esquecia ou fazia incorretamente. Segundo uma cuidadora, em um dos seus rompantes de raiva, após lhe chamarem a atenção, ele grita à mesa: “eu não sou como vocês, sou pobre, eu como com a mão!”. Nesse instante da reunião, a Assistente Social nos informa que, desde que nasceu, ele morava em uma casa que sequer tinha banheiro. Quanto ao garfo e faca, bastou destacarmos uma informação já mencionada naquela reunião: que se tratava de uma família que na maioria das vezes não tinha o que comer. Ora, como poderia esse jovem, sobretudo em um momento tão crítico relacionado a rupturas importantes de seus vínculos familiares, que até então viveu em um contexto específico, incorporar hábitos tão distantes da sua realidade sociossimbólica? E não seria esse um dos tipos dos casos aos quais Freud (1919/2010a, p. 291) se refere dizendo que, dada uma vida de muitas privações, se não forem analisados, “só têm diante de si a escolha entre a neurose e o embrutecimento”? Esse adolescente foi por nós recebido e tratado em um grupo psicoterapêutico, do qual pode se beneficiar bastante. No entanto, avaliamos que a sua melhora não ocorreu sem as mudanças na forma como era tratado no Estabelecimento onde “residia”, incluindo um importante trabalho interprofissional, entre outros, com o educador físico responsável por treinar um time de futebol, numa atividade oferecida pela Secretaria de Esportes do município. Outro efeito colhido foi a diminuição do número de encaminhamentos feitos pela Casa de Acolhimento. O nosso trabalho de intercessão junto à demanda dos sujeitos e junto às encomendas de outros Estabelecimentos nunca é fácil. No caso citado, tivemos muitas dificuldades com o psicólogo do local que, inclusive, tentou*

várias vezes boicotar as reuniões. Estas somente ocorreram por insistência da Assistente Social do Estabelecimento, com quem já tínhamos um bom contato e uma boa sintonia paradigmática constatada e potencializada nas Reuniões de Rede do município. Por fim, nosso trabalho realizou-se à revelia das ações do psicólogo da Casa de Acolhimento, que não só não trabalhava essas problemáticas junto aos “cuidadores”, como corroborava a forma disciplinar de tratar os sujeitos acolhidos, uma forma de trabalhar que, portanto, só fazia repetir as mesmas relações disciplinares socialmente dominantes”.

A perspectiva ética que presidiu a intercessão realizada quanto ao caso Robson revela-se como avessa às que orientaram as práticas apresentadas nos casos anteriores. Entendemos que, quando se pretende promover um equacionamento dos impasses, tanto dos subjetivos – pois os impasses psíquicos das formações subjetivas exigem trabalho psíquico para seu equacionamento – quanto dos impasses denominados “sociais”, no plano das formações sociais, é preciso realizar uma suspensão dos saberes enciclopédicos, pedagógicos e tuteladores-cuidadores, passando a localizar-se no discurso da histeria (DH) ou do analista (DA), enquanto modalidades discursivas que visam à ética da singularização desejante.

A psicanálise do campo de Freud e Lacan concebe um “objeto” que é, sobretudo, um sujeito que se constitui e se produz, tanto no plano do desejo quanto do carecimento. Portanto, a partir de uma exigência de coerência ética e de rigor conceitual, os “meios” de trabalho precisam estar à altura das demandas de subjetivação do sujeito, que inclui o indivíduo e sua realidade psíquica/social.

Nesse caso, o psicólogo já recebe “escutando” e não respondendo com a oferta de objetos ou de explicações, nem despachando e encaminhando em seguida. Como na perspectiva psicanalítica não há separação entre diagnóstico e tratamento, a recepção já inclui uma escuta específica, partindo da exigência de superação radical do princípio objetalizador que se expressa no processo de atendimento típico queixa-solução/suprimento.

Um psicólogo, na perspectiva das práticas de intercessão clínica institucional, busca tanto produzir transformações sociais quanto produzir saberes, por meio de procedimentos diversos e em tempos diferentes, levando em conta alguns questionamentos radicais quanto à relação sujeito-objeto, teoria-prática, saber-fazer, pensar-poder, não pensar – não poder. Na perspectiva intercessora, o essencial é fazer a crítica da divisão social do trabalho no Modo de Produção Capitalista, que também se manifesta nas cisões clássicas: ciência-implementação, pensar-fazer e teoria-prática, pesquisa/aplicação.

Podemos considerar que um psicólogo tradicional pode desenvolver práticas clínicas, psicossociais, de intervenção, de viés intromissor que teriam como objetivos um cuidado tutelador e controlador do outro, que é tratado como objeto de intervenção. Mas, caso se posicione de modo avisado e prevenido, também poderia visar operar práticas de *intercessão* junto ao sujeito, cidadão e sujeito de desejo, visando promover o *cuidar-se*. É a condição essencial de sujeito do outro que consiste na pauta ética que norteia as práticas de intercessão.

Quando o outro é tomado como objeto de conhecimento, há diversos meios de trabalho baseados na intervenção, de caráter cuidador mais ou menos assistencialista, pedagógico ou terapêutico, mas cuja função consiste na reprodução das relações de opressão, dominação e subordinação hegemônicas. Trata-se do plano do Discurso do Mestre, da Universidade e também do Capitalista<sup>13</sup>, que subsidiam as práticas de atenção disciplinares-pedagógicas-terapêuticas-assistencialistas-cuidadoras-normalizadoras. Como superar esses impasses?

Por outro lado, quando incluímos a análise política de instituições, a Análise Institucional e uma teoria da constituição da subjetividade específica do campo de Freud e Lacan, isso nos permite operar com o conceito de sujeito e considerar a subjetividade nas suas dimensões inseparáveis: o plano social e o psíquico, que não possuem solução de continuidade: não há o indivíduo e o social, há uma única realidade, que é social e

subjetiva, subjetiva e social ao mesmo tempo. Se o ser humano é considerado enquanto sujeito, ele não pode ser coisificado, objetificado, ele deve ser tratado a partir da sua singular condição de ser desejante, construtor e autor imprescindível do seu próprio percurso.

Tais práticas de intercessão seriam norteadas por uma ética que possibilitaria aos sujeitos se reposicionarem, a partir do tratamento do Real angustioso pelas ferramentas do Simbólico, nas conflitivas que atravessam e que os atravessam, promovendo tanto a implicação subjetiva quanto a sociocultural<sup>14,15</sup>.

É a complexidade da realidade mesma que exige uma abordagem multirreferencial, também complexa, visando ao equacionamento dos problemas enfrentados.

Quais são as práticas desenvolvidas pelo trabalhador intercessor? Esse psicólogo psicossocial privilegia a expressão própria do sujeito, escutando sua palavra e sua história; instaura no cotidiano do estabelecimento institucional onde atua, tanto com a equipe de trabalhadores quanto com os sujeitos que buscam por atendimentos atividades que convoquem e impliquem o sujeito.

Ele organiza grupos de trabalho e de estudo para formação dos trabalhadores, subsidiando e formalizando a *práxis*; a formação continuada por parte dos vários trabalhadores da Assistência Social pode possibilitar a intensificação de movimentos institucionais, buscando superar a inércia do instituído; cria condições para que a palavra circule no estabelecimento institucional assistencial onde atuam os psicólogos e os demais trabalhadores, valorizando o plano da linguagem e operando no plano da escuta e da fala, considerando com seriedade o plano da realidade psíquica.

Também busca contribuir para que a organização institucional seja baseada na liberdade, na circulação da palavra, em práticas democráticas e participativas que têm como horizonte ético-político a autogestão e a autoanálise, o que poderia viabilizar processos psicossociais subjetivos e também socioculturais transformadores.

## **Conclusão**

Na perspectiva intercessora, não é aceitável que as práticas dos atores sociais promovam formas de subjetividade alienada, adaptada, serializada, pois esse é um aspecto fundamental que uma ética radicalmente cidadã deve questionar e buscar superar.

Um conjunto de conhecimentos permitiria que um psicólogo psicossocial pudesse se orientar eticamente no seu trabalho, no sentido de promover a singularização subjetiva e sociocultural. Desse modo, poderia realizar práticas de intercessão diversas, nas quais:

- consideraria o plano institucional como mediação essencial para a promoção de possibilidades de equacionamento dos problemas, dos impasses e das demandas, com base nos autores da Análise Institucional.
- acolheria atendendo e escutando, atento e precavido pela Psicanálise do campo de Freud e Lacan com relação aos processos de constituição subjetiva, suas modalidades estruturais, suas sobremodalizações quanto aos tipos clínicos, bem como os diferentes impasses que envolvem as várias inflexões na subjetividade e no sofrimento psíquico na atualidade;
- adotaria uma perspectiva politizada e avisada pelo Materialismo Histórico na consideração dos processos históricos de produção das desigualdades que se expressam na luta de classes;
- incluiria os marcadores de gênero e étnicos que se imbricam com os de classe para uma abordagem complexa da produção das desigualdades no contemporâneo, a partir do plano das relações de poder disciplinar e de controle dispersos pelo tecido social e suas modalidades de produção de subjetividade, tal como caracterizados pela Filosofia da Diferença.

## **Referências**

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília (DF); 2010.
2. Ministério da Justiça (BR), Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. Brasília (DF); 2006.
3. Ministério da Justiça (BR), Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Socioeducativo. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. Lei nº 12.594/2012. Brasília (DF); 2012.
4. Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes; 1999.
5. Benelli SJ. *Psicologia e assistência social: interfaces políticas, clínicas e éticas*. Curitiba: CRV; 2020.
6. Chiaverini DH, organizador. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília (DF); Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011.
7. Oliveira A, Vicentini MCG, Massari MG. Entre medicalização e recusas: crianças e adolescentes nos circuitos socioassistenciais-sanitários. *Rev. Polis e Psique*. 2018;8 (3):225-245.
8. Benelli SJ. *Entidades assistenciais socioeducativas: a trama institucional*. Rio de Janeiro: Vozes; 2014.
9. Benelli SJ. O atendimento socioassistencial para crianças e adolescentes: perspectivas contemporâneas [internet]. São Paulo: Unesp; 2016 [acesso em 20 abr 2025]. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/yzs9w/pdf/benelli-9788568334751.pdf>
10. Benelli SJ. *Entidades assistenciais para crianças e adolescentes no município: impasses institucionais e possibilidades* [internet]. São Paulo: Unesp; 2022 [acesso em 18 abr 2025]. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/kpj32>
11. Santos JS. *Transtorno de oposição desafiante: numa perspectiva da Gestalt*. In: Andrade ACT, Ferreira JL, organizadores. *Casos clínicos em psicologia*. Salvador: Sanar; 2019. p. 201-203.
12. Périco W. *Ensaios sobre psicanálise, instituições e luta de classes no campo da Saúde Mental Coletiva* [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2021.
13. Lacan J. *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar; 2007.
14. Costa-Rosa, A. *O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar*. In: Amarante PDC, organizador. *Ensaios: Subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
15. Costa-Rosa A. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Unesp; 2013.